

Monitor sanitario: experiencia de gestión y monitoreo de líneas de cuidado priorizadas en Córdoba.

Health monitor: management and monitoring experience of prioritized lines of care in Córdoba.

Autores: Manuel Ducant^a; Ana Carolina Godoy^b; Diego Enrique Alonso^c

^a Subsecretario de Coordinación de Programas. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

^b Directora General de Integración Sanitaria. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

^c Subsecretario de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Contacto:

Manuel Ducant.

E-mail:

manuelducant@gmail.com

Recibido: 25/09/2022

Aceptado: 30/10/2022

RESUMEN

Para la gestión en salud, fortalecer la Atención Primaria como estrategia es un desafío. Esto implica coordinar los esfuerzos entre los distintos niveles de atención. En el caso de Argentina, la organización del sistema de salud divide las responsabilidades sobre cada nivel de atención en distintas jurisdicciones, quedando el primer nivel en la órbita de los municipios. En el caso de Córdoba, este escenario es particularmente complejo, ya que la descentralización del primer nivel de atención trajo consecuencias adversas, dificultando la integración de información sanitaria producida en los municipios. El Ministerio de Salud de la Provincia ha desarrollado una herramienta de monitoreo (el Monitor Sanitario) que construye indicadores de evaluación aprovechando los datos reportados por 754 efectores de salud públicos al programa Sumar. Estos indicadores se organizan por líneas de cuidado, y ya se encuentran en marcha los tableros que muestran los resultados para la línea de cuidado de personas gestantes y la de cuidado de personas con diabetes. La medición periódica de los desempeños por municipio de estas líneas se asocia a un pago por desempeño.

Consideramos que esta experiencia permite mostrar la integración de esfuerzos para impactar en los tres componentes del sistema: en el modelo de atención (por definir priorización de cuidados y estimular la proactividad), en el modelo de financiamiento (al indicar las posibilidades de reporte al programa Sumar y al establecer un pago por resultados) y en el modelo de gestión (al orientar las gestiones locales a los resultados).

PALABRAS CLAVES: Atención Primaria de Salud; Monitoreo Epidemiológico; Investigación sobre Servicios de Salud; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud.

ABSTRACT

For health management, strengthening Primary Care as a strategy is a challenge. This implies coordinating efforts between the different levels of health care. In the case of Argentina, the health system assigns the responsibilities for each level of care to different jurisdictions, leaving the primary level of care in the orbit of the local governments. In the case of Córdoba, this scenario is particularly complex, considering the decentralization of the primary level of care brought adverse consequences, making it difficult to integrate health information produced in local governments.

The Ministry of Health of the Province has developed a monitoring tool (the Health Monitor) that builds evaluation indicators taking advantage of the data reported by 754 public health effectors to Sumar program. These indicators are organized by lines of care, and there are two boards that already shows the results for pregnancy care and for people with diabetes. The periodic measurement of the performance of each local government in these lines is associated with a payment for performance.

This experience shows how the integration of efforts impacts on the three components of the system: in the care model (by defining care prioritization and stimulating proactivity), in the financing model (by indicating the possibilities of reporting to Sumar program and establishing a payment for results) and in the management model (by directing local managements to results).

KEY WORDS: Primary Health Care; Epidemiological Monitoring; Health Services Research; Outcome and Process Assessment, Health Care.

INTRODUCCIÓN

El fortalecimiento de las capacidades de gestión es un desafío para el sistema de salud argentino. En este momento sanitario, con las consecuencias de la pandemia por SARS-Cov-2, brindar herramientas para una mejor gestión en atención primaria de la salud (APS) es fundamental para mejorar la calidad de vida de la población.

En nuestro país, el sistema de salud se describe como segmentado (coexisten diferentes subsistemas según origen del financiamiento) y fragmentado (referida a la existencia de muchas unidades o entidades no integradas)⁽¹⁾. Si bien los procesos de fragmentación y segmentación son características de los sistemas de salud de muchos países del mundo, en Argentina alcanzan una mayor profundidad⁽²⁾. La cuestión de la fragmentación se plantea como un serio problema porque se vincula con inadecuados resultados sanitarios. Las dificultades en el acceso, la prestación de servicios de baja calidad y el uso ineficiente de los recursos son algunos de ellos⁽³⁾. A su vez, la inequidad y la ineficiencia son consecuencias nombradas con frecuencia. La escasa integración de las partes del sistema produce una disolución de la responsabilidad en la provisión de salud redundando acceso desigual a los servicios⁽⁴⁾.

Sumado a lo descrito, durante la década de 1990 en la provincia de Córdoba, se culminó con un proceso de descentralización en salud. Este implicó que la responsabilidad de casi la totalidad de los efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) fuera transferida desde la provincia a los municipios y las comunas. La enorme responsabilidad que eso significó para los municipios no fue acompañada por una acorde descentralización de recursos ni de una evaluación técnica exhaustiva, hecho que obliga a inferir que dichos procesos de transferencia de funciones obedecieron más a lógicas fiscales que a otras razones de índole sanitaria⁽²⁾.

Consecuentemente, se dispone hoy de un sistema sanitario con serias y profundas dificultades para superar la fragmentación de sus prácticas y compo-

nes. Esto repercute en prácticas descoordinadas a nivel de los servicios de salud e, incluso, obstaculiza fuertemente la viabilidad de un abordaje más cercano a la estrategia de APS, es decir, a uno más integral, intersectorial, equitativo, participativo, coordinado tanto a nivel asistencial como en sus acciones de prevención y promoción y no centrado en la asistencia sobre la enfermedad, entre otras características. Repercute también sobre una distribución inequitativa de los recursos físicos, humanos y económicos que se vuelcan al sistema y en una clara imposibilidad de cuantificación a los efectos de evidenciar criterios de asignación y prioridades.

Ante este panorama, en la provincia de Córdoba se consolida una propuesta institucional que busca fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud a través de un conjunto de acciones que impulsan el trabajo articulado y en red de los prestadores de salud en todo el territorio provincial utilizando para ello diversos programas cuyos elementos constitutivos reproducen los valores de la APS Renovada⁽⁵⁾. En este sentido, en el año 2019 se crea la Dirección General de Integración Sanitaria (DGIS), que forma parte de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, cuya responsabilidad en la materia es específica.

En este relato de experiencia, vamos a desarrollar cómo las acciones de la DGIS son claves para potenciar la integración del sistema de salud de Córdoba. Relataremos el desarrollo de una herramienta de información (el Monitor Sanitario) que se ofrece (dentro de toda una propuesta estratégica) como un instrumento que podría colaborar con la mejor gestión de la estrategia APS en la provincia.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Estructura de la DGIS y su Agenda Estratégica

La DGIS tiene a su cargo la Dirección de Jurisdicción de Promoción de la Salud y Articulación de Programas. Dentro de esta Dirección se incluyen los programas descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Programas que componen la Dirección General de Integración Sanitaria, del Ministerio de Salud de Córdoba.

PROGRAMA	FUNCIÓN Y ALCANCE
Programa Sumar	Brindar cobertura de salud a todas las personas con Cobertura Pública Exclusiva
Programa Redes	Fortalecer las Redes Integradas de Servicios de Salud

Programa Proteger	Mejorar la calidad de atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria	Equipos de salud con responsabilidad nominal y territorial
Programa Remediar	Garantizar acceso a medicamentos esenciales al Primer Nivel de Atención
PROCORDIA (Programa Córdoba Diabetes)	Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con diabetes, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costos directos e indirectos.
Programas de cánceres tamizables	Detectar tempranamente y garantizar tratamiento oportuno en cánceres de mama, cérvicouterino y colorrectal.

Fuente: elaboración propia. Año 2022.

La Dirección a través de los programas, tiene convenios con 754 efectores de la provincia. En la Tabla 2 se muestra la distribución por tipo de efector.

Tabla 2. Cantidad de efectores con convenio con la DGIS según tipo de efector. Fuente: elaboración propia según datos disponibles en SIGIPSA. Año 2022.

Tipo de efector	Cantidad
Centro de Salud Municipal	601
Hospital Municipal	83
Hospital Provincial	36
Centro de Salud Provincial	28
Otro	5
Hospital Nacional	1

Para alcanzar los objetivos de integración que esta Dirección se propone, su agenda estratégica se apunala en 3 ejes estructurales de todo sistema de salud: un modelo de atención, un modelo de gestión y un modelo de financiamiento⁽¹⁾. De esta manera, los programas se alinean como herramientas apostadas hacia la integración del sistema y lograr así mejores resultados en salud, al menos en lo relativo al subsector público. Para cada uno de estos ejes, se definieron horizontes específicos, los cuales dan cuenta, por un lado, de los objetivos a lograr en cada aspecto y, por el otro, orientan el diseño de las diferentes estrategias para alcanzarlos.

En este sentido, a los fines de consolidar la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud sobre el sistema sanitario provincial, se propuso un *modelo de gestión* cuyas prioridades político-sanitarias se presentan definidas en relación con la carga de enfermedad de la población y en función de la oferta de servicios de salud disponible para su abordaje. Para ello, se priorizaron un conjunto de líneas de cuidado que permiten trabajar sobre diferentes momentos del ciclo de la vida de las personas. Se oficializó una política de recursos humanos que promueve la formación en medicina general y familiar y se lanzó la estrategia de Salud Digital a través de la Ley N°10590 de HCE

única provincial.

El concepto de línea de cuidado se sostiene como una categoría teórica/operativa que permite, por un lado, identificar las responsabilidades de cada nivel de atención en el cuidado progresivo y continuo de las personas y, por el otro, monitorear los avances y resultados alcanzados por el conjunto de efectores del sistema. Permite, además, definir el norte de mejora (en términos de cobertura y calidad) para los efectores, según el momento sanitario. Desde el año 2016, se encuentran en dicha categoría las siguientes:

- 1-Cuidado integral de la persona gestante
- 2- Cuidado integral de niños y niñas de 0 a 5 años
- 3- Cuidado de las personas con Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial
- 4- Control de las infecciones de transmisión sexual
- 5- Prevención de Cánceres tamizables (Mama, Cérvico uterino, Colon)

Dentro de cada línea se encuentran definidas prestaciones, incluidas en el Plan de Servicios del Programa Sumar⁽⁶⁾. Este plan de servicios también está organizado en líneas de cuidado, lo cual refuerza la estrategia propuesta.

Para ello se destacan 2 grandes componentes: el fortalecimiento de las capacidades de redes integradas de servicios de salud (RISS) y la estrategia de acompañamiento territorial al Primer Nivel de Atención.

A nivel del *modelo de atención*, el horizonte es operativizar dos elementos fundamentales de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud: la proactividad de los equipos para los cuidados de salud y su consiguiente definición de responsabilidad nominada y el funcionamiento en red de los prestadores. Para ello, se definieron las Áreas de Responsabilidad Sanitaria de prestadores públicos del primer nivel de atención y se creó el Reporte Socio Sanitario como herramienta para la identificación de las necesidades de cuidado de las poblaciones a partir de las líneas priorizadas. Y, por otro lado, para dar contenido operativo a la continuidad de los cuidados y a la red asistencial integrada, se crearon dispositivos institucionales para la coordinación asistencial (ORIS) que implican la programación de las atenciones ambulatorias y el mejoramiento de la información clínica disponible.

El último modelo por describir es el *modelo de financiamiento*. En relación a éste, el horizonte apunta a que el Ministerio de salud provincial, con toda su potencia rectora, se instituya en un comprador estratégico de servicios, lo cual, en términos de Sabignoso

⁽⁷⁾ implica: elegir los servicios que se financiarán en base a las necesidades poblacionales; alinear fondos e incentivos con los servicios prometidos; asegurar distribución equitativa de los recursos; promover calidad de esos mismos servicios; promover la responsabilidad de los proveedores sobre la población bajo su cuidado y gestionar responsablemente el crecimiento del gasto y promover la eficiencia. Para ello, la Dirección propone la integración de las fuentes de financiamiento disponibles, así como la combinación de los mecanismos de trasferencias a municipios, comunas y efectores. Actualmente, los municipios y comunas reciben financiamiento a través de FOFINDES, un fondo específico creado a partir de la descentralización del primer nivel de atención de la provincia hacia los gobiernos locales (generalmente utilizado para costear la estructura sanitaria, recursos humanos y gastos corrientes en salud); el programa Sumar, a partir del pago por las prestaciones nombradas registradas y reportadas; y, a partir de julio de 2022 una nueva modalidad basada en desempeños demostrados por cada gobierno local en relación a las líneas de cuidado priorizadas propuestas y medidas por el Ministerio de Salud. El desempeño que define este financiamiento se mide a través del Monitor Sanitario, cuyo desarrollo se detalla en la sección siguiente.

Desarrollo del Monitor Sanitario

El Monitor Sanitario (MS) es una página web, a la que se accede mediante un registro previo autorizado por la DGIS. Contiene una serie de tableros de monitoreo de líneas de cuidado, y muestra resultados de desempeño de las mismas.

Los efectores en relación con la DGIS reportan regularmente datos en un sistema de información diseñado especialmente para la gestión de los programas de salud: Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA)⁽⁸⁾. El principal proceso que aporta datos a este Sistema es el proceso de reporte y facturación del programa SUMAR, que implica la carga nominalizada de las prestaciones de salud realizadas. Los datos que se obtienen permiten conocer qué persona recibió la prestación, qué tipo de servicio fue el recibido, cuándo y en qué effector ocurrió ese servicio.

El Monitor Sanitario se nutre de esos datos almacenados en SIGIPSA, transformando la información asociada a las prestaciones registradas en indicadores en relación con las líneas de cuidado priorizadas. El monitor puede desagregar información por departamento, localidad y establecimiento de salud. A su vez, la población es asignada a cada centro de salud (y por lo tanto a cada localidad y departamento) de manera exhaustiva y excluyente en función del criterio de Atención Habitual. Este criterio implica que el

mismo sistema asocia a cada persona registrada al centro de salud que le haya reportado la mayor cantidad de consultas durante el último año. Cabe aclarar que el criterio de asignación prioriza, para hacer efectiva la asignación de la persona, el reporte de las consultas por sobre otras prácticas reportadas (como estudios complementarios o notificaciones). Esta asignación es dinámica en tanto puede cambiar con cada corte anual en el que se actualiza esa asignación.

Por otra parte, el Monitor toma la información almacenada en el Sistema SIGIPSA no sólo para la asignación de personas a un centro de salud (y consecuentemente a un municipio y a un departamento provincial) sino que, además, conforma grupos poblacionales de interés (en función de las líneas de cuidado priorizadas por el Ministerio) en base a categorías diagnósticas indirectas. Es decir, como SIGIPSA es un sistema de información que no registra información clínica sino prestacional, los denominadores poblacionales del Monitor fueron establecidos en base a Prestaciones vinculadas que están directamente vinculadas a diagnósticos clínicos específicos.

Para explicar su funcionamiento en base a los cuadros de mando actualmente disponibles en el Monitor, es preciso mencionar que el Monitor define, en primera instancia, los denominadores poblacionales específicos y, luego, da cuenta de indicadores de seguimiento o de cobertura sobre esos mismos grupos. Por ejemplo, para el caso del cuadro de mando de personas gestantes, el monitor primero agrupa a todas aquellas personas que posean esta condición asociada en el Sistema¹. Una vez definido el denominador poblacional específico, se toman algunas prestaciones como trazadoras de su aten-

ción, instaurándose, así como indicadores de la calidad de la atención recibida: consultas de seguimiento del embarazo, controles serológicos (Chagas, VIH y sífilis) y controles ecográficos. Para el sistema, la persona embarazada mantendrá este estado hasta que se le reporte su parto ó hasta que se cumplan más de dos meses de su fecha probable de parto. Con ello, se puede analizar información no sólo de las personas que actualmente cursan su embarazo si no de todas aquellas personas que ya lo han transitado (en los últimos dos años)

Para el caso del cuadro de mando de diabetes, el denominador poblacional se construye, primeramente, agrupando a todas aquellas personas a las que les fue registrada alguna de las prestaciones clave del plan de servicio en los dos últimos años calendario. Esas prestaciones clave son las que, además, construyen los indicadores específicos de cobertura y seguimiento de este grupo poblacional.

El indicador de cobertura da cuenta de cuántas personas, de las de este grupo poblacional específico, han recibido alguna prestación clave durante el año en curso. Este indicador se transforma en un insumo importante para los equipos de salud en tanto pueden saber cuáles son las personas que están asociadas a sus propios centros, que están vinculados a esta condición particular y que, durante el año en curso no han recibido ninguna prestación asociada a su condición de diabética.

En los siguientes diagramas se indican las prestaciones clave que se incluyen para la construcción de estas dos líneas a monitorear.

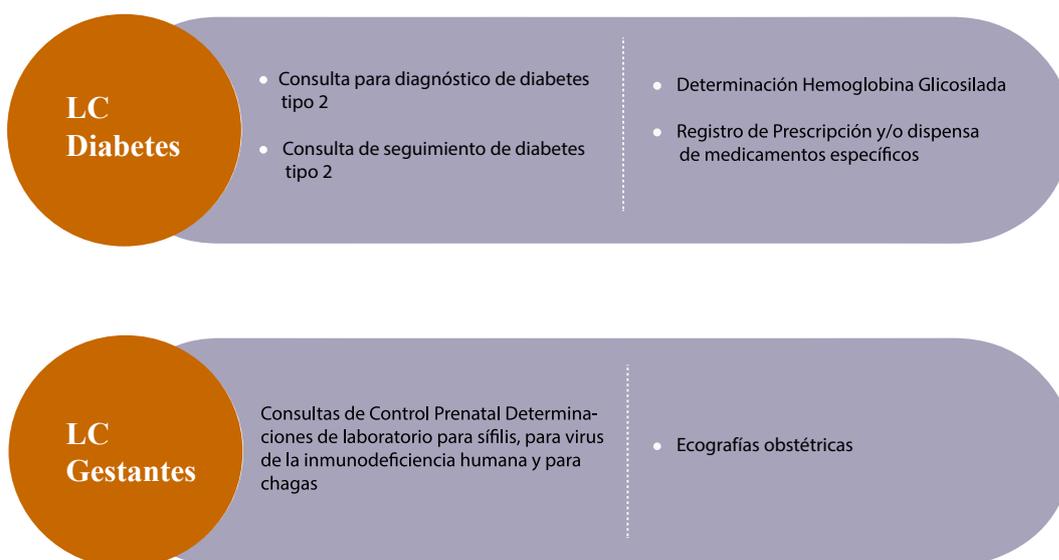


Ilustración 1. Prestaciones incluidas en las líneas de cuidado de personas con diabetes y de personas gestantes. Elaboración propia.

¹Para que a una persona se le puedan registrar prestaciones del Programa SUMAR vinculadas al control prenatal es necesario que, a esa persona, previamente, tenga la condición de embarazada en el sistema.

El MS muestra los resultados (en tiempo real) de los porcentajes de cobertura de cada una de las prestaciones que lo componen, en base a la población individualizada en cada efector o localidad (según el nivel de análisis seleccionado). En todos los casos muestra, también, los resultados a nivel provincial y a nivel de la ciudad capital de la provincia (ver Ilustración 2).

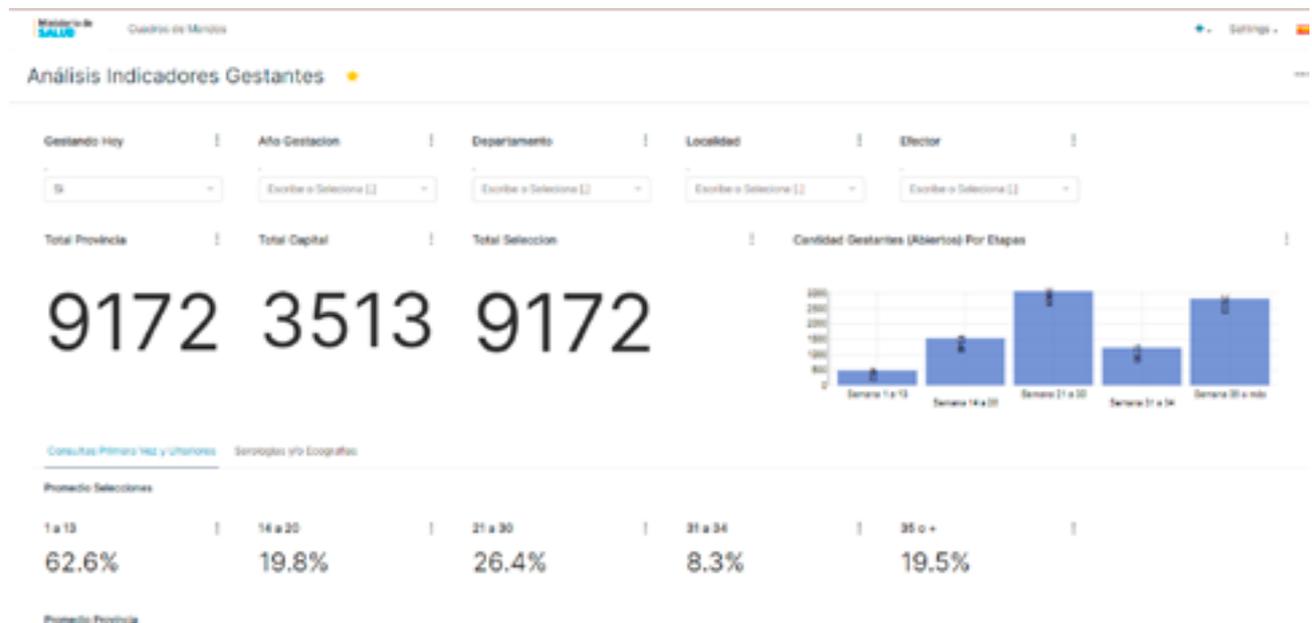


Ilustración 2. Vista del panel de Indicadores de la Línea de Cuidado de Gestantes del Monitor Sanitario.

El Monitor tiene, además, asociada la posibilidad de acceder a la información nominalizada y por establecimiento de salud. Esta información se puede descargar en modo de reporte en hoja de cálculo, y está pensado para ser una herramienta que permita a los equipos de salud realizar acciones de captación y recaptación de las personas que han perdido sus controles.

El Monitor fue presentado al equipo de la DGIS en el año 2021. Se entrenó en su uso, a fin de que los agentes se conviertan en replicadores de las capacitaciones de uso. A finales de ese año se implementó en una región seleccionada como prueba piloto, con el objetivo de que los equipos de salud utilicen las herramientas. Se buscó a partir de ello, reducir las brechas de acceso y/o registro que pudieran identificar. Esta región cuenta con un hospital provincial y 10 municipios o comunas que derivan regularmente. Para la implementación de la prueba piloto se incluyeron el hospital y 7 municipios. Se realizaron 3 encuentros regionales, con representantes de todas las localidades involucradas y personal de la DGIS. Se dictaron, además, Se dictaron, además, 4 capacitaciones virtuales.

En febrero de 2022, luego de la aplicación exitosa en la primera región, se extendió su uso al resto de las regiones, con estrategias similares. Desde julio de este año, se incorpora el pago por desempeños. Como el desempeño se mide a través de esta herramienta, esperamos que su uso se amplifique.

RESULTADOS Y EVALUACIONES

A junio de 2022, se han otorgado usuarios de acceso a 300 LOCALIDADES, y se monitorea su uso regular en EL 80% DE LOS CASOS.^[2] Cabe aclarar, además, que el Monitor Sanitario se ha presentado a las autoridades sanitarias locales de las 14 zonas de integración identificadas por las ORIS y es el elemento de trabajo cotidiano de las facilitadoras y facilitadores territoriales de la DGIS, lo cual significa un alcance directo de los equipos de salud y gestores locales de más de 255 comunas y municipios de todo el territorio provincial.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Hemos mostrado cómo acciones, en distintos puntos del sistema público de salud de nuestra provincia, tienden a favorecer la integración. En función de esta experiencia en desarrollo, destacamos el proceso de transformación de los datos disponibles (producto de los programas antes mencionados) y la creación de información. Esta última está disponible para la toma de decisiones tanto por parte de los equipos de salud que trabajan en los diversos prestadores como por las gestiones locales a través de sus secretarios de salud o responsables políticos.

El Monitor Sanitario (complementado con el Reporte Socio Sanitario) busca fomentar la proacti-

vidad en la atención en tanto permite identificar los grupos poblacionales a cargo de cada centro de salud. La organización por líneas de cuidado transmite la integralidad de la atención, además de que permite al organismo rector poner énfasis en las necesidades de salud que sean prioritarias en un momento dado. A su vez, el Monitor también permite optimizar la gestión financiera de los municipios y comunas al dar cuenta del nivel de reporte de prestaciones que cada localidad realiza.

La disponibilidad de herramientas de gestión de la información, que además van enlazadas a un trabajo de acompañamiento permanente a las gestiones municipales, busca potenciar el trabajo articulado entre jurisdicciones.

La visualización del Monitor sirve para cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan distintas acciones a través de Indicadores de atención de las personas.

Consideramos que este desarrollo da cuenta de la propuesta de integración que propone nuestro espacio de trabajo, en los tres componentes del sistema: en el modelo de atención (por definir priorización de cuidados y estimular la proactividad), en el modelo de financiamiento (al indicar las posibilidades de reporte al programa Sumar y al establecer un pago por resultados) y en el modelo de gestión (al orientar las gestiones locales a los resultados).

Esperamos que esta experiencia aporte a solucionar el problema de la debilidad respecto a los datos sanitarios (tanto en su calidad como en su disponibilidad)⁽⁹⁾, y colabore a subsanar las debilidades de nuestro sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herramientas para el análisis del sector salud. Tobar, Federico. 2, Junio de 2000, Medicina y Sociedad, Vol. 23, págs. 83 - 96.

2. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto Neoliberal. Ase, Iván. Buenos Aires : 2, 2006, Salud Colectiva, Vol. 2.

3. Maceira, Daniel. Morfología del Sistema de Salud Argentino. Documentos de Trabajo CEDES 141/2018. Buenos Aires : CEDES. Fundación Preservar Salud, 2018.

4. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington : OPS, 2010.

5. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Stolkiner , Alicia, Comes , Yamila y Garbus, Pamela . 6, Rio de Janeiro : s.n., Junio de 2011, Ciênc. saúde coletiva, Vol. 16.

6. Programa Sumar. Ministerio de Salud de la Nación. Plan de Servicios del Programa Sumar. [En línea] 2022. [Citado el: 14 de Abril de 2022.] <https://programasumar.com.ar/pss/>.

7. TRANSCRIPCIÓN WEBINAR: PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD Y FINANCIAMIENTO BASADO EN RESULTADOS: DOS ALIADOS POR LA COBERTURA UNIVERSAL Y EFECTIVA EN SALUD. Sabignoso, Martín. s.l.: Banco Interamericano de Desarrollo, 2017.

8. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. SISTEMA INTEGRAL PARA LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN PROGRAMAS DE SALUD. [En línea] 2022. [Citado el: 14 de Abril de 2022.] <http://sigipsa.com.ar>.

9. Indicadores en atención primaria la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. Ichaso Hernández Rubio, M.a de los Santos y García Armesto, Sandra . 1, 2012, Gaceta Sanitaria, Vol. 26.