

#3

Redes, otra manera de pensar la salud

De procesos a resultados



Redes



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

González, Gabriel

Redes, otra manera de pensar la salud : de procesos a resultados / Gabriel González ; ... [et al.] ;
coordinación general de Cintia Cejas ; María Delia Péné. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :
Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016.

141 p. ; 24 x 17 cm.

ISBN 978-950-38-0236-6

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Jorge Daniel Lemus

Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Coordinadora del Programa Redes

Dra. Sandra Rosa

Coordinación general

González, Gabriel

Coordinación editorial

Cejas, Cintia Aldana

Péné, María Delia

Colaboradores

Ain, Luciana

Benetti Catarineu, María Celeste

Casabal, Andrea

Casadei, Estefanía

De María, Leonardo

Fábregas, Silvia

Fermoso, Inés

Garzón, Carolina

González, Inti

Goyos, Eric

Korin, María Milena

Olaviaga, Sofía

Piccoli, Paula

Ridao Battaglino, Marina

Schuster, Eliana

Edición

de Barrio, Lucía Inés

Estebanez, Micaela Carolina

Platero, Carolina María Noel

Diseño

Carnelli, María Laura

Guastavino, Greta

Agradecimientos

El equipo de **Redes** agradece y reconoce el esfuerzo realizado por quienes desarrollan estrategias para mejorar la coordinación e integración del sistema de salud, favoreciendo el acceso a los servicios de salud y acercándolos a las personas. Los equipos que conforman las Unidades de Gestión Jurisdiccional contribuyen con esta visión todos los días, haciendo operativo el derecho a la salud.

Glosario

PNA: Primer Nivel de Atención

SNA: Segundo Nivel de Atención

TNA: Tercer Nivel de Atención

R-CR: Referencia y Contrarreferencia

UGJ: Unidad de Gestión Jurisdiccional

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

APS: Atención Primaria de la Salud

HC: Historia Clínica

HTA: Hipertensión Arterial

DM: Diabetes Mellitus

ECG: Electrocardiograma

ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles

RCVG: Riesgo Cardiovascular Global

Entrevistados

Equipos de salud y referentes de las jurisdicciones

Adet César - Albornoz Andrés - Alonso Diego - Allasina Darío- Arriaga Jimena - Arriagada Sergio - Ávila Miguela - Beltrán Washington - Benítez Graciela - Berges María Laura - Burgos Eduardo - Buschiazzi Regina - Cabrera Rocío - Carpio Domini - Chaloum Julieta - Celestino Alejandra - Colivoro Mónica - Colque Juan - Conti Gabriela - Coutinho Laura - Cuenca Verónica - De Marchio Federico - De la Vega Sandra - Diello Marta - Domínguez Gisela- Doña María Daniela - Fadda Carolina - Fábregues María - Fishkel Liliana - Franco Laura - Galetto Carolina - García Luis - Gaspar Jessica - Gelvez Claudia - Genesini Andrea - Guerrero María Silvia- Guevel Laura - Gotti Sandra - Hernández María Eugenia - Hernández Luis - Ianni Román - Kriskovich Jorge - Labarrere Cintia - Laciari Teresa - Lazo Silvana - López Leonardo - Luis Pablo - Mercado Rita - Monteverde Laura - Muñiz Beatriz - Orsi Fernando - Parada Mabel- Perez Cagni Alejandra - Quevedo Ricardo - Quinn Luciana - Quirce Ramiro - Ratti Mónica - Rebolledo Martín - Ríos Jorge - Romeo Susana - Riva Susana - Rubatti Verónica - Sanagua Cecilia - Sánchez Cescato Melina - Sánchez Guillermo - Salazar Ricard - Savioli Daniel - Soloaga Palacios María Soledad - Sturla Mariana - Torres María Luz - Ventura Carlos -

07 Introducción general

09 Eje #1: Nominalización

Catamarca - Río Negro

25 Eje #2: Capacidad resolutive
del primer nivel de atención

Chubut - Jujuy - Neuquén - San Juan - Corrientes - La Pampa
Mendoza - Santa Cruz - Buenos Aires - Misiones - Salta - CABA

85 Eje #3: Coordinación asistencial

Chaco - Formosa - Santiago del Estero - Córdoba -
La Rioja - San Luis - Santa Fé - Entre Ríos - Tucumán

137 Conclusiones

Introducción general

“Redes, otra manera de pensar la salud. De procesos a resultados” constituye la tercera publicación anual del **Programa Redes** del Ministerio de Salud de la Nación, una serie que desde 2013 intenta sistematizar y difundir los avances de los proyectos provinciales de fortalecimiento de las redes de salud.

A lo largo de cada edición se presentaron tanto los logros como los desafíos de cada provincia para alcanzar sus objetivos, traducidos en metas y actividades, en pos de mejorar la capacidad de respuesta de los respectivos sistemas sanitarios a través de la construcción y la consolidación de las redes.

Desde el inicio del Programa hasta hoy, los proyectos de **Redes** han evolucionado a la par del afianzamiento de los equipos de trabajo encargados de implementarlos, transformando los problemas iniciales en aprendizajes y experiencias que les permiten enfrentar nuevos y mayores desafíos.

En síntesis, estos avances denotan mejoras en el acceso y en la atención de las personas que buscan respuestas en cada uno de los establecimientos de salud de nuestro país. Es esta la principal motivación de los proyectos provinciales y del **Programa Redes**.

Reconstruyendo las experiencias

Los proyectos de **Redes**, con el fin de alcanzar los objetivos definidos, planifican las acciones que permiten el cumplimiento de sus metas, lo cual implica un permanente trabajo de monitoreo y evaluación. Los “indicadores de fortalecimiento de redes”¹ son una de las herramientas que permiten dicho trabajo.

Asimismo, entendiendo a la salud como un derecho humano constitucional, resulta necesario poder evaluar en qué medida las acciones del Estado, en tanto garante de dicho derecho, lo promueven y permiten hacerlo efectivo. Los indicadores (especialmente los de proceso) sirven para monitorear, entonces, cómo y en qué medida las políticas públicas satisfacen las demandas sanitarias de la población.

¹ Cada proyecto estableció una línea de base y definió las metas al finalizar los 3 años de 10 indicadores: 6 indicadores fueron comunes y 4 fueron específicos de cada proyecto, en función de los objetivos particulares. Los indicadores que se consideraron para todos los proyectos están relacionados con la nominalización de la población a cargo de las redes, la atención programada, el acceso a extracciones de sangre en los efectores de salud del PNA y las referencias y contrarreferencias. Las mediciones de estos indicadores fueron validados por la Auditoría Externa del Programa.

Dicho de otro modo, estos indicadores ofrecen información sobre la progresividad, no solo en el cumplimiento de metas de los proyectos jurisdiccionales, sino además en la garantía del derecho a la salud.

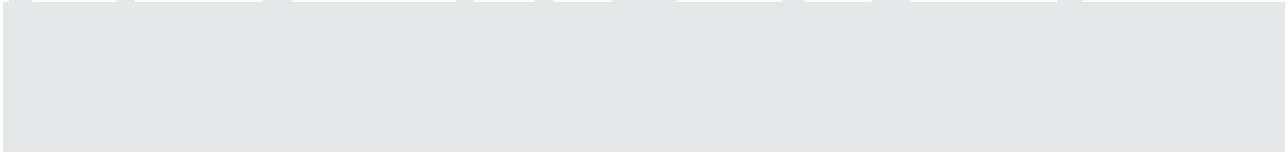
Pero esta dimensión cuantitativa solo puede ser leída teniendo en cuenta también los procesos cualitativos desencadenados por las jurisdicciones que son decisivos en la obtención de resultados sanitarios. Dar a conocer dichos procesos, compartir el “detrás de escena” del número final es la intención de esta publicación.

Entre junio y agosto de 2015 fueron entrevistadas, en base a una guía orientativa de 10 preguntas, 68 personas referentes de los procesos de **Redes**. Durante las 23 entrevistas realizadas se abordaron distintas dimensiones tales como la descripción del proceso analizado, los actores involucrados, los cambios necesarios en la planificación como consecuencia de la implementación, los beneficios para la población, los aportes del Programa y los desafíos pendientes.

A continuación se presentan las experiencias, organizadas según tres ejes sustanciales: nominalización, capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención y coordinación asistencial.

Eje #1: Nominalización

Catamarca - Río Negro



INTRODUCCIÓN

La nominalización de la población es la base de una red de salud. El principal objetivo de las redes de salud es proveer servicios de salud integrales a la población de forma equitativa para promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Por ello, las redes deben ser capaces de identificar claramente a su población y delimitar las áreas geográficas bajo su responsabilidad.

Las redes organizadas sobre un área geográfica definida favorecen la implementación de acciones de salud pública, el trabajo intersectorial y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud. Asimismo, este conocimiento tanto de la población como del territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud, en particular de los grupos más vulnerables y de su entorno medioambiental.

El concepto de “nominalización” supera al de “empadronamiento” ya que implica que las personas conozcan sus servicios de salud de referencia y que los equipos de salud conozcan a la población a su cargo. También implica compromiso por parte de los equipos con los territorios y con todas las acciones que hacen al cuidado de la salud de las personas.

Aportes del Programa Redes a la nominalización

Todos los proyectos de **Redes** han nominalizado a la población a cargo de los efectores de salud del primer nivel de atención que conforman la red. Hasta mayo de 2015, se logró nominalizar a **2.733.881 personas** mayores de 6 años con cobertura pública exclusiva. Considerando las redes seleccionadas para la primera fase de los proyectos (**Redes 1**), se partió de una línea de base de 12% de población nominalizada en relación a la meta global y se alcanzó un total de 98%.

A continuación se presentan las experiencias de los proyectos de **Redes** de Catamarca y Río Negro.

²La meta global de nominalización es la suma de las metas jurisdiccionales y se estimó para redes 1 en 2.809.330 personas a nominalizar.



CATAMARCA (2013-2015)

15.492 personas nominalizadas

Fortaleciendo la nominalización y conociendo la población a cargo

A partir del año 2013, la provincia de Catamarca a través del **Programa Redes**, inició acciones de nominalización como proceso estratégico para **conocer a la población a cargo** y mediar acciones para **mejorar la accesibilidad al PNA de la red**, la cual se encuentra conformada por 56 efectores del PNA y 3 hospitales. Una de las propuestas fue **organizar el proceso de nominalización de personas** en cada área geográfica determinada, conocer sus características tanto sociales como sanitarias, sus necesidades, el estado de sus determinantes sociales de la salud y, fundamentalmente, implica la asignación a un efector del PNA donde un equipo se hará responsable de su cuidado.

A continuación se presenta una descripción del proceso desarrollado en los casi 3 años de implementación de esta estrategia, sus hallazgos y los próximos desafíos.

“Con más cercanía y más presencia en los efectores del PNA, comenzamos a tener datos mejor organizados”

Al iniciar la implementación del Proyecto Provincial se evidenció la necesidad de ampliar el equipo de trabajo para la consecución de los objetivos propuestos. Se comenzó a articular la labor en territorio junto con el nivel de microgestión para ampliar la presencia en los CAPS y a partir de eso avanzar en el proceso de nominalización de personas.

Uno de los objetivos fue contar con una mayor información para avanzar en el aumento progresivo de la nominalización. En cada visita efectuada se reunió al equipo de salud, incluyendo a todos los integrantes (administrativos, agentes sanitarios, médicos, enfermeros) para explicar y sensibilizar en los objetivos generales de **Redes**. Específicamente se trabajó en cómo se debían completar los formularios y a qué apuntaban cada uno de esos instrumentos.

El trabajo inició con una estrategia concéntrica con 7 CAPS en una primera instancia, que eran los que se encontraban más organizados en función de los objetivos de **Redes**. El tiempo y las actividades en territorio permitieron entonces ser más cercanos a todos los efectores y trabajar en la consecución de objetivos.



“La atención del adulto tiene sus insolencias”

La integración entre el equipo **Redes** y los equipos de los 56 CAPS que componen la red llevó un período de 6 meses aproximadamente, en los cuales se trabajó en un diagnóstico de características del proceso de atención del adulto, sus alcances y límites.

Se detectó que no todos los centros de salud efectuaban el mismo proceso y dinámica de trabajo así como también la diversidad en composición de los equipos; por ello, en función de la heterogeneidad de los centros y su funcionamiento, se adaptó una estrategia para contemplar las diferentes modalidades.

El equipo dividió a los CAPS de la red en zonas (norte, sur y centro) convocando a los equipos de salud de los efectores más representativos dentro de cada una de ellas. Al mismo tiempo, se sensibilizó a cada sector de trabajo en los CAPS para luego realizar una labor conjunta.

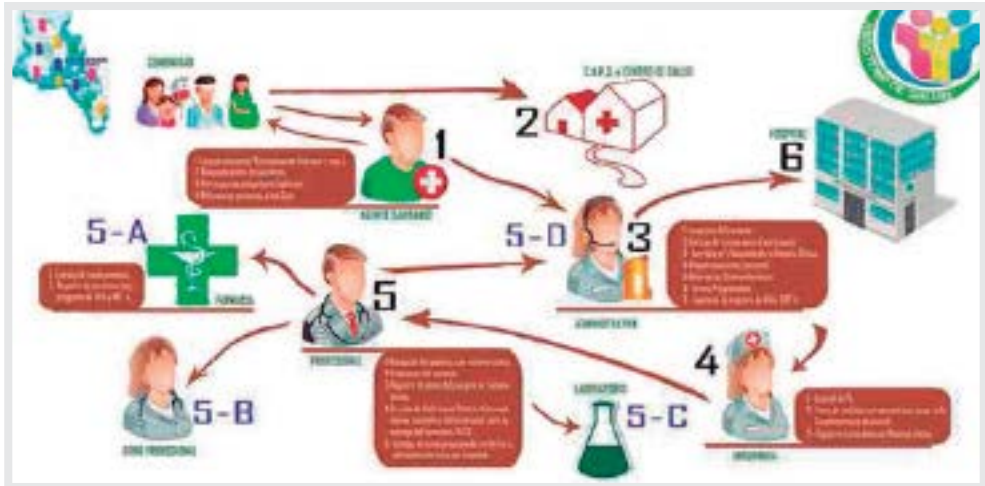
De ese modo, se capacitó sobre el circuito de atención de la persona adulta desde que llega de su casa e ingresa al CAPS y el circuito interno que cada efector posee contemplando todos los procesos en los que cada integrante está involucrado: administrativos, enfermería, médicos, farmacia, laboratorio y otros profesionales y roles. Se escuchó a cada uno de ellos haciendo hincapié en detectar prácticas que pudieran comenzar a estandarizar la atención, especialmente en aquellas personas con riesgo según las trazadoras que orientan las acciones de **Redes**.

En los espacios donde trabajan agentes sanitarios se reforzó la capacitación con ellos: “No todos los CAPS cuentan con agentes sanitarios, para nosotros fue fundamental que ellos nos permitieran llegar al empadronamiento y de esa manera empezar. La primera ficha que hicimos en conjunto fue la de empadronamiento”.

El equipo sistematizó las etapas de trabajo y tradujo la información a un flujograma que se presenta a continuación, que expresaba cómo proceder desde que la persona ingresaba hasta que salía del CAPS. Esta herramienta, permitió detectar los sentidos negativos de la atención del adulto y las desarticulaciones que se producían en el día a día.

Programa de fortalecimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (Proyecto Redes)

Flujograma de atención del paciente adulto en los Centros de Atención Primaria de la Salud



Se trabajó además en la sistematización y organización de otros procesos, tales como la identificación de la cantidad de personas con hipertensión (HTA) y diabetes (DM) que desde los CAPS se controlaban o seguían. Para ello se organizó la historia clínica (HC) optimizando la información disponible.

El equipo ideó un kit con recursos para la atención del adulto, a partir de la necesidad de organizar un método que facilite el registro y control de personas con DM y HTA, que se materializó en la creación de **Cajas Clínicas**. La definición del armado de estas Cajas se decidió luego de las reiteradas visitas y jornadas de trabajo conjuntas con los equipos de salud en las que se observó un escaso registro de HC y una casi nula sistematización de atención a la persona adulta.

Esta organización permite ahora identificar a las personas que se encuentran bajo la influencia de **Redes** con DM y HTA así como monitorear su seguimiento clínico.

Las Cajas contienen: historias clínicas, planillas de empadronamiento, tres cuadernos (uno para farmacia, destinado al registro de personas con HTA y DM que retiran la medicación en el centro; y dos para la administración -Referencia, Contrarreferencia y turnos programados-). También se distribuyó folletería producida por **Redes**, afiches para sala de espera y todo material que sirviera para la promoción y acompañamiento de las personas.



“La continuidad es clave para que las estrategias funcionen”

Actualmente, el 50% de los CAPS ya trabaja con HC de modo regular. Cuando inició **Redes** menos del 10 % llevaba a cabo este registro. Con el seguimiento del proceso se contribuyó a reforzar un modo de atención y de trabajo con población a cargo dialogando con los equipos de salud. El desafío es poder ampliar esta estrategia, articulando compromisos y protocolos con todos los niveles de gestión involucrados.

Fortalecer la nominalización, el conocimiento de la población a cargo y la atención del adulto en los CAPS, impacta positivamente sobre la salud pública en su conjunto y sobre todo en las personas con afecciones crónicas. Hablar de prevención secundaria es disminuir complicaciones. Esta estrategia de trabajo le permitirá al equipo de Catamarca avanzar con el cuidado clínico de las personas y con la ampliación de actividades comunitarias de índole preventivo.

“Antes nos faltaba mucha información de calidad: antes nos costaba el registro de domicilio de esas personas –aunque se conozca el territorio en lo local, el registro formal era muy bajo. Actualmente ya contamos con un control por lo menos mensual de la presión, clínica; hablamos con las familias. Además es importante recalcar la transformación que han tenido los equipos en cuanto a la visión de este tipo de enfermedades para visitarlos, contenerlos y bien seguirlos en el tiempo”.

El camino ya comenzó a recorrerse en relación al fortalecimiento de los registros y el conocimiento de la población a cargo. No obstante las dificultades aún existentes, a partir de la iniciativa de **Redes** se tomó el compromiso de continuar con las capacitaciones y el apoyo al equipo de salud, brindando estrategias que permitan el crecimiento en la calidad de atención y accesibilidad de las personas del área de cobertura que asiste a cada efector de salud.



RÍO NEGRO (2011-2015)

42.791 personas nominalizadas Ir a donde está la gente para facilitar los procesos

El trabajo en red es solo posible si los servicios que brindan atención sanitaria tienen definidos su población y territorio a cargo. **El empadronamiento es un paso necesario en el camino de la nominalización, en tanto es el procedimiento por el cual el centro de salud identifica e inscribe a la población de su área de referencia.** Esto facilita que el equipo asistencial conozca las necesidades y preferencias de la población en materia de salud, para así poder definir las estrategias sanitarias más adecuadas.

La experiencia de Río Negro demuestra cómo este proceso debe ser llevado adelante teniendo en cuenta la historia, las características propias del territorio, del sistema de salud y del equipo de salud, en una red compuesta por 34 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y 5 hospitales.

“No iba mucha gente a los centros de salud”

La provincia de Río Negro tiene una larga trayectoria en empadronamiento y nominalización de la población, acciones históricamente desarrolladas en primer lugar por los agentes sanitarios. Sin embargo, los movimientos y el crecimiento de la población así como la variación epidemiológica dieron como resultado un padrón anacrónico, que no se correspondía con la realidad. Surgió así la necesidad de, a partir del Proyecto Provincial de **Redes**, actualizar los datos de aquellas personas que se referenciaban con el centro de salud con el fin de brindarles una mejor atención y un mejor cuidado.

Se llevó a cabo un proceso de nominalización para registrar a la población con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Asimismo, ello se planteó como una estrategia de identificación y seguimiento de los problemas de salud de quienes viven solos (muchas veces aislados especialmente en las zonas rurales de la red), de individualizar los problemas incluidos en las historias familiares (forma histórica de registrar), de actualizar datos, mejorar el registro, fortalecer al hospital y, a la vez, establecer un vínculo diferente con la comunidad.

A partir del trabajo en terreno del equipo se mejoró notablemente el vínculo con la comunidad en términos de percepción de calidad de la atención y del servicio brindado por el hospital, facilitando de tal manera el acceso de la comunidad.



“Tener conocimiento real de cada familia”

La herramienta principal para la nominalización fueron las rondas sanitarias que realizan los agentes, cuyas visitas domiciliarias están organizadas en ciclos de 3 meses. Estas rondas permiten *“tener conocimiento real de cada familia, uno puede hacer las captaciones de cada familia o los problemas que puedan tener, que es lo que nos interesa a nosotros”*.

Cuando comenzó el proyecto de **Redes**, en algunas zonas (como por ejemplo, Cipolletti) las rondas no se estaban realizando de forma sostenida. Desde el Programa se trabajó en el restablecimiento de esta modalidad de trabajo de forma sistemática, planificada, de manera que pudiera servir para verificar la información y utilizarla adecuadamente en la atención de la población:

“El trabajo histórico del agente sanitario, el primero, es el censo. Por eso en Redes se dio continuidad a un trabajo que ya venían haciendo para actualizar datos. También se interpretó como una oportunidad para volver a salir al terreno”.

Cuando es posible, las visitas se realizan en equipo: *“las hacemos con las asistentes sociales, no solamente con el agente sanitario, a veces con la psicóloga, con la nutricionista y después con los médicos. Y charlamos con respecto a cada una de esas personas”*.

En cada caso, se decide si la intervención en el marco de la visita domiciliar es suficiente o si es necesario asignar un turno en el efector correspondiente. *“En el hospital de Los Menucos,*

se pregunta dónde se atiende, qué medicación reciben, hace cuánto que no se hace un control de salud y si es necesario se le entrega un turno programado para realizarlo. Se intenta que la periodicidad del control sea 2 veces al año para personas con ECNT, laboratorio, cardiólogo y anual para el oftalmólogo”.

Una vez que terminan las visitas y se han relevado todos los datos, se destina una semana a que el equipo de salud trabaje con la información recogida, para luego elevarla al Ministerio de Salud de la Provincia. Toda la información, además, queda disponible en soporte informático en el centro de salud, cuyos equipos fueron provistos por **Redes**.

“A través del Programa se comenzó nuevamente la actualización y registro de los datos. La implementación de la computadora permitió acceder a los datos de la familia de una manera más rápida”.

Además, los efectores del PNA trabajan con la cartografía del área a su cargo. En algunas zonas de la red se ha comenzado a complementar la cartografía tradicional con la georreferenciación, también facilitada por los equipos provistos por el proyecto provincial de **Redes**.

Otra estrategia para la nominalización ha sido trabajar con los padrones de diabéticos e hipertensos facilitados por el Departamento de ECNT del Ministerio de Salud de la Provincia y con aquellos casos donde se contaba con algún score de riesgo de la persona. En esta dirección, el equipo central trabajó fuertemente en el desglose del padrón para hacerle llegar a cada efector la población que, según lo informado, estaba a su cargo. Luego, cada establecimiento trabajó según la disponibilidad de recursos. En el caso de los efectores de salud de Sierra Grande, por ejemplo, se identificó a la población de mayor riesgo y se recorrieron las casas otorgando, en los casos necesarios, turnos para laboratorio y consulta médica, armando grupos de 4 o 5 personas por semana. Para atender esta demanda generada se asignó *“un médico que desde las 14hs. en adelante se sentaba con un agente sanitario y transcribía. Primero atendía a sus pacientes, que ya tenían el laboratorio, y después transcribía los datos a la historia clínica”.*

En otra localidad de la red, Valcheta, la forma de atender la demanda generada por la nominalización fue asignar a un agente sanitario para que realice algunas acciones previas a la consulta con el médico: chequear la existencia de la Historia Clínica, abrir una en caso de que no exista, pesar y tomar la presión arterial a la persona, registrar esta información en la HC.

Más allá de las particularidades detalladas sobre cada lugar, Redes ha trabajado en todas las zonas de la red focalizando en la organización del circuito del paciente crónico y en el registro de la información.

También el Programa ha participado de eventos masivos, implementando la planilla de clasificación por tabla sin colesterol para realizar búsqueda activa de población en riesgo.



Otra de las líneas en las que **Redes** ha trabajado para mejorar el conocimiento de la población a cargo ha sido la nominalización de la dispensa de medicamentos, tanto los provistos por el Programa Remediar como los de provisión provincial. Para esto se capacitó a los encargados de la farmacia para que registren todos los datos de quienes retiran medicación en los equipos provistos para tal fin y que, además, contribuyen a una circulación más eficiente de la información entre los distintos sectores y niveles del sistema de salud público.

Por último, la gestión provincial ha avanzado en la unificación del registro con otros programas y áreas del Ministerio:

“Tomamos conciencia de que no puede venir cada programa con su librito y su planillita. Entonces, nosotros estamos trabajando fuertemente con el Programa Sumar para lograr un solo padrón, una base donde se nominaliza toda la gente que es usuaria del sistema público de salud”.

Desde **Redes** se promovió “llevar las redes por toda la provincia, no solamente a los hospitales que formaban la red. Los mecanismos, la normativa y el encuadre se llevó a toda la provincia, más allá de que no estaba financiada del todo”. Si bien la extensión y diversidad de esta iniciativa ha enlentecido en algunos casos la implementación de ciertas acciones del proyectos provincial, esta definición le otorga mayor sustentabilidad a la estrategia del Programa.

Otro de los obstáculos que hubo que sortear fue la organización de los servicios para poder responder a la demanda que la propia nominalización genera: *“Cuando uno sale a terreno y se hacen derivaciones, quien lo atiende es el enfermero, quien entrega medicación es el enfermero, pero a la hora de organizar la atención con un médico, superan las consultas”*.

Además, la actualización del proceso de trabajo cotidiano también supuso un desafío para los agentes sanitarios: se comenzó a clasificar personas e incorporar la tabla sin colesterol en las visitas domiciliarias; sin embargo es algo que aún no se encuentra sistematizado.

Las capacitaciones y la tarea del equipo de microgestión han sido soportes importantes a la hora de dar continuidad al proceso al acompañar a los equipos en la incorporación de los cambios.

Otra cuestión que colaboró fue la provisión de los elementos necesarios para las visitas domiciliarias: *“la incorporación al bolsín del agente de un tensiómetro, es decir, elementos que son básicos para que en el domicilio mismo empecemos a identificar cuáles son los pacientes que a lo mejor tienen una posible patología, lo que hace que el paciente ya tome conciencia de esto”*. También se valora el equipamiento realizado en los efectores del PNA que ayudaron al proceso de nominalización y fueron facilitados por **Redes**.



“Y ahí ven para qué sirve la información”

Los agentes sanitarios entrevistados de Los Menucos y Cipolletti, así como la gestión provincial del Programa destacan, como aprendizaje principal de esta experiencia, las posibilidades que brinda contar con información precisa y actualizada.

Desde los equipos de salud valoran que el equipo ejecutor del proyecto provincial hace siempre una devolución de los datos que se envían al Ministerio, lo que permite utilizarlos para definir líneas de intervención con la comunidad: *“en función de la recopilación y de la consolidación de estos datos y de la evaluación creamos trabajos paralelos, me refiero a acciones de actividad física, cuestiones que tienen que ver con la alimentación saludable (taller de cocina, charlas con las embarazadas mismas). Nosotros además tenemos carteles en el hospital (Hospital Dr. Néstor Perrone, Los Menucos) con los horarios que se han definido en la semana para estas actividades”*.

El equipo provincial de **Redes** valora también esta disponibilidad de información para la gestión local: *“Esto genera un beneficio importante para cada efector porque hace que los lugares tengan un panorama más actualizado de la situación de las personas y por lo tanto pueden generar un mayor seguimiento y un mayor control en beneficio de la comunidad, en beneficio quienes están pasando por esta problemática (ECNT). Y ahí ven para qué sirve la información”*.

Entre estas acciones, se pueden enumerar: creación de grupos para personas con Diabetes y sus familiares (en tanto muchas veces son los que administran la medicación, especialmente en el caso de los insulinodependientes); actividades comunitarias, focalizando en la captación de población masculina; identificación de Historias Clínicas por patología para facilitar el trabajo en los efectores; uso del fichero cronológico para organizar la atención de las personas que requieren seguimiento.

En palabras de uno de los agentes de Cipolletti:

“Redes transformó al agente sanitario en un antes y un después. En la recopilación de datos tradicional, no tenía sentido tener ese dato si se encajonaba. A partir del Programa creció mucho la calidad de atención porque trabajamos con el árbol de problemas en función de los datos que recopilamos, de las clasificaciones. Y ahí el hecho de armar actividades locales. La carga de datos en sistema fue más que útil y el manejo de toda la información de empadronamiento, clasificación y luego el seguimiento fue muy importante porque nos llevó a familiarizarnos con las historias clínicas”.

También se evidencian los resultados en el trabajo “cara a cara” en las visitas domiciliarias. La nominalización permite movilizar a las personas en el cuidado de su salud: *“Nosotros vamos a las familias para ver si hay algún diabético, hipertenso, si toman alguna medicación. Les preguntamos si alguna vez le midieron el azúcar, ¿lo pincharon alguna vez?’. Y les hacemos una devolución ahí, y dicen: `¡ay! ¿pero a mí me dio eso? Me dio siempre todo bien’. Son preguntas que uno tal vez así no se las hacía, uno preguntaba si tenía familiares pero nunca si tenía el azúcar alta, baja. Por eso se acerca más gente al centro de salud, porque le vas explicando qué puede hacer”*.

“Que se haga cultura, que lo hagan propio”

El proyecto provincial ha desatado procesos no solo en los efectores del PNA sino también en el nivel central del Ministerio, donde se ha evidenciado la necesidad de articular. Por eso se ha trabajado en forma conjunta con las áreas de farmacia, estadística, enfermería, enfermedades crónicas y red de laboratorios: *“necesitamos de todos y muy especialmente de los CAPS. Cuando llegamos a cada CAPS por primera vez no es fácil explicar esta propuesta de cambio de pasar a un modelo proactivo y de seguimiento. En algunos casos hay que vencer obstáculos y resistencias. Después cuando ven que el Programa tiene continuidad, que sistemáticamente está definiendo información, haciendo devolución de lo que se recoge de cada uno de los sectores y CAPS y equipando al PNA, se van involucrando. Nos costó, porque ahora hablamos como si fuera fácil, pero en realidad en algunos CAPS hemos ido muchas veces para poder arrancar”*. Un paso futuro es poder protocolizar estos procesos de articulación, formalizar este contacto permanente al que “obliga” el trabajo en red.

Otro de los desafíos está en la articulación con el Segundo Nivel de Atención, poder fortalecer los circuitos de Referencia y Contrarreferencia, los turnos protegidos, los procesos de descentralización de prácticas.

Para la gestión del proyecto provincial, el objetivo final es la consolidación del trabajo en red como modalidad y fundamento principal del sistema de salud:

“Es la tenacidad, la constancia y la presencia permanente lo que hace que seamos creíbles. O sea, a nivel Ministerio nos permitió sacarnos la telaraña y empezar a recorrer los efectores. Estar en cada lugar siempre y colaborar en la construcción y el fortalecimiento de los equipos. Creemos que la red tiene que perdurar, que se haga cultura, que lo hagan propio. Tiene que consolidarse en el tiempo”.

Eje #2: Capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención

**Chubut - Jujuy - Neuquén - San Juan - Corrientes -
La Pampa - Mendoza - Santa Cruz - Buenos Aires -
Misiones - Salta - CABA**



En una red de salud consolidada el Primer Nivel de Atención funciona como puerta de entrada al sistema y, así, garantiza el acceso equitativo de servicios esenciales a toda la población. El principal argumento es que este nivel tiene la potencialidad de proveer el cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el curso de vida.

Además, es el componente de la red que tiene la posibilidad de desarrollar los vínculos más profundos con las personas, las familias, la comunidad, y con el resto de los sectores, facilitando así la participación social y la acción intersectorial.

Por estas razones, sumando el hecho de que en este nivel confluyen numerosos programas provinciales y municipales, es fundamental fortalecerlo y dotarlo de mayor capacidad resolutive. Entre las principales estrategias para alcanzar este objetivo se encuentran la programación de la atención, para así poder planificarla, brindar el tiempo que requiere cada persona, etc. y la ampliación de la oferta de servicios (incluyendo atención especializada y servicios de diagnóstico).

Aportes del Programa Redes al fortalecimiento del PNA

Con el objeto de trabajar en esta línea, desde los proyectos de **Redes**, se midió el fortalecimiento del PNA a través de varios indicadores entre los cuales se destacan la cantidad de establecimientos con turnos programados, con capacidad para realizar extracciones de sangre y electrocardiogramas. Hasta mayo de 2015, se logró contar con:

- **1103 establecimientos del PNA con sistema de turnos programados³**, lo que representa un 92% de cumplimiento de la meta estipulada y **4.500.000 consultas programadas**.
- **989 establecimientos del PNA con capacidad de realizar extracciones de sangre**, lo cual indica un 84% de cumplimiento de la meta estipulada y **1.110.000 extracciones realizadas**.
- **301 establecimientos del PNA con capacidad de realizar electrocardiogramas (ECG)⁴**, multiplicando la cantidad de efectores con capacidad de realizar este estudio más de 3 veces en relación al punto de partida.

A continuación se presentan las experiencias de los proyectos de Redes de Chubut, Jujuy, Neuquén, San Juan, Corrientes, La Pampa, Mendoza, Santa Cruz, Buenos Aires, Misiones, Salta y CABA.

³ Un sistema de turnos programados es un mecanismo por el cual desde un efector de PNA se otorga, de forma programada, a distancia o in situ, una fracción de tiempo para una consulta médica u odontológica. La fracción de tiempo no debe corresponder a la misma jornada en la que fue solicitada ni asignada en el momento de mayor demanda de consultas en forma espontánea.

⁴ Implica que los efectores cuentan con el insumo (electrocardiógrafo) y capacidad técnica de sus RRHH para su realización e interpretación general (normal/anormal) para definir la necesidad de una lectura por el especialista.



172.113 turnos programados

Fortaleciendo el PNA para la inclusión del adulto con ECNT

Hacia el 2010, la provincia de Chubut a través del **Programa Redes** se planteó como objetivo estratégico **implementar un modelo de gestión y organización orientado a potenciar el trabajo en red de los servicios de salud**. A fin de dar respuesta al problema priorizado de una gestión de turnos errática y esporádica, se propuso **implementar un sistema de gestión integral de turnos en la red**, la cual se encuentra conformada por 26 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y 3 hospitales de las áreas urbanas y periurbanas de las ciudades de Rawson, Trelew y Puerto Madryn.

Los efectores de PNA venían trabajando desde hacía tiempo con el sistema de turnos programados, priorizando a la población materno infantil para consultas de control y visualizándola como único sector de riesgo. Esto generaba que *“la mayoría de los pacientes crónicos tuvieran un tratamiento discontinuado, no hubiera adherencia al tratamiento porque pasaba que la gente mayor no llegaba a pedir el turno, entonces se quedaba sin medicación”*.

“Cuando la gente se va con el turno programado, se va conforme”

A partir del comienzo del trabajo de **Redes**, los efectores “empezaron a tener turnos programados para el paciente crónico, que eran otorgados cuando éste acudía al control”. La solicitud de un turno nuevo para control se realiza en la mesa de entrada de cada efector de PNA. Asimismo, las personas pueden acercarse al centro de salud y solicitar un turno para otra jornada, a través del personal administrativo. Para demanda espontánea tiene que asistir a las 8 hs de la mañana y solicitar la inclusión en la agenda de atención del día. En algunos casos los trabajadores comunitarios en terreno programan turnos para las personas a las cuales se les dificulta el acceso al efector, y muy pocos lo hacen telefónicamente.

Los centros de salud del PNA de las áreas programáticas Trelew y Rawson otorgan de 4 a 5 turnos programados diarios para profesionales médicos y no médicos, para la franja horaria de la mañana. Los mismos están destinados a la población materno infantil, al control periódico de las personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes y Enfermedades

Crónicas No Transmisibles (ECNT) en general y para laboratorio.

La nominalización de la población a cargo propuesta por **Redes** permitió mejorar la calidad de los datos en el sistema de información provincial denominado Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB), siendo de gran importancia el correcto registro de la identificación de la persona, especialmente el número telefónico para poder implementar re-programaciones, recordatorios, avisos y búsqueda activa en caso de ausentismo a la visita de control.

El Proyecto Provincial de **Redes** facilitó la realización de cartillas de red y carteleras de servicios disponibles que permitieron brindar una mayor información a la comunidad respecto de la oferta de servicios disponible.

“La programación de la atención como resultado del fortalecimiento de los vínculos”

En el Hospital de Puerto Madryn desde hace años funciona una oficina de Referencia y Contrarreferencia (R-CR) que programa los turnos (153 protegidos por semana para cirugía, traumatología, oftalmología y otras especialidades). Esta práctica existía con antelación a la intervención de **Redes**, pero con la implementación del Proyecto Provincial fue revalorizada proponiéndose su extensión a otros hospitales de la red.

En el Hospital Zonal de Trelew Dr. Adolfo Margara se instaló una oficina de R - CR, la cual es responsable también de los turnos protegidos en el segundo nivel para el PNA. Además se prevé la creación de una oficina de R - CR en el Hospital Subzonal de Rawson, en el cual actualmente se reservan turnos protegidos para el PNA.

La forma de registro del turno varía según la localización del efector de PNA. En centros urbanos de Puerto Madryn, Trelew y Rawson se otorga el turno a través del CMDB, registrándose directamente en el módulo correspondiente. *“Todo el equipo de salud del centro de salud puede asignar el turno. Los médicos lo asignan en el consultorio, en la hoja de consulta, en el casillero de registro de turno mientras que el administrativo lo carga en el CMDB. Asimismo las trabajadoras comunitarias registran el turno programado tanto en el CMDB, como en la libreta sanitaria del paciente adulto, y en la de los chicos y en el carnet de la embarazada”*. Los turnos programados para las prácticas de laboratorio, ecografía, fonoaudiología, electrocardiograma se registran manualmente en el cuaderno de turnos.

Asimismo, dentro de las actividades de **Redes** se implementaron acciones para reforzar el uso del CMDB en todos los efectores de la red y extender la dación de turnos programados a toda la población en todos los efectores. *“En cada visita a los efectores o en las capacitaciones*

al equipo de salud se insiste con el turno programado, y se articula con otros programas para reforzar esto".

"La implementación del turno programado contribuye a la organización del proceso de atención del efector y favorece la accesibilidad de las personas adultas al sistema de salud e indirectamente mejora la adherencia a los tratamientos".

"Pensando los próximos pasos"

Como grandes desafíos se prevé:

- Implementar instancias tanto de evaluación como de monitoreo es la dación de turnos, generar estadísticas de ausentismo a la consulta y registro de la demanda rechazada para poder pensar estrategias de búsqueda activa y recaptación.
- Implementar un sistema de recordatorio de turno.
- Establecer estrategias de búsqueda activa de la persona ausente al turno (solo se realiza cuando el médico u otro integrante del equipo de salud lo necesita).
- Consolidar la utilización del CMDB en los hospitales.
- Ampliar campos en el CMDB y agregar solapas para otras prácticas (no solo médicas).





JUJUY (2010-2015)

9400 Consultas programadas

Atención programada como eje de la gestión clínica

En 2010 Jujuy dio inicio al Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes y definió como uno de sus objetivos centrales el **brindar atención programada en el Primer Nivel de Atención**.

A continuación se presenta una descripción del proceso desarrollado en estos cinco años en la red seleccionada por la provincia: Ramal I (Depto. San Pedro y Depto. Santa Bárbara) y Ramal II (Depto. Ledesma y Depto. Valle Grande) la cual cuenta con 58 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y 4 hospitales.

“Antes era todo espontáneo”

Históricamente la gestión de servicios de turnos de la provincia tenía una metodología muy informal: las personas iban temprano al centro de salud y hacían largas colas para acceder a la atención espontánea. Los agentes sanitarios eran precursores en cierta organización, citando para sus controles habituales de peso y talla, pero el profesional médico no lo tenía incorporado.

“Comenzar a operativizar este tema impactó en el núcleo duro de la gestión clínica, generando modificaciones dentro de la cultura organizacional del centro y con/hacia la comunidad. En este proceso se fue viendo que el sistema de salud tenía una posibilidad muy interesante en sus manos de aliviar tensiones con algo tan sencillo como brindar turnos programados”.

Si bien había una reserva para la atención de especialistas que se podía suscitar en otros lugares, esto se producía entre distintos niveles (programando consultas en hospitales) y no en los puestos de salud.

“La gente cree en el sistema... empieza a creer y le interesa eso, antes de ir a hacer cola, llegar temprano, no, ahora le das comodidad, lo solicita telefónicamente. La gente se larga a llorar no creen que han conseguido un turno y no han tenido que ir temprano y es emocionante”.

La atención en los centros de salud de Jujuy se organiza a través de un sistema informático

provincial único (Más Salud Jujuy). Este permite registrar las consultas y cuenta con la versatilidad de diferenciar cuáles de esas son programadas y cuáles de atención espontánea. En etapas previas y al empezar a pensar en la posibilidad de informatizar la atención, se diseñó y comenzó a aplicar la orden de atención ambulatoria (ODA), que se constituyó como la base de todo el sistema ya que registra el conjunto mínimo de datos básicos.

Este sistema funciona de la siguiente manera: un empleado administrativo es quien recibe a la persona que solicita una consulta; este tiene acceso a una base de datos de toda la provincia en la cual figura nominalizada gran parte de la población. Al identificar a la persona solicitante, le otorga un turno tanto espontáneo (para el día) como programado, dependiendo de la especialidad que se trate (ya que aún no hay turnos programados para todas las especialidades). El turno se registra y se re-imprime esa ODA, la cual queda inmediatamente asociada a la Historia Clínica (HC) en papel (se encuentra en prueba un piloto una HC electrónica). El mismo empleado organiza las HC y ODAS con los turnos para los días determinados de tal forma que al llegar el profesional comienza a atender con toda la información a la vista.

“Hubo que vencer dificultades como el hecho que al dar turnos programados la gente se olvidaba de ir, entonces caíamos en contradicciones como que estábamos avanzando, pero los profesionales quedaban esperando y era una consulta menos”.

Como en toda innovación no faltaron obstáculos: respecto a las ausencias de quienes solicitaban los turnos, se planearon algunas estrategias como la de enviar mensajes de texto recordatorios con una antelación de 24hs. También se evita fijar plazos muy largos en la programación de turnos, ya que si es muy extendido en el tiempo es más probable que las personas lo olviden.

“Cada centro de salud tiene su potestad de acuerdo a la disponibilidad de la especialidad”

La organización de agendas se llevó a cabo respetando la autonomía de los centros de salud y de los profesionales. No hay aún turnos programados para todas las especialidades *“se definen los cupos de turnos a partir de un pool de la atención que tiene cada día ese profesional. Algunos por porcentaje, otros llevan estadística de quienes vienen derivados, pero eso se define en cada efector”.*

Algunas especialidades incorporaron rápidamente la programación de los turnos sin problemas. En alta complejidad se está desarrollando una experiencia muy interesante: brindan turnos a través de un *call-center* para especialidades como oncología o algunas enfermedades muy específicas como la artritis reumatoidea. En estos casos se evaluó el hecho de que son personas que deben concurrir con periodicidad, por lo cual se consideró prioritario facilitar el acceso a las consultas.



Por otro lado continúan analizándose posibles soluciones para no tener que brindar turnos tan alejados en el tiempo. Las variables que entran en juego son la cantidad de profesionales por especialidades del centro de salud y los horarios de atención que ponen a disposición de la comunidad. *“El profesional dice: ‘yo dispongo de tantas consultas por día, por semana’, y a partir de eso el empleado de estadística le asigna los turnos a las personas”.*

La organización de la agenda de los profesionales y/o el tiempo que debía durar una consulta fueron aspectos que se acordaron hacia el interior de cada centro de salud. *“Libertad de pactar para lograr acuerdos y no imposiciones”.* Esto funciona muy bien en algunos centros de salud, y en otros el desarrollo es más complicado, ya que muchas veces inciden múltiples factores, como por ejemplo reclamos gremiales. Se trata de un proceso lento pero que continúa avanzando.

En cuanto a la comunidad se tiene en cuenta la necesidad de concientizar sobre la importancia del turno. *“Entonces en algún momento lo charlamos en el equipo y decidimos proceder como hacen en los vuelos, en los aeropuertos y si el vuelo se suspendió lo perdiste y se reasigna, pero no en el vuelo siguiente, en el que se puede”.*

“Al llegar el Programa Redes a la provincia se produjo una interesante coincidencia”

En el sistema de salud provincial se estaba percibiendo la necesidad de ordenar la gestión clínica y los servicios de información.

*“Al exigir **Redes** el cumplimiento de indicadores incentivó a incorporar los turnos programados. Lo bueno de esto es que si hoy me preguntan qué pasó, digo que el Programa fue el que traccionó el interés de los grandes hospitales que no estaban incorporados inicialmente y es así que los gestores de alta complejidad dijeron “¿por qué no lo hacemos nosotros también?” Y hoy tenemos oncología, fonoaudiología con turnos”.*

El proyecto provincial debió establecer al principio metas de turnos y consultas programadas, y además, se produjeron otros valores agregados como consecuencia de la intervención de Programa. Por ejemplo: la instalación por parte de **Redes** de antenas y el consecuente aumento de la conectividad en los centros de salud, permitió la comunicación vía *Skype*, con lo cual se pudieron resolver consultas y derivar a turnos a otros centros cuando la capacidad de origen estaba colmada.

“Por ahí el límite que uno se pone el día de mañana ya no es un límite, se corre esa barrera, ese horizonte de expectativas crece y es muy reconfortante ver que con iniciativa, con las nuevas tecnologías se van superando indicadores planteados duramente con un número. ¿Ahora qué es más superador que los números? La respuesta humana, el compromiso de ambas partes y sobre todo la satisfacción de ver que le estoy dando respuesta al otro y eso tal vez no se puede medir con números”.

Otro aporte positivo se vincula con la atención por niveles de complejidad, ya que la estrategia de turnos programados permite ordenar la demanda. Anteriormente se pedía directamente el turno al nivel de mayor complejidad; hoy en día se atiende la cartera de turnos en el primer nivel y cuando está organizado y muestra resultados, el mismo hospital cabecera quiere sumarse a la estrategia. También al ordenarse la atención del primer nivel, los hospitales del segundo y tercero se ven menos abarrotados.

“La red no es dogmática”

No existe aún un documento escrito que formalice la estrategia de turnos programados:

“En este caso podemos decir que el proceso estuvo impregnado de creatividad, de aporte, de iniciativa de los centros, por eso creo que es el ejemplo más concreto de lo que es crear una red. La red no es dogmática, la red no se escribe en un escritorio, la red se construye día a día, con las experiencias de cada uno, sentirse parte de una red y que el otro te tiene que escuchar y te hace un nuevo aporte. En este caso estamos terminando un camino muy interesante de innovación, de creatividad, con ida y vuelta, con actores que no aparecían en escena”.



NEUQUÉN (2011-2015)

133.477 turnos programados

Un sistema de información como herramienta para mejorar y consolidar procesos

Durante el diseño del proyecto provincial de **Redes** en el año 2010, Neuquén se planteó como objetivo estratégico **fortalecer la red de servicios de salud de la ciudad capital**, la cual se encuentra conformada por 16 centros de salud del PNA y 3 hospitales. Ese periodo coincidió con la iniciativa provincial de informatización de todas las actividades de salud mediante un Sistema de Información Provincial de Salud (SIPS).

En ese entonces, el SIPS se encontraba en una etapa inicial, centrado en la necesidad de contar con un módulo de empadronamiento de personas, que permitiera un buen registro de sus datos, para luego poder generar el resto de las acciones.

Paralelamente **Redes** hacía hincapié en la nominalización de la población a cargo como primer paso para fortalecer la red seleccionada. De modo que al identificar esta coincidencia rápidamente se alinearon los esfuerzos: *“Fue muy interesante lo que se dio en ese momento, fue una coincidencia histórica, ya que en la provincia el SIPS se pensaba con el corazón del sistema en el módulo de empadronamiento y en el proyecto de **Redes** esto se incluía como un eje importante. Entonces para nosotros fortalecer el SIPS provincial iba a ser el inicio del fortalecimiento de la red”.*

Esta iniciativa provincial de informatizar todas las actividades en salud, surgió como un proyecto pensado, no para un sector o programa en particular, sino para toda la provincia. Su implementación comenzó en la Red de capital y de ahí se fue extendiendo a todos los efectores. *“Esto es algo importante en el sentido que permitió fortalecer mucho el uso del Módulo agendas y turnos”, no como algo aislado, sino en el marco de implementación de un sistema provincial de salud”.*

Cabe mencionar que la provincia ya contaba con un sistema informático (SGH - Sistema de Gestión Hospitalaria), implementado en toda la provincia desde el 2005; en el año 2009, se decidió avanzar en el desarrollo web y se llegó así al SIPS.

Durante 2011 y en el marco del proyecto de **Redes**, se revisó con los efectores de la red, el proceso de solicitud y entrega de turnos programados para consensuar y unificar ciertos lineamientos con respecto a la organización del trabajo en los centros de salud. Por ejemplo,

acordar la duración de una consulta, definir si la citación de las personas se realizaba en un horario definido o por bloque horario, establecer qué porcentaje de turnos se reservaba para su programación y qué porcentaje para la demanda espontánea, establecer la cantidad mínima de días para la apertura de la agenda, etc.

Mediante numerosas jornadas de consenso entre el primer y el segundo nivel se llegó a la creación de un “Manual de Procedimientos para la Gestión de la Red” en el cual se hace referencia a la solicitud y entrega de turnos para la atención ambulatoria. A su vez, este documento fue utilizado como insumo para el diseño del “Módulo agendas y turnos” del SIPS, el cual se implementó a partir del primer cuatrimestre de 2012.

“El gran salto que se dio con la implementación del SIPS y del “Módulo de agendas y turnos”, es que se dejó de pensar a la persona como paciente de un sector y se la empezó a pensar como paciente provincial. Además estas nuevas tecnologías, posibilitaron acompañar en tiempo real lo que sucedía en los efectores. Antes la información se tenía, pero con algunos meses de demora, o incluso años”.

Como todo sistema de información, el SIPS evoluciona para dar respuesta a los usuarios. Recientemente, se agregó al “Módulo de agendas y turnos”, la “Agenda interdisciplinaria”, que permite trabajar con más de un profesional por agenda, y también está en proceso la incorporación a este módulo de las “Actividades extra muro”.

La “Agenda interdisciplinaria” resulta muy útil en el marco de un abordaje bio-psico-social frecuente para el trabajo de situaciones complejas o el abordaje de manera conjunta entre enfermería y medicina general en consultas como por ejemplo el control de niño sano.

En el caso de las “Actividades extra-muro”, también es posible registrarlas, dado que ocupan un porcentaje significativo del tiempo que ocupan los profesionales, por ejemplo; reuniones de equipo, talleres, visitas domiciliarias, etc. De esa forma se puede visualizar la actividad completa de los profesionales en los Centros de salud.

El “Módulo de agendas y turnos” está asociado a otro recurso que tiene la provincia que es el “Recordatorio de turnos”. Una buena calidad de los datos de empadronamiento y un correcto registro del número telefónico, permite que se emita por sistema en forma automática un mensaje (SMS) recordatorio de turno.

El Módulo permite acceder al historial de turnos de las personas así como registrar la demanda rechazada, posibilitando que el efector gestione esta información. *“Puede ser que hoy la persona no tenga un turno pero en 5 días se habilite una agenda y se debería poder dárselo a la persona que no pudo acceder al turno con anterioridad, o para registrar la demanda rechazada y evaluar el motivo de la misma”.*

El “Módulo de agendas y turnos” constituye una herramienta de los efectores para mejorar la planificación y el monitoreo de las diferentes actividades de los integrantes del equipos de salud. Complementariamente, se establecen mecanismos para monitorear el proceso de dación de turnos, dada la experiencia de registro, de manejo de agendas y de codificación de esas consultas en el sistema informático anterior.

Monitoreo para orientar la gestión

Además, la provincia realiza el monitoreo continuo de una serie de indicadores previamente establecidos para el proceso de toma de decisiones, a través de un Tablero de Mando (software PECAS - Planificar, Ejecutar, Controlar, Analizar, Estandarizar), que en el caso del Ministerio de Salud provincial, se alimenta de los datos del SIPS.

El Tablero de Mando se empezó a utilizar en la red en el 2014, en principio a nivel central, luego a nivel de Zona Metropolitana y Sub-zona y actualmente se está finalizando la implementación en los efectores de la red. A nivel central se conformó un grupo de trabajo orientado a formular los indicadores para monitorear integrado por Dirección de atención primaria de la salud, el Comité de biotecnología, la Sala de situación de **Redes**, la Dirección TICS, el CUCAI y la Red de laboratorio. Este tipo de monitoreo se realiza mensualmente y se espera replicarlo.

Algunos de los procesos seleccionados para monitorear el proyecto de **Redes** en el Tablero de Mando son: turnos programados, demanda rechazada, implementación de Guías de Práctica Clínica, empadronamiento, entre otros, en base a la información registrada por los equipos de salud en el SIPS.

“Lo interesante es que estamos viendo la información en tiempo real, y el dato, una vez ingresado, se encuentra disponible para todos. Pero la idea es que el dato lo utilice quien lo genera porque creemos que ese es el mayor valor, que el efector pueda estar mirando constantemente y que ellos mismos puedan gestionar con ese dato”.

Este tipo de herramienta permite hacer los análisis por consulta pero también por persona. Un punto clave es la calidad del dato al momento del empadronamiento: toda persona que se registra, entra en el listado de pacientes provincial y esa información queda disponible para toda la red.

En la gestión diaria, la información del Tablero de Mando, se convirtió en un insumo necesario para las reuniones con los responsables de los centros y los jefes de Zona, permitiendo abordar las diferentes dificultades, analizar la variabilidad de datos entre centros, evaluar el trabajo de los mismos o la necesidad de recursos adicionales.

“Es más fácil realizar cambios cuando los datos son objetividades y no es un dato que está disponible solo para la zona, sino que todos pueden acceder. Podemos tener más precisión para fundamentar”.

El objetivo son las personas

En general, cuando se realiza el análisis de la economía de la salud, se hace referencia a los costos en salud, hay un dato que no se menciona y es el tiempo que utiliza la gente en su contacto con un el sistema de salud.

El hecho de que una persona esté correctamente empadronada y no tenga que volver a registrarse en ninguno de los efectores; de que pueda sacar su turno con una semana o quince días de anticipación y no tener que concurrir a las cinco de la mañana a un centro de salud o un hospital a la intemperie para conseguirlo; o que una persona a la que se le da un medicamento no tenga la necesidad de explicarle a un nuevo médico qué medicación está tomando, son cuestiones invalorable. *“Estos son valores que jerarquizan el trabajo en salud pública y en el sistema de salud. Son datos ocultos que cuando hacemos análisis de gastos en salud no se ven”.*

El registro, integración y utilización de la información también permite a los equipos de salud identificar situaciones de riesgo y poder abordar los problemas de salud más integralmente. *“Durante una consulta de una mujer de 20 años para solicitar anticonceptivos, veo en el SIPS una tomografía de cerebro que le habían hecho en el Hospital por un traumatismo de cráneo secundario. Esto me alertó sobre la situación. Estaba frente a una mujer que tenía un antecedente de gravedad (violencia de género). Gracias a esa información, la mujer se fue desde el centro de salud a un refugio. Esto es un ejemplo de cómo la información en un momento oportuno permite mejorar el proceso de calidad de atención”.*

El SIPS, con sus diferentes módulos, se encuentra en etapa de implementación en toda la provincia de Neuquén. Como en todo proyecto nuevo, hay personas que se adaptan más rápido que otras, y constituye un desafío la apropiación por parte de los equipos de salud del uso del mismo como herramienta necesaria para contar con información para la mejora de la atención de la población.



SAN JUAN (2012-2015)

86.953 turnos programados Integrando la gestión en el Primer Nivel de Atención

Hacia el 2012, la provincia de San Juan se planteó como objetivo estratégico **fortalecer la gestión de turnos programados en el Primer Nivel de Atención (PNA)** de la red seleccionada, la cual se encuentra conformada por 33 y 2 hospitales. En ese intento, el equipo que ha llevado adelante el proyecto de **Redes** se propuso, entre otras acciones, **organizar e integrar estos procesos de gestión.**

A continuación se presenta una descripción de la experiencia desarrollada en estos 3 años para implementar el circuito de turnos en la red asistencial, así como también sus aciertos y desafíos.

“La gestión informatizada era manejada por pocos y costaba que se otorgasen los turnos”

El equipo de **Redes** detectó la baja presencia de turnos programados en la red. Por ello, se llevó a cabo un diagnóstico del escenario por más de un año, en el que se observó que de 28 efectores de PNA solo un 5% contaba con turnos programados, desarrollados en un soporte adecuado y con un circuito ágil.

Se encontró que en muchos de los casos el proceso no estaba sólidamente establecido y que *“la gestión de turnos no estaba informatizada, sino en un cuaderno que era manejado por todos”*. Los turnos programados existentes o no se registraban de manera correcta o bien las personas (muchas veces más de 15 o 20) eran citadas luego de las 16 hs generando una forma particular de atención, que era considerada como turno programado. Esta informalidad y desorganización de la gestión generaba un alto nivel de deserción.

Por otro lado a partir del diagnóstico se detectó, en una de las zonas que conforman la red, un sistema de gestión informatizada en los centros de atención, que era manejado no por referentes específicos, sino por la totalidad del equipo de salud.

Se pensó entonces en generar un soporte unificado para este proceso de gestión de turnos programados. Se tuvieron en cuenta dos objetivos: no competir con los CAPS informatizados

y centralizar en un único registro estos turnos, complementado al mismo tiempo las acciones de cada uno de los integrantes de los equipos de salud. La consecuencia de ello, sería que la comunidad pudiera contar una oferta más sistematizada y con una respuesta en función de las necesidades.

“En cuanto a poder sistematizar el proceso y el soporte, se escuchó a todos los equipos de salud. Se dialogó sobre la necesidad de trabajar conjuntamente en procesos y resoluciones específicas”.

Para aquellas zonas informatizadas, entonces, se propuso complementar el sistema de gestión de turnos programados ya existente con un soporte de formato tipo “Cuaderno”. *“Todos vimos propicio este proceso, esta estrategia. Circuló el mismo mensaje e intentamos dar respuesta a esta necesidad”.* Esta decisión contempló el diálogo con los equipos de salud, con el nivel ministerial y con todos los actores intervinientes, orientando el esfuerzo emprendido hacia la protocolización de los contenidos del soporte. Finalmente, se resolvió que sería enfermería quien llevaría a cabo este registro: *“a los enfermeros no le faltan los registros que necesitan; actualmente sus registros son de muy buena calidad de información”.*

“El proceso comenzó con la necesidad de gestionar y otorgar turnos programados para organizar la demanda y mejorar la calidad de atención. Se otorga un turno (día y horario específico) para la persona con el especialista correspondiente según su requerimiento o patología”.

Cuaderno de turnos: características del soporte y gestión del proceso

El cuaderno se compone de una ficha con diferentes ítems a registrar. El uso de estos puede variar en función de las características de cada una de las zonas sanitarias comprendidas en la red. Cuenta con un espacio para el registro de turnos para los diferentes equipos, en el que se consigna información como referencias y contrarreferencias, actividades comunitarias (datos muy importantes para el equipo interdisciplinario de salud); de modo que cada componente se complemente con otros procesos (por ejemplo búsqueda activa en la comunidad).

Este cuaderno es además un soporte de registro que permite visibilizar muchas de las acciones que se llevan a cabo en los CAPS, por parte de los equipos de salud y contribuirá a futuro a trabajar sobre la calidad de procesos de atención y del trabajo general del CAPS.

En poco tiempo, será protocolizado el contenido e implementado en todos los CAPS de la red. Allí se establecerá el circuito para que todos los efectores del PNA trabajen del mismo modo en la puesta en práctica de esta estrategia.



“Se han abierto muchas puertas”

La implementación del cuaderno, ha comenzado a dar resultados que exceden a los beneficios vinculados a los turnos programados. En muchos de los CAPS de la red, gracias a este registro, se efectúan actividades que convocan por ejemplo personas con patologías crónicas, y que tienen en cuenta esa información: concurren al CAPS, están más motivados para su autocuidado, se comparten meriendas saludables, se realiza actividad física, caminatas, charlas. Y si no lo hacen, los equipos de salud los convocan y los siguen. Se ha generado un nuevo vínculo entre el centro de salud y las personas. *“Se han abierto muchas puertas”* en el PNA. El proceso ha ido creciendo y reformulándose a base de prueba y error para que su implementación funcione cada vez mejor.

Paulatinamente, se comenzó a trabajar con los efectores de PNA que mayor aceptación tenían en relación a las propuestas de cambio: *“como todo proceso, hay que trabajarlo en conjunto y no imponerlo”*. Se dialogó sobre los objetivos de **Redes**: que los turnos programados facilitaran el acceso a la atención a las personas y las implicancias de ello en el sistema de salud, ya que facilita una mayor captación de las personas y mejora la calidad de las Historias Clínicas, permitiendo conocer quiénes tienen mayor adherencia, control clínico y de laboratorio, así como la existencia de tratamiento farmacológico. Este proceso permite que se continúe con una mejor gestión clínica de las personas, y habilita la promoción de una *“buena calidad de atención primaria”*.

Actualmente se encuentra en proceso de formulación un procedimiento que permita monitorear si el registro es adecuado y orientado a la mejora de la calidad de atención. Este será difundido e implementado tanto a nivel central como de los efectores de PNA.

“Hay que trabajar con la palabra, parece impracticable el turno”

Existen diferencias entre las zonas que componen la red seleccionada. En algunos departamentos la relación con el CAPS es sensible a la proximidad o lejanía al centro; el comportamiento es muy distinto en zonas rurales, semiurbanas o urbanas. Si bien el esfuerzo actualmente está puesto en la protocolización e implementación del Cuaderno de Turnos, en paralelo, se está trabajando en una estrategia diferente con los CAPS de zonas rurales, en donde se observa una demanda espontánea. Se estableció que se llevarán a cabo talleres de concientización destinada a la comunidad apuntados a que las personas no lleguen al efector de PNA en situaciones de malestar agudo. En estos casos, también constituye un desafío trabajar con Referencias y Contrarreferencias.

El mismo idioma

“Trabajar en la red con la implementación de esta estrategia, nos sirvió para hablar el mismo idioma”. La contribución más importante es entender el trabajo en redes, establecer procesos y converger acciones de diferentes programas hacia un modo de gestión de la atención primaria. Las reuniones para la implementación del cuaderno de turnos programados, generaron trabajo conjunto, abandonando *“el trabajo en soledad”*.

Los turnos programados mejorarán la calidad de la práctica clínica: realizar un chequeo adecuado a las personas que acuden al centro de salud, registrar todo lo necesario en la Historia Clínica, seguir las recomendaciones y pautas para un “buen seguimiento”; en síntesis mejorar la accesibilidad y la atención, y redirigir la demanda. *“Desde lo humano, mirar al otro/a como humano/a, darle tiempo a esa persona para entenderla”*.

El logro de este objetivo aumenta la calidad de la atención primaria. Desde **Redes** se promueven mejores parámetros de calidad, básicamente el acceso de las personas al sistema de salud y el “buen manejo” de los equipos de salud usando las recomendaciones de práctica clínica.



34.336 extracciones de sangre

Fortaleciendo el servicio de laboratorio en el PNA

En 2011 la provincia de Corrientes se planteó como objetivo estratégico **incrementar el acceso de la población a los servicios públicos de salud con especial énfasis en la calidad prestacional y en la capacidad de respuestas sanitarias de la red seleccionada, a fin de jerarquizar la Atención Primaria de la Salud.** Para ello comenzó a trabajar en las localidades de Capital, Goya, Mercedes, Paso de los Libres y, luego, en el 2015 sumó a Bella Vista, Concepción, Empedrado, Itatí, Mburucuyá, Saladas, San Cosme y San Luis del Palmar, alcanzando un total de 168 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA).

Una de las intervenciones propuestas para alcanzar aquel objetivo consistió en reforzar la capacidad resolutoria y organizativa tanto del PNA como de los servicios de apoyo diagnóstico. En este contexto se llevaron a cabo varias acciones como parte de una estrategia de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los laboratorios que se describirá a continuación.

Un Primer Nivel de Atención descentralizado

A partir del diagnóstico realizado para la elaboración del Proyecto de **Redes**, la provincia identificó la necesidad de fortalecer los servicios de apoyo al diagnóstico. Luego comenzaron a reorganizar la circulación de las personas al interior de los efectores del PNA, especialmente de la población adulta, mediante la instalación de lo que denominaron “Circuito de atención al paciente”, con el cual lograron dimensionar con mayor detalle esta necesidad. Se comenzó a trabajar así, a partir del desarrollo de una serie de acciones orientadas a fortalecer los laboratorios de la red, diferenciados por municipio.

En la provincia de Corrientes, y a diferencia de gran parte de las provincias del país, el PNA se encuentra, en parte, descentralizado a nivel municipal. Es por esto que coexisten efectores de jurisdicción municipal y provincial. Lograr coordinar ambos niveles jurisdiccionales es un desafío. Por esta razón, las acciones emprendidas para fortalecer el servicio de laboratorio en el PNA variaron entre los municipios que componen la red.

Diferentes respuestas para fortalecer el servicio de laboratorio

En el municipio de Paso de los Libres, de los 8 efectores de PNA que tiene la localidad, se seleccionó uno de jurisdicción provincial que se encontraba implementando el Circuito de atención al paciente y que contaba con un laboratorio. El mismo tenía *“lo básico, recibía a toda la población del primer nivel y la capacidad resolutive era muy baja. Los resultados llegaban a tardar de 2 a 3 meses, cuando por ahí se perdía el valor médico”*. Desde el Proyecto de **Redes** se proveyeron los equipos e insumos faltantes y se avanzó con un cronograma de atención y de turnos programados para los demás efectores del PNA de la localidad, que son de jurisdicción municipal.



En el municipio de Mercedes, el PNA trabajaba con un extraccionista itinerante del equipo de salud del hospital. Tenía un cronograma establecido para cada efector, el extraccionista tomaba las muestras y las mismas se enviaban al hospital. Este servicio, sumamente valorado en el primer nivel, no era suficiente para cubrir la demanda. Frente a ello, se optó por inaugurar un laboratorio nuevo en uno de los efectores de PNA con mayor población de la localidad, el CAPS Dr. Omar Elías. Se equipó por completo, se aseguró parte del personal en sus inicios así como también la provisión de insumos para garantizar su efectivo funcionamiento. Actualmente el laboratorio, inaugurado en marzo de 2015, se encuentra en una etapa de organización. Brinda diariamente servicio a la población a cargo del efector, y están trabajando para instalar un sistema de turnos programados para los otros efectores de la localidad de Mercedes.

“Se lograron instalar los turnos programados en laboratorio y que tengan una agenda para la población que viene derivada de los centros de salud.”

El municipio de Goya presenta un escenario más complejo, especialmente en lo político. Frente a las dificultades de trabajar directamente con los efectores del PNA de jurisdicción municipal, se definió trabajar con el hospital.

En Corrientes Capital, que reúne el mayor número de efectores de la red seleccionada, la situación también fue compleja por la necesidad de coordinar con los centros de salud municipales. En este caso, se optó por fortalecer 17 laboratorios de los efectores de PNA (16 provinciales y 1 municipal) con equipamiento e insumos. Asimismo, se promovió la incorporación de turnos programados.

Paralelamente a lo realizado en cada localidad, se desarrollaron **Operativos de Salud** como estrategia de búsqueda activa de personas con riesgo que tiene el objetivo de identificar y captar a la población que por distintas razones se le dificulta el acceso al efector del PNA. Entre otras cosas, los operativos buscan acercar y facilitar el acceso al servicio de laboratorio a quienes más dificultades presentan. Comenzaron trabajando en zonas periféricas del norte de la Capital provincial, linderas a las costas del Río Paraná y, actualmente, extendieron esta modalidad a las localidades del interior de la provincia que componen la red.

En los Operativos se realiza extracción de sangre a las personas que se acercan, con el apoyo de personal del Ministerio de Salud provincial y un laboratorio móvil de la Facultad de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, con la que se celebró un convenio. Anteriormente, en los operativos se obtenían las muestras y los resultados se entregaban a los 15 días en el efector del PNA más cercano al domicilio de las personas. En la actualidad, se adquirieron autoanalizadores portables que redujeron significativamente los tiempos del proceso: *“en 10 minutos tenemos el resultado de todo el laboratorio de una persona, a veces en lugares muy alejados”*. Obtener los datos en el momento facilita significativamente el diagnóstico y posibilita que las personas puedan comenzar a recibir el tratamiento que necesitan.

Mayor capacidad resolutiva y alcance

La estrategia de fortalecimiento del servicio de laboratorio del PNA prosperó a partir de una excelente coordinación al interior del Ministerio de Salud provincial. Las Direcciones de Promoción de la Salud y de Laboratorio planificaron de manera conjunta la estrategia de adquisición de insumos y de equipamiento de los laboratorios. Es un desafío futuro poder sumar a otras áreas del Ministerio en esta dirección, que tan buenos resultados brindó a la hora de identificar necesidades y responder de manera articulada.



Los laboratorios fortalecidos en las localidades han aumentado significativamente su capacidad resolutive. Estos canalizaron favorablemente la demanda que existía, mejorando el acceso a las personas que pueden realizarlo cerca de su casa y desagotando el SNA.

“El fortalecimiento lo vemos también en las historias clínicas, los controles de seguimiento están más completos con el laboratorio, el electrocardiograma, donde antes solo encontrábamos la toma de tensión arterial.”

Los Operativos de salud, por su parte, se han convertido en una estrategia permanente. Existe un cronograma mensual a partir del cual estos se realizan en distintos lugares de las localidades que componen la red. La iniciativa busca fuertemente *“instalar el Circuito del paciente, con la atención en diferentes servicios como el laboratorio.”* Además esta modalidad permitió alcanzar a personas que nunca hubiesen accedido a los servicios. *“Por ejemplo en un paraje rural, lo que se hace en un día lleva meses. Es más, se han acercado personas de 60-70 años que jamás se habían hecho un análisis de laboratorio porque les quedaba lejos”.*

El laboratorio como parte del Circuito del paciente

En el año 2015 la provincia de Corrientes incluyó nuevas localidades hacia donde expandir esta estrategia. En este contexto, en las localidades iniciales la propuesta es seguir el avance logrado y acompañar la organización de los laboratorios. En las recientemente incorporadas, la tarea se centra en identificar los laboratorios que están siendo subutilizados o cuya

capacidad resolutive puede mejorar a partir del equipamiento, insumos o recursos humanos.

Sin embargo, estas acciones se van a realizar en el marco de la estrategia central del proyecto, que consiste en instalar el Circuito del paciente y la Historia Clínica de adultos. Partir de un enfoque integral *“es la mejor manera de identificar cuáles son las necesidades de la población y cómo responden los servicios, incluido el de laboratorio”*.



50% de efectores del PNA con extracciones descentralizadas

Mayor capacidad resolutive en el primer nivel

El Proyecto Provincial de **Redes** de la Pampa se propuso desde el 2013 contribuir con el fortalecimiento de la red de servicios públicos de salud del área programática de Santa Rosa. La misma se encuentra conformada por 10 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) de los cuales uno de ellos, el Centro de Salud Villa Parque, cuenta con un laboratorio de análisis clínicos. A su vez, la componen 3 hospitales: el Hospital Evita, el Hospital Dr. Lucio Molas, y el Centro Sanitario.

Una extracción, tres visitas

En el diagnóstico realizado en 2012, el equipo executor del Proyecto Provincial, detectó debilidades en la organización de la oferta de estudios diagnósticos, entre ellas los servicios de laboratorio en los cuales existían cupos limitados de extracciones en las que se priorizaba a las embarazadas y personas con discapacidad; sumado a las dificultades que generaba la falta de movilidad para realizar rondas.

Las personas tenían que dirigirse al centro de salud, alejado de su zona de residencia, con el objetivo de solicitar el turno para una extracción de sangre. En el hospital más cercano a su domicilio, no se lo otorgaban por no estar referenciadas según zona sanitaria. A su vez debían disponer de otro día para realizar la toma de muestra y un tercer día para buscar los resultados de la misma.

Por ende debían realizar, como mínimo, tres visitas al centro de salud por un procedimiento sanitario de rutina. A este requisito del tiempo se sumaba el hecho de tener que contar con los medios económicos necesarios para trasladarse, lo cual muchas veces concluía con la ausencia de la persona, provocando que no se pudiera realizar la práctica, o que no pudiera acceder a sus resultados y, con menor criticidad, la pérdida del turno asignado.

En esta dirección se definió **reorganizar la red de laboratorio del área programática de Santa Rosa, pretendiendo mejorar el proceso de descentralización del circuito de**

extracción de muestras de sangre ya iniciado, facilitando la accesibilidad a pruebas de laboratorio y agilizando la entrega de resultados.

Suma de actores: “Redes vehiculizó el proceso”

Un antecedente a la implementación del Proyecto Provincial de **Redes** estuvo constituido por una iniciativa de reorganización de las rondas de extracción que llevaron adelante trabajadores del laboratorio del Centro Sanitario de Santa Rosa (Asistencia Pública). De la misma formaron parte los directivos del laboratorio, quienes junto a su equipo acordaron con directores de los efectores del PNA el establecimiento de días y horarios disponibles para la toma de muestras, exclusivos para embarazadas, en uno de los centros de salud. Asignaron un técnico y un administrativo del laboratorio del Centro Sanitario para las visitas y en cada una de ellas, de ser necesario, reiteraban las condiciones óptimas para la toma de las muestras. Asimismo el personal de laboratorio utilizaba para su traslado vehículos propios y con la aparición de alguna complicación en el viaje o en el propio automóvil, se veía afectado el traslado, como así también en algunas oportunidades se suspendía la toma de muestras.



Más allá de lo valioso de todas estas acciones, aún restaba trabajo por hacer: lograr consensos con cada efector del PNA en lo referente a cómo pedir los estudios y las indicaciones previas para cada uno de ellos; capacitar a cada administrativo asignado por el efector en las condiciones preanalíticas con las que debían presentarse las personas antes de la extracción; coordinar horarios de visita; asignar turnos para las extracciones, admisión

y registro de la prestación, toma de muestras; procesamiento e informe de resultados, etc.

“Redes priorizó la demanda: se comprometió en dar continuidad a estas acciones emprendidas e ir por mas, sistematizando el proceso”

En esta dirección, el equipo de **Redes** junto con los responsables de Área Programática de Santa Rosa buscaron centralizar e integrar funciones de apoyo al procedimiento iniciado. Para esto se definieron las siguientes líneas de acción:

- Generar consensos desde el punto de vista asistencial.
- Ampliar la población objetivo.
- Fijar metas y objetivos para la capacitación y el fortalecimiento de la red de laboratorio y sus respectivas rondas.

A su vez se establecieron las necesidades y prioridades en la dotación de equipamiento para el laboratorio del Centro de Salud Villa Parque, en el cual se realizaban prestaciones bioquímicas sencillas y de baja complejidad. Por su parte, el Departamento de Bioquímica de este efector de salud asesoró sobre infraestructuras, recursos humanos, administrativos, tecnológicos, grado de especialización de las pruebas, exámenes y procedimientos que realizaban en su laboratorio.

La provisión de insumos se realiza a través de recursos provinciales y durante el 2015, a través del Proyecto Provincial de **Redes**, se incorporó un vehículo utilitario y el equipamiento necesario para el traslado adecuado de las muestras. Actualmente el conteo hematológico se realiza en forma manual y para las determinaciones de química analítica se utiliza un espectrofotómetro¹. En función de ello se acordó la provisión e instalación de un autoanalizador para agilizar tiempos de trabajo y comenzar con la realización de determinaciones de mayor complejidad.

Trabajando con la estrategia de fortalecimiento de competencias de los recursos humanos, se elaboró un plan a partir del cual se logró capacitar un administrativo por centro de salud en el procedimiento para la asignación de turnos, así como también sobre cómo informar a las personas en relación a las condiciones preanalíticas con las que debían presentarse para la toma de muestra.

¹ Instrumento de medición en análisis clínicos que relaciona la absorción de la luz por parte de una solución con la concentración de la misma. Si bien es de uso generalizado, insume muchas horas de trabajo puesto que las mediciones se realizan en forma manual.



Extracción cercana al lugar de residencia para evitar tiempos de espera

El número de muestras asignado es de 15 turnos por día para cada efector del PNA. Junto con la asignación del turno se le entrega a cada persona material explicativo para la etapa pre-analítica indicando las condiciones en las que debe presentarse, por ejemplo horas de ayuno o método de recolección en casos de muestra de orina.

Una vez validados los resultados, los laboratorios los cargan al Sistema Informático Provincial (SIP) al cual tienen acceso todos los efectores del PNA, evitando que las personas tengan que movilizarse para retirar los estudios. A su vez notifican al Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) los resultados de las determinaciones relacionadas con las enfermedades comprendidas en la ley 15.465, Ley de Enfermedades de Denuncia Obligatoria.

“Las personas con cobertura pública exclusiva hoy en día pueden acceder a un examen de laboratorio cercano a su lugar de residencia, evitando tiempos de espera, repetición de visitas y traslados a centros hospitalarios del segundo nivel, disminuyendo también de esta manera la exposición a infecciones intrahospitalarias”.

Desafíos a futuro

Desde **Redes** se promueve continuar con el mejoramiento de la red de servicios de salud. Para esto se propone lograr los siguientes objetivos:

- Ampliar el horario de atención y designar personal administrativo para tal fin.
- Asignar turnos según cronograma de extracciones.
- Mejorar la conexión entre los establecimientos de salud a través de un sistema logístico organizado.
- Generar un mecanismo de monitoreo para mejorar el proceso, de acuerdo al número de extracciones y de determinaciones realizadas para evaluar el perfil de los beneficiarios.
- Elaborar un manual de procedimiento para tomar muestras, o bien formalizar la versión existente.
- Realizar encuestas de satisfacción con el objeto de utilizar dicha información para mejorar la calidad del servicio.



MENDOZA (2012-2015)

83.608 extracciones de sangre

Reorganizando el sistema de extracciones

Desde 2012, la provincia de Mendoza mantiene como objetivo estratégico **fortalecer la red de laboratorios y la toma de muestras en el Primer Nivel de Atención (PNA) de su área programática**, la cual se encuentra conformada por 70 efectores del PNA. En ese camino, los equipos que llevaron adelante el Proyecto de Redes se propusieron, entre otras acciones, **reorganizar y equipar el proceso de extracción de muestras**.

A continuación se presenta una descripción del proceso desarrollado en estos 3 años para implementar el circuito de toma de muestras y extracciones de la red asistencial, así como sus contribuciones y desafíos.

“Lo que se tenía que hacer era brindar mayor resolución a la gente”

La estrategia consistió principalmente en reorganizar procesos con los coordinadores de área de cada Departamento. Para comenzar con el fortalecimiento de la red de laboratorios y la toma de muestras se relevó el estado de los laboratorios en cada Departamento, priorizando la siguiente información: cómo circulaban las muestras, las características del equipamiento, los recursos humanos existentes, entre otros aspectos fundamentales. El desarrollo del proceso comenzó con 11 de los 70 efectores del PNA de la red.

En Maipú se incorporaron 12 sitios de extracción. Antes de esta reorganización el Departamento no contaba con laboratorio propio y todas las personas eran enviadas al Hospital Regional Diego Paroissien donde sólo 2 personas realizaban el trabajo de extracción. De todos modos, se contaba con un circuito de apoyo con móviles de extracciones, aunque no se realizaba con regularidad.

El Proyecto de **Redes** contribuyó con una fuerte inversión en el equipamiento e inauguración de un laboratorio para Maipú. Actualmente en él se efectúan todos los análisis cubriendo el doble de efectores que antes (lo que representa a la mitad de los efectores del Departamento).

En Luján de Cuyo se reorganizó un circuito preexistente: de 2 efectores del PNA que alternaban la toma de muestras se amplió a 6 dependiendo de la demanda. El circuito comenzó a

desarrollarse en forma semanal, se evaluó que con la cantidad de demanda y los traslados era más adecuado que el móvil de extracciones se concentrara en 6 de los efectores que funcionan como receptores de la demanda de todos los centros del Departamento (15).

Al momento de realizar el diagnóstico, Guaymallén es el departamento que resultó más organizado respecto de la toma de muestras, el mismo cuenta con 5 laboratorios que ya realizaban extracciones e incorporó un móvil que recorre la zona del micro hospital, CAPS 9 y CAPS 13. La cantidad de extracciones que se realizan en los efectores no se organizan con turnos previos y los resultados retornan al centro cuando el móvil vuelve a éste.

Las dos dificultades principales sorteadas fueron la escasez de recursos en términos de equipamiento y la falta de claridad desde el nivel central respecto de los procedimientos. En términos de recursos humanos se produjo la identificación de técnicos con diferente carga horaria reorganizando la movilidad de los mismos para que pudieran rotar y cubrir la demanda.

Respecto de los insumos se ha equipado a los laboratorios con: autoanalizadores y centrífugas. La incorporación de los primeros ha permitido incrementar la productividad de los laboratorios, dado que estos equipos reducen las horas requeridas para realizar las determinaciones, mejoran la precisión, la exactitud de los resultados y minimizan los volúmenes de insumos. A la vez que protege a los laboratoristas al reducir la exposición al riesgo biológico. Este equipamiento también permite ingresar a un Sistema de Control de Calidad Externo, lo cual facilita la validación de los resultados arrojados al compararlos con otros laboratorios que utilizan el mismo modelo de autoanalizador.

“Fundamentalmente, es importante que la gente no se traslade innecesariamente, lograr descomprimir los hospitales.”

Se logró comenzar a contener a las personas a partir de la agilización del proceso y de la posibilidad de dar respuestas. Actualmente los traslados son más cortos para las personas que concurren a los efectores. Y los profesionales de la salud cuentan hoy con más información para un superior control de esas personas. Además, las coordinaciones de áreas programáticas cuentan con una mejor organización y articulación. De todo lo que el Programa está instalando en la atención de adultos se visualiza una mejoría dando como resultado una valoración superior a este.

Hoy en día se están revisando algunos procesos administrativos para agilizar las compras en donde se observan algunas demoras importantes. También se está trabajando diferencialmente en el registro de turnos para ordenar la demanda y así poder dar una mejor y más amplia respuesta.

“La solución no solo pasa por equipar un laboratorio completo.”

Los próximos desafíos son importantes porque convergen en una mejora integral del PNA: registro informatizado de los resultados, fortalecimiento de los procesos iniciados (toma de muestras, asignación de turnos, devolución de resultados) e integración de los laboratorios entre sí.



SANTA CRUZ (2013-2015)

555 extracciones descentralizadas Reactivando procesos de atención

En 2013, al dar inicio al Proyecto de Fortalecimiento de **Redes**, el equipo provincial de Santa Cruz propuso como uno de sus objetivos centrales **fortalecer los procesos de atención dentro de su red** de salud, la cual está conformada por 7 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA), 1 Centro Articulador de Políticas Sanitarias y 1 Hospital General. A partir de esto, se definió trabajar en la **recuperación del sistema de extracciones de sangre en los centros de salud, dotándolos de una mejor capacidad de respuesta**. Se llevaron a cabo las gestiones necesarias para reactivar el servicio, y a fines del 2014 se logró uno de los principales objetivos del Proyecto: la descentralización de las extracciones.

La centralización en el hospital: una barrera al sistema de salud

Se decidió rescatar este proceso, en primera instancia, por considerar la centralización de extracciones de sangre en el hospital como una barrera en la accesibilidad de las personas al sistema de salud, ya que las mismas debían asistir tres veces al Hospital Regional: una primera para sacar turno, otra para la extracción de sangre y una última para retirar el resultado. Más tarde, al momento de llevar adelante la evaluación de los indicadores de fortalecimiento de redes, propios del Proyecto Provincial, se pudo dar cuenta de la importancia del registro de este proceso a largo plazo.

“Redes fue el camino para hacerlo”

Las reuniones para llevar adelante la reactivación del servicio de extracción en los efectores del PNA comenzaron a pactarse con responsables del Servicio de Laboratorio y directores del Hospital Regional de Río Gallegos. Luego de varios meses de gestión se logró la contratación de un técnico de laboratorio que asiste como mínimo un día a la semana a cada centro, donde se otorga un turno de extracción a cada persona que requiera la práctica. El técnico concurre al centro y luego de la extracción realiza el adecuado traslado de las muestras al laboratorio para su correspondiente análisis en el hospital; los resultados se entregan en el Departamento de Salud Comunitaria para ser distribuidos en los efectores del PNA y que los usuarios los retiren allí.

El proceso para definir la cantidad de extracciones destinadas a cada centro de salud estuvo a cargo de los responsables del laboratorio y calculándose según la disponibilidad del técnico y del transporte. Si bien el proceso de extracciones se pensó inicialmente para las personas con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, el servicio se extiende a cualquiera que lo necesite.

Los inconvenientes que se fueron presentando a medida que se trabajaba en esta actividad, tales como la falta de recursos humanos, la disponibilidad del vehículo y la falta de insumos, se fueron solucionando desde la misma ejecución del Proyecto de **Redes** junto con la Secretaría de Salud Colectiva, lo cual implicó una replanificación del Plan Operativo Anual¹ para invertir en los recursos que fueran necesarios.

A partir de la implementación del proceso, la provincia de Santa Cruz ha realizado 555 extracciones descentralizadas en la red, pero más aún ha mejorado el acceso a los servicios de salud de su población:

“Todos las personas se van felices, incluso las que no tienen problemas crónicos, esperan el turno para realizar la extracción en el centro de salud. No quieren ir al hospital porque esto implica tener que ir un día a la mañana de 10 a 12 hs en busca del turno, un segundo día a las 6 o 7 hs de la mañana para la extracción y un tercer día a retirar la información”.

“La idea siempre es mejorar la calidad de atención y favorecer la accesibilidad de las personas”

El equipo de gestión provincial destaca como un aspecto muy positivo la posibilidad de haber podido mantener la continuidad del servicio a pesar de los recesos de vacaciones, ya que son momentos críticos donde los procesos desencadenados pueden pausarse y no reactivarse. Actualmente en la ciudad de Caleta Olivia, se está llevando a cabo un curso de extraccionista dirigido a todo el personal de salud, que permitirá a los agentes sanitarios y enfermeros aumentar el número de extracciones en sus centros.

Resta como desafío desarrollar instancias de evaluación y monitoreo del proceso, a fin de estimar la posible demanda insatisfecha, así como también la posibilidad de confeccionar un cuaderno de turnos que permita el adecuado registro. **“Redes actuó como un facilitador para poder fortalecer al Primer Nivel de Atención; no solo a través de las extracciones descentralizadas sino también con otras herramientas como por ejemplo el tema de turnos programados y protegidos”.**

¹ Plan Operativo Anual: Herramienta de planificación de actividades e inversión del proyecto provincial de Redes. En el mismo se describen las actividades previstas para el siguiente año fiscal, indicando las metas físicas a lograr, sus correspondientes responsables, presupuesto y comentarios metodológicos pertinentes.



BUENOS AIRES (2013-2015)

10 municipios con equipamiento para la detección temprana del riesgo cardiovascular

Jerarquizando la atención en el primer nivel

En el marco de la construcción de una red de salud para la atención de personas adultas, una de las estrategias llevadas adelante por el **Programa Redes** en la provincia de Buenos Aires estuvo orientada al **fortalecimiento de las capacidades de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) para la identificación, atención y correcto seguimiento de las personas con riesgo cardiovascular global (RCVG)**. En este sentido, además de capacitar al personal de salud, se dotó a los efectores de los municipios de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes, con equipamiento que permitiera ampliar la cobertura y poder resolutivo.



La provisión de tensiómetros, estetoscopios, electrocardiógrafos digitales, biosensores de múltiples determinaciones (aparatos que permiten la determinación de cinco indicadores en

el mismo momento) y biosensores de hemoglobina glicosilada, entre otros, fueron recursos a través de los cuales se buscó dotar a los efectores para la construcción de un circuito del paciente crónico, dentro de una red de atención estructurada no por niveles de complejidad sino de trabajo por complementariedad. Esta propuesta implica trabajar con el concepto de “gestión del paciente crónico” que se sustenta en las redes de atención, a diferencia del concepto de Referencia y Contrarreferencia que se basa en niveles de atención.

Equipando las redes

La implementación del Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (MAPEC) fue el marco promovido por el equipo provincial, en cada uno de los municipios, para el trabajo en red. Esta propuesta se tradujo en un esfuerzo por desinstalar una cultura de trabajo “hospitalocéntrica”. Como consecuencia de este modelo se recargaba de consultas a los servicios de cardiología hospitalarios, la mayoría de los cuales, podían ser contenidos en el PNA. De allí que se planteara el desarrollo de una estrategia orientada al armado de un circuito en red para pacientes crónicos, que permitiera que se los derive y atienda en determinados CAPS previamente estipulados. El punto de partida de la experiencia fue el armado de la red del paciente crónico.

“Nosotros no hablamos más de oficinas de R - CR, hablamos de gestión del paciente crónico. Entonces hablamos de red y armamos la red y ahí empezamos a vincular los médicos clínicos, los cardiólogos de los distintos estamentos y lo que ofrecemos a cambio es no saturar los servicios de salud existentes”.

“Por ejemplo, en el caso de la provisión de los biosensores, evita la derivación a los laboratorios locales. Si a los 250.000 pacientes que tenemos clasificados con RCVG los derivamos, les colapsamos los laboratorios que generalmente son de los hospitales provinciales, entonces una manera era considerar recursos como el electrocardiógrafo y los biosensores para fortalecer el PNA con recursos que pueden ser perfectamente manejables en ese nivel, sin saturar entonces el segundo nivel en la gestión de estos pacientes, y nos dio muy buen resultado”.

Se buscó profundizar el trabajo en relación a la organización e integración de los efectores de cada una de las regiones sanitarias donde funciona el Proyecto (Región VI y XII). Para la creación de circuitos de atención de los pacientes crónicos fue necesario que se llevaran adelante procesos de gestión, la realización de acuerdos y consensos, capacitación a los integrantes de los equipos de salud (médicos, enfermeros y administrativos) y también la provisión de equipamiento.



En total fueron distribuidos 10 **biosensores** portátiles entre los municipios que integran las regiones sanitarias del Proyecto. Los mismos permiten la realización de cuatro determinaciones: glucemia, colesterol total, HDL y triglicéridos en 10 minutos y se utilizan en los operativos de clasificación del RCVG de la población. Además, este examen tiene como ventaja que no se requiere estar en ayuno para realizarlo.

Como existe una cantidad limitada, se establece un cronograma por semana de los municipios que los van a tener disponibles, a través de una persona en la región sanitaria VI, encargada de esta tarea. Dicha persona es la responsable de llevarlos, entregar los *cassettes*, al momento de ir a buscarlos, entrega la cantidad de determinaciones y los resultados realizados. *“Si le mandábamos 1 a cada municipio no alcanzaba y además con un solo aparato se hace muy lento el proceso para atender una cantidad grande de personas”.*

“Optamos por la centralización de la gestión de este equipamiento, con el objeto de utilizar todos los biosensores juntos en los operativos, y nos dio un excelente resultado”.

Al ser un recurso limitado, los biosensores fueron utilizados en operativos denominados “Estaciones Saludables”. Estas jornadas implicaron una organización del trabajo coordinado para poder dar respuesta a la alta convocatoria recibida. *“Fue un éxito total porque además citábamos 60 personas e iban 80 porque el boca a boca era increíble o en el mismo momento que estaban en la cola llamaban a la cuñada, la suegra, al marido, ‘vení que acá te toman la presión, te sacan sangre’. Se citaba a las personas en ayunas, por eso era necesario que no se enlenticiera y organizamos una especie de cadena. Primero se le pinchaba el dedo, después se le*

tomaba el nombre y apellido, después pasaba por la enfermera, le medía perímetro abdominal, lo clasificaba en RCVG, lo pesaba. Y en ese momento ya estaba el resultado, lo veía el médico y ya ahí se iba la persona. El municipio le daba un mini desayuno. En cada centro de salud revisábamos historias clínicas, las personas que hace más de un año que no iban se citaban generalmente a través de los promotores de salud para un día en especial que se hacía el operativo". Entre 2013 y 2015 se realizaron en total 175 operativos de clasificación en RCVG.

En el caso de los **electrocardiógrafos** digitales la estrategia de utilización fue diferente ya que fueron entregados 10 en total, uno a cada municipio, decidiéndose en cada municipio el lugar donde se encontraba la base del instrumento (generalmente en las cabeceras de área programática) y luego la propuesta era que el resto de los aparatos entregados circulara por cada uno de los efectores. Un aspecto positivo de esta estrategia de distribución fue que se logró identificar a muchos especialistas en el PNA. *"Lo que descubrimos es que hay un montón de especialistas en el PNA, que hacían medicina general y resulta que eran cardiólogos. Han encontrado traumatólogos, han encontrado especialistas en rehabilitación. Lo bueno para rescatar es eso. Dentro del mismo municipio han rescatado sus propios valores"*.

El aparato es portátil y al ser digital funciona con wi-fi. Esto permite dos posibilidades: enviar los informes por wi-fi o descargarlos a una computadora y enviarlos para su lectura vía mail. La capacidad de almacenamiento del aparato es de hasta 5.000 datos.

La construcción continúa

La provisión de insumos para el fortalecimiento del PNA resultó más que positiva. Entre los elementos entregados se encuentran: analizadores de colesterol, cartuchos para hemoglobina glicosilada, cassettes de colesterol, cintas métricas (para hombres y mujeres), equipos de hemoglobina glicosilada, kit de tensiómetros y estetoscopios, sensores de glucosa y cetonas en sangre, tiras reactivas para glucosa, escritorios, estanterías, rampas, computadoras, artículos de librería y materiales para la clasificación del RCVG (tablas de índice de masa corporal, guías de práctica clínica, etc). No obstante, resulta difícil conocer datos precisos sobre el grado de uso de estos equipos: *"Si bien sabemos que fueron bien utilizados no podemos cuantificarlo exactamente. También es difícil saber a cuántas personas que ya habían sido clasificadas previamente se les hizo el electrocardiograma"*. No obstante las dificultades señaladas, se reconoce que el trayecto recorrido fue muy provechoso.

"Yo creo más que al fortalecimiento de las redes, estos insumos contribuyeron a la creación de las redes. Porque si hay algo que nosotros preconizamos en la provincia de Buenos Aires fue introducir a este grupo etario: el adulto".

“Nosotros sabemos que el pediatra, el obstetra, la obstétrica, la enfermera, tienen programas sobre sus hombros. En cambio el médico clínico no tenía ningún programa, entonces nosotros lo que quisimos hacer es ponerle al médico clínico una responsabilidad programática y mostrarle que no estaba solo. Y yo creo que la creación de la red fue exactamente eso y está atravesado por todas las acciones que pusimos para fortalecer el PNA. Todas las acciones que estaban orientadas estratégicamente al PNA nos llevaban a la creación de la red. El corolario es la creación de los “Centros de rehabilitación cardiovascular”. En un momento teníamos a los pacientes clasificados, en 10 minutos teníamos los resultados, teníamos el electrocardiograma, armamos la red cardiovascular, produjimos las guías de buenas prácticas, etc. Entonces nos preguntamos qué hacíamos con los clasificados de muy alto riesgo cardiovascular que habíamos encontrado. Nuestra preocupación era que cada persona que lo requiera reciba lo que necesita. Así fue que terminamos también armando una Red de Actividad Física en Berazategui. El Municipio, a través de la Secretaría de Deporte puso a disposición los 5 polideportivos municipales para las personas que están clasificados con RCVG. Entonces se armó una red de 5-6 centros de salud que cuentan con el polideportivo y ya saben que tienen profesores de educación física que están esperando a estas personas.”





MISIONES (2011-2015)

70 efectores del PNA que realizan ECG

Ir a donde está la gente para facilitar los procesos

Cuando en el año 2010 se diseñó el Proyecto Provincial de Misiones, uno de los problemas identificados fue la **dificultad en el acceso a prácticas complementarias en el Primer Nivel de Atención (PNA) debido a la extensión y características de la región**, en una red compuesta por 104 centros de aquel nivel y 15 hospitales. Las personas deben desplazarse grandes distancias para acceder a las mismas en un hospital de segundo nivel, por caminos que muchas veces no están asfaltados. Ante este escenario, una de las acciones llevadas adelante en la primera etapa del Proyecto consistió en **dotar a cada una de las áreas programáticas de la red con equipos electrocardiógrafos portátiles**.

En el año 2013 se incorporó el equipo de apoyo a la microgestión (MG) formado por una médica, una enfermera y una trabajadora social, cuya principal función consistió en acompañar a los equipos de salud en los procesos de gestión clínica desarrollados en los CAPS. Durante la instancia inicial, el equipo visitó todos los efectores de la red identificando capacidades y dificultades. Así pudieron observar que no era suficiente la disponibilidad de los electrocardiógrafos en los centros para garantizar el acceso a la práctica, y que era necesario además capacitar a los equipos del PNA.

En palabras del equipo de apoyo a la MG, *“las personas que sabían eran en general enfermeras o técnicos que están dentro de los hospitales”*, así que era necesario poder capacitar a los equipos de los centros de salud (auxiliares de enfermería y promotores de salud en su mayoría) en la técnica de toma de electrocardiogramas (ECG) *“para reforzar los sectores del primer nivel, que es una de nuestras funciones esenciales, y para lograr que la gente empiece a adoptar su efector como centro de atención”*. Además de este objetivo principal, se proponía evitar la sobreutilización del segundo nivel y garantizar los controles necesarios en el seguimiento de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Una vez identificado el problema, se trabajó en coordinación con el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud Provincial, teniendo en cuenta a la población objetivos/as enfermeros/as y promotores/as de salud.

La formación en terapia intensiva que poseían enfermeros y enfermeras de MG y el relevamiento realizado sobre las características de los equipos de salud permitieron adaptar los contenidos, abordando no solo la técnica propiamente dicha sino otras cuestiones como, por ejemplo, conocimientos de anatomía más específicos para los promotores. Finalmente, se aprobó el plan de capacitación y se obtuvo el aval final mediante resolución ministerial con el objetivo de darle un marco institucional a la formación.



Con los recursos de **Redes** se realizaron capacitaciones por cada área de la red. Se reunieron grupos pequeños para que pudieran aprender la técnica en detalle y para facilitar el monitoreo docente durante las prácticas. Los cursos se dictaron directamente con el electrocardiógrafo de cada área para que los trabajadores se habituaran al mismo. Las prácticas se realizaron, primero, sobre los mismos alumnos y, una vez que estos adquirieron experiencia en la técnica, se convocó a las personas en seguimiento del efector, donde se realizaba el curso, que no registraban un ECG en el último año.

Una vez finalizado el proceso de capacitación, se establecieron los circuitos para garantizar la práctica en toda la red. Si bien las áreas tenían la libertad de organizar el proceso según sus particularidades, fue el jefe de cada una de ellas el responsable de armar el cronograma. Además se promovió que haya un referente por efector responsable de la práctica, quien coordinó con el Jefe de área las fechas, el traslado del electrocardiógrafo, etc.

La modalidad varió no solo según el área (cantidad de CAPS, distancias) sino además según las características de los equipos de salud (resistencias, apertura, conflictos, etc.). En

Centro y Norte Paraná generalmente se organizó el circuito para que cada efector tuviera el electrocardiograma entre tres días y una semana, tiempo durante el cual la persona del efector que fue capacitada en la técnica realizaba los estudios. En algunos casos el cronograma estaba organizado desde la Jefatura de área y en otros se armaba en el momento, a través de los contactos (muchas veces informales) entre los equipos de salud de los distintos centros.

En la Región IV de Zona Capital (incorporada al inicio de **Redes 2**) la modalidad fue distinta: al principio surgieron varias dificultades ya que las personas no querían trasladar el electrocardiograma. Entonces tuvo que recuperarse uno que estaba roto y explicar que era apto para el traslado. Luego se organizaron y coordinaron para realizar los ECG. *“Entonces, la Región decidió que se realicen los ECG y dejaron como responsable a una persona con conocimiento previo que recorría los CAPS y hacía la toma descentralizada”.*

En relación a la población que accede a la práctica se promovió el seguimiento de las personas ya identificadas con RCVG elevado, pero se dejó margen para ampliar la cobertura. Además, se plantearon distintas estrategias considerando las diferencias entre los profesionales al momento de trabajar en equipo.

“El problema es que hay población objetivo no cubierta. Y en eso estamos trabajando todavía. Se presentan 2 situaciones. Hay efectores donde el promotor o la enfermera capta a la persona con riesgo mayor al 10%, realiza la práctica y el médico hace la lectura. Pero hay otros lugares donde quieren que sí o sí esté presente el médico cuando se hace la práctica. Entonces se trabaja con recordatorios, para que le preparen la historia clínica con la hojita de referencia que diga ECG, y ahí sí realizan los pedidos. Se fueron buscando las formas, no es fácil”.

Además del acceso a la práctica, esta estrategia mejoró el seguimiento de las personas ya que los promotores y enfermeros, si bien no realizan informes del estudio, fueron capacitados para identificar cuestiones que requerían intervenciones y/o derivaciones urgentes a un centro de mayor complejidad (infarto de miocardio, frecuencia cardíaca mayor a 125-130 latidos por minuto, etc.). En los casos en que no se detectan urgencias, quien realiza la práctica gestiona el turno con el especialista para la lectura y el informe (médico clínico o cardiólogo, según disponibilidad). Si el médico del efector no sabe hacer la lectura, lo hace el profesional de otro centro, quien devuelve todos los estudios informados al lugar que realizó la práctica.

“Es necesario estar metido, acompañar”

La implementación de la toma de electrocardiogramas en el primer nivel fue un proceso cuya instauración costó tiempo y trabajo; como todo proceso que supone un cambio en las prácticas. Requirió de una planificación estratégica, que aceptara modificaciones sobre la

marcha para enfrentar los obstáculos: el primero fue la falta de capacitación, ya que cuando se comenzaron a entregar los equipos, no había trabajadores que contaran con los saberes necesarios para usarlos, razón por la cual los resultados no se evidenciaron rápidamente; en segundo lugar no se planificaba la gira porque todas las tareas estaban centralizadas en la misma persona.

Cuando surgió la propuesta formativa desde el equipo de apoyo a la MG también apareció *“el recelo, el miedo a que todos usen la máquina, que se rompa”*. Incluso una vez terminada la etapa inicial de capacitación a los grupos seleccionados por área, fue necesario continuar acompañando:

“Tuvimos que estar presentes en la organización, en reforzar la técnica, en el acompañamiento en la programación de turnos. Ir rompiendo mitos, porque es un procedimiento que generalmente los equipos en el PNA no están habituados a hacer, es como tabú. Además nuestra cultura sigue siendo médico hegemónica”.

A la par de la formación local, la Unidad de Gestión Jurisdiccional valoró la capacitación continua no solo a los equipos de salud sino también al equipo de gestión *“la capacitación en el modelo de pacientes crónicos ayuda un montón también. Porque es hacer un clic, un cambio de chip, de un modelo de atención dual a otro. Y cuesta”*. El cambio en el modelo se ve también facilitado por la importancia que han adquirido las enfermedades crónicas en otros programas y áreas del Ministerio:

*“Todos van haciendo hincapié en que, para que haya un buen seguimiento, se tienen que realizar ciertas prácticas. Es importante la implementación de las guías de práctica clínica y la atención integral del adulto. Cuando se ven los resultados, las prácticas se hacen habituales y entonces cuesta no hacerlo. Pero es necesario estar metido, acompañar con periodicidad a los efectores. La respuesta es muy buena cuando hacemos eso. Además, hay una decisión de las autoridades de tomar de ejemplo el trabajo de **Redes** para aplicarlo en los demás Programas y áreas”*.

Pensando específicamente en las personas que requieren de la práctica, se intentó también articular con otras áreas para que coincidan los cronogramas. Así, se promovió que la toma de sangre descentralizada se realice en la misma fecha que los ECG para que las personas tengan que acercarse una sola vez al centro de salud. Esta estrategia se vio facilitada por la disponibilidad de vehículos por cada área para el traslado de las muestras, del electrocardiógrafo portátil y de los resultados, una vez que son procesados en niveles de mayor complejidad.



“Se va sumando gente”

Los resultados positivos promovieron el compromiso e involucramiento de aquellos actores y áreas más resistentes. La UGJ destaca que fue importante poder equipar a los efectores en un primer momento, ya que funcionó como puerta de entrada para las propuestas que implicaban cambios en los procesos de trabajo. La presentación de herramientas junto con el acompañamiento constante promovió la comprensión del Programa no como *“más trabajo y más planillas”*, sino como una lógica de atención. *“Y en esa lógica está todo enganchado: nominalización, clasificación, seguimiento, seguimiento con derivación controlada, turnos protegidos, turnos programados, referencia y contrarreferencia, historia clínica única. O sea, todas las herramientas que propone **Redes** son para que la persona tenga una circulación amable dentro del sistema”*.

Pensar desde esta lógica permite identificar los desafíos futuros. En relación a esta experiencia en particular, la provincia está trabajando en los circuitos de derivación una vez que la persona cuenta con el resultado y se establece un tratamiento, considerando el déficit de médicos especialistas. Para ello, están estableciendo acuerdos con los Jefes de área, los cardiólogos de segundo y tercer nivel y las autoridades del Ministerio provincial. Además, se están planificando capacitaciones destinadas a médicos para ampliar el número de profesionales que realizan la lectura de los ECG.

Otro de los desafíos es seguir promoviendo la participación de la comunidad como actor que debe exigir una atención de calidad:

“Necesitan conocer la información todos, la comunidad y los médicos, porque cuando se establece esto como una práctica habitual ya no puedo caer, porque ya lo aprendieron, ya se empoderaron”.

“Creemos en las redes y eso lleva a que nos crean”

La experiencia relatada evidencia los aportes de **Redes** para lograr una atención integral que privilegie a las personas, tanto a quienes se atienden en el sistema de salud como a aquellas que brindan los cuidados.

En primer lugar, es una estrategia que prioriza a miembros del equipo de salud que han sido históricamente relegados. Según el equipo de apoyo a la MG, la respuesta a la iniciativa de la capacitación para enfermeros y promotores de salud fue unánime: *“al fin se acordaron de nosotros”*. Y recuerda además la reacción de una persona que logró acceder a un ECG en un CAPS cercano a su casa: *“nos agradeció de corazón porque había tratado de hacerlo en el hospital, era una persona hipertensa, había ido, no había llegado a los turnos, le costó mucho llegar, hizo un pico de hipertensión, terminó en emergencia y no se pudo hacer el electro. Cuando pueden hacerse el estudio sin esperar meses, sin hacer cola de madrugada, eso es lo que más valoran”*.

Además, la toma descentralizada refuerza el lugar central del PNA en la estrategia de APS: *“¿Qué es la Atención Primaria? Que la persona ingrese al sistema de salud a través del primer nivel. Y esta es una forma para que la persona se acostumbre a que en su CAPS de referencia puede tener una atención bastante más especializada que la que piensa; que no es solamente que el médico le va a hacer una receta sino que además tiene otras prestaciones que puede realizar en su centro. Que se acostumbre, entonces, a ir a su CAPS, que se atienda y se quede allí y que vaya al hospital solamente cuando haya necesidad”*.

Por último, lo aprendido revela que un trabajo constante y cotidiano, pese a las dificultades y desafíos, da resultados: *“Creo que nosotros lo entendimos y lo pudimos más o menos hacer entender y lo estamos tratando de hacer entender día a día, a través de los procesos, de las reuniones, del complemento de los chicos en terreno. Seguimos con el impulso y creemos en las redes. Creo que eso es lo más importante, nosotros creemos en las redes, entonces eso es lo que nos lleva a que nos crean”*.



11.219 consultas de especialistas en el PNA

Una estrategia para mejorar la accesibilidad de las personas al sistema público de salud

En el marco del proyecto provincial de **Redes**, iniciado en Salta en el 2013, uno de los problemas identificados en el diagnóstico fue la ausencia de mecanismos formales de referencia y contrarreferencia (R-CR) entre los 64 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y los 5 hospitales públicos que conforman la red en Salta capital.

Por otro lado sabiendo que las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) están más expuestas a dificultades en el acceso y circulación a través del sistema de salud, dada la fuerte orientación de los servicios hacia la atención de los procesos agudos y los cuidados de la población materno infantil, se tuvo en cuenta a esta población.

En este contexto, el abordaje de las ECNT requiere fomentar el trabajo y la articulación entre los diferentes niveles de atención con el fin de garantizar la continuidad en los cuidados y promoviendo la participación de las personas con estas enfermedades y de su entorno. Asimismo se necesita de un equipo de salud que tenga como premisa la proactividad y la planificación de sus acciones. Por lo que en esta dirección, en Salta se decidió implementar la **rotación de especialistas en el PNA** como un dispositivo para dar respuesta a esta problemática.

Un aumento en la demanda de especialistas

Desde el año 1996, la provincia trabaja para mejorar sus procesos de atención intentando fortalecer el vínculo y la coordinación entre los distintos niveles. Sin embargo, fue a partir de la implementación de **Redes** que se comenzó a trabajar con mayor énfasis en la ampliación de la cobertura a las personas con ECNT.

Fue así como a medida que los efectores del PNA avanzaron con la nominalización de la población y los equipos de salud comenzaron a recibir una mayor cantidad de personas con diabetes, se produjo un aumento en la demanda de derivaciones a especialistas, generando

la necesidad de mejorar los procesos de gestión y atención de las personas con ECNT. Frente a esta situación, se priorizó contar con un sistema de R-CR que diera una respuesta adecuada a las personas favoreciendo la continuidad del proceso de atención. En este marco se intentó resolver el aumento de la demanda de especialistas desarrollando una estrategia de rotación de los mismos en el PNA.



Eliminando barreras

El hospital Dr. Arturo Oñativia es un centro médico de alta complejidad que brinda atención en enfermedades endocrino-metabólicas en forma integral. A partir de la iniciativa de **Redes** decidió desarrollar una estrategia de formación y fortalecimiento del PNA, capacitando a profesionales de los centros de salud, conformando equipos de especialistas en el manejo integral de la persona con diabetes. Se realizaron capacitaciones en los 64 efectores del PNA que estuvieron destinadas a médicos y enfermeros. También se realizaron ateneos clínicos, de manera mensual, entre los profesionales del PNA y de los hospitales pertenecientes a la red de Salta Capital.

El Hospital cumplía con todos los requisitos para comenzar el abordaje de las ECNT, por ello se decidió implementar la rotación como estrategia para mejorar y optimizar el proceso de atención de las personas con estas enfermedades y evitar que concurran al hospital para gestionar un turno. Las autoridades de este efector fueron los principales actores involucrados en la decisión de llevar adelante la rotación de especialistas en el PNA.

La red Salta Capital cuenta con 64 centros de salud distribuidos en 5 Nodos: Primavera, Manjón, entro, Castañeras e Intersindical. Desde el Hospital Arturo Oñativia se comenzaron

a enviar especialistas en: diabetes, cirugía vascular periférica, endocrinología, cardiología, nefrología y oftalmología a los diferentes efectores de salud dependiente de los Nodos. Estos trabajan en el Hospital por la mañana y por la tarde rotan por los diferentes Nodos (cada especialidad tiene un día y horario asignado).

Todo el circuito se encuentra normatizado: está preestablecido de qué manera se debe solicitar un turno. Cuando una persona que consulta a cualquier efector del PNA necesita concertar un turno con un especialista, el centro de salud notifica a la Dirección General del PNA, desde allí se comunican con el Hospital Arturo Oñativía y se le asigna el turno para que sea atendido en el primer nivel.

“A medida que comenzó a aumentar la población, comenzó a hacerse evidente la dificultad de quienes vivían en los conglomerados periféricos para llegar a los hospitales de mayor complejidad. Muchas personas abandonaban su tratamiento tanto por las barreras geográficas como las administrativas; tener que recorrer grandes distancias o levantarse muy temprano para poder llegar y tal vez no conseguir el turno y tener que volver otro día era la única manera de obtener un turno. Entonces lo que sucedía era que las personas con diabetes llegaban al hospital cuando se presentaba alguna complicación: esto fue lo que motivó a que esta iniciativa se llevara a cabo, eliminar las barreras en el acceso al sistema de salud”.

“Que se revalorice la atención primaria”

A medida que fue aumentando la población georreferenciada y la atención de personas con ECNT, fue creciendo la demanda de especialistas. En un principio el número era escaso, lo cual generaba un largo tiempo de espera entre la obtención del turno y el día de atención. Luego de algunas evaluaciones se observó que muchos de los turnos asignados quedaban libres debido a que las personas no concurrían para ser atendidos. Por este motivo, fue necesario realizar algunas modificaciones con el fin de optimizar los recursos y que esta extensión de cobertura funcionara como se esperaba.

La rotación de especialistas se evalúa a partir de diferentes indicadores, tales como el total de personas atendidos o personas/hora. Esto surge principalmente de las evaluaciones que los jefes de centros de salud realizan de manera semestral y relevan a la Dirección General del PNA; o bien de los datos que se obtienen del Sistema Informático Acuario, que se encuentra en funcionamiento en la mayoría de los centros del área capital. Estos datos se cruzan con los del Hospital Oñativía.

Del proceso de monitoreo y evaluación surgió la necesidad de trabajar para mejorar el grado de cumplimiento y asistencia a los turnos. Por otro lado, se evidenció la necesidad de aumentar la

cantidad de médicos en el PNA, tanto de generalistas como de especialistas. La rotación de estos últimos se pensó como estrategia para dar respuesta a esta necesidad de manera concreta.

“Un obstáculo que se presentó al inicio fue la resistencia de los médicos a rotar por el PNA, lograr que se revalorice la atención primaria y romper con la idea que el médico que atiende en una salita no sabe, fue un trabajo costoso que mantenemos actualmente. Por esto mismo considero importante que las políticas públicas marquen el camino a seguir y que desde la formación de grado, sin importar la especialidad los profesionales, deben incorporar en su manera de entender el proceso de atención de la salud la perspectiva de la estrategia de la atención primaria y aprender a reconocerla como una pata importante en el andamiaje de la salud pública”.

Fortalecer la red, un desafío

La rotación de especialistas por el PNA resultó ser una estrategia que favorece la accesibilidad de las personas al sistema público de salud a la vez que favorece la continuidad y calidad del proceso de atención de las personas con ECNT. Más aún, se logró fortalecer el trabajo en red entre el Primer y Segundo Nivel de Atención. Por lo que durante el desarrollo de este proyecto logró atender a un total de 11.219 consultas y se identificaron 85 personas con retinopatía diabética.

“Tenemos claro que cuando una persona concurre a buscar un turno al PNA y no lo consigue es una oportunidad perdida porque luego esa persona va a ingresar al sistema por el servicio de guardia de un hospital por alguna complicación”.

Se está evaluando agregar consultorios de cirugía general y traumatología del Hospital San Bernardo para aquellas personas con patologías que sean potencialmente quirúrgicas, y planificar un turno para una cirugía sin que las personas tengan que concurrir al segundo nivel. Además actualmente se está definiendo agregar consultorios para el seguimiento postoperatorio de los pacientes traumatológicos en aquellos establecimientos del PNA que cuentan con rayos X.

Representa un desafío aumentar la cobertura tanto de especialistas como de médicos generalistas en el PNA para disminuir la demanda insatisfecha y que este sistema se extienda a otros efectores de salud.



CABA (2013-2015)

37 efectores con sistema de turnos programados

Fortaleciendo los vínculos de la red: nuevos soportes para la atención programada

En el año 2013 comenzó Proyecto de Fortalecimiento de Redes en CABA, y se propuso como uno de sus objetivos centrales: **dotar a la red con los recursos necesarios para el funcionamiento del sistema de información en salud, así como también brindar atención programada acompañando el proceso de atención del Plan de Cobertura Porteña de Salud (COPS)**. La red seleccionada fueron los 37 Consultorios Médicos Barriales (CMB) incluidos en el Plan.

El COPS fue implementado en la Ciudad de Buenos Aires con el espíritu de proveer una atención médica integral, personalizada y gratuita a todos los habitantes que acrediten residencia habitual y permanente en la Ciudad jerarquizando el Primer Nivel de Atención (PNA). El beneficio alcanza a todos los habitantes que no posean cobertura de salud de ninguna índole. Es gratuito y para emplearlo es necesario empadronarse.

Provee 100% de cobertura en medicamentos del primer nivel y la dispensa se realiza a través de una red de farmacias distribuidas en el territorio de la Ciudad. El sistema cuenta con profesionales odontólogos, pediatras, ginecólogos y médicos de cabecera (originariamente internistas, médicos de guardia y generalistas) que brindan atención en los CMB. El ámbito físico es descentralizado del hospital si bien funcionalmente los médicos trabajan en el contexto del área programática del mismo.

Desde el año 2012 el COPS se propuso, con el fin de mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud, la atención programada favoreciendo así la demanda y optimizando los tiempos. Este objetivo que estuvo en concordancia con la planificación de objetivos anuales establecida por el Proyecto de **Redes**.

Los principales actores locales impulsores de los cambios acontecidos en lo referente a la dación de turnos fueron la Subsecretaría de Planificación Sanitaria y los coordinadores de Cobertura Porteña de Salud, que obraron de acuerdo a las políticas de accesibilidad

y de ciudad inteligente que planteaba la Jefatura de Gobierno. Los consensos generados respecto al cambio de modalidad de entrega de turnos así como la gestión de las agendas (turnos programados versus demanda espontánea), se fueron logrando gracias al diálogo permanente y a la revisión de los procesos de mejora continua.

El sistema de turnos fue desarrollado en forma conjunta por los Ministerios de Salud (Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Subgerencia de Cobertura Porteña, las Coordinaciones Médicas de Cobertura Porteña de cada Hospital de Agudos de la Ciudad), y de Modernización y la Secretaría de Atención Ciudadana.

Nuevos soportes para la gestión de turnos

Con anterioridad a la intervención de **Redes** y de la gestión de las autoridades porteñas en lo referente a la programación, los turnos eran otorgados únicamente en los hospitales y en los CMB. Estos carecían de consenso general y existía una variabilidad tanto en su duración como en el porcentaje de distribución del tiempo de asistencia para turnos programados versus demanda espontánea según la coordinación local. Luego fueron ofrecidos a través de la línea telefónica gratuita 147, sumándose por último un nuevo sistema que permitió a los usuarios que saquen su turno médico en forma ágil y rápida a través de la web.

Esta plataforma web proveyó un nuevo modelo de turnos beneficiando tanto la calidad como la accesibilidad al sistema de salud, disminuyendo los tiempos de espera en los consultorios y una mayor oferta de turnos. El sistema desarrollado permite solicitar un turno teniendo en cuenta proximidades de fechas y cercanía del centro de salud con los hogares de las personas, o en referencia a la especialidad y al tipo de atención. Para acceder, online, los interesados deben primero crear un perfil personalizado en www.buenosaires.gob.ar. Luego, pueden hacer la reserva correspondiente en función de las agendas de los médicos y los horarios disponibles. Una vez realizada, la plataforma la confirma y genera un recordatorio para evitar el ausentismo. De esta forma cada usuario puede seleccionar, reprogramar y hasta cancelar su turno cuando lo desee.

Los hospitales asociados al sistema de turnos médicos online son los hospitales generales de Agudos Penna (Parque Patricios), Álvarez (Flores), Durand (Caballito), Fernández (Palermo), Rivadavia (Recoleta) y Ramos Mejía (Balvanera). También, los hospitales de Oftalmología Pedro Lagleyze (Villa General Mitre) y Santa Lucía (San Cristóbal); el de Rehabilitación Rocca (Flores), y el de Odontología Ramón Carrillo (Recoleta). Asimismo, pueden solicitarse turnos vía web para especialistas en los centros de Pediatría Maternidad Sardá (Parque Patricios), Ricardo Gutiérrez (Palermo) y Pedro de Elizalde (la ex Casa Cuna, en Barracas).

El lanzamiento de los turnos web pretendió descongestionar la línea 147 y, en el largo plazo, que ambas plataformas -telefónica y online- permitan evitar las colas en los hospitales para hacer más accesible el servicio de salud a los usuarios.

¿Cómo funciona?

El sistema se desarrolla de la siguiente manera: el beneficiario de Cobertura Porteña, previamente nominalizado, llama al 147 o ingresa en la web de la Ciudad. Para acceder a la plataforma de turnos *online* se debe primero crear un perfil personalizado en el sitio oficial del gobierno porteño, www.buenosaires.gob.ar. Una vez abierta la cuenta personal, aparece automáticamente la opción "turnos". Luego se elige la opción de "turnos de salud", se selecciona "turnos Cobertura Porteña" y se ingresa con el número de documento. Automáticamente el sistema brinda los turnos disponibles con sus profesionales de cabecera. La oferta contempla diversas las especialidades (Clínica Medica, Medicina Familiar, Pediatría y Tocoginecología).

Asimismo el médico de cabecera puede entregar un turno para la próxima visita por medio de la oferta web antes de finalizar la consulta. Con el sistema anterior, las personas debían pedirlos posteriormente. El profesional cuenta con el registro del usuario de salud citado para ese día y horario. Cuando se reingresa con posterioridad puede ocurrir que el sitio ya reconozca al usuario mostrando una frase de bienvenida seguida del nombre registrado.

Paralelamente, sigue disponible la alternativa de turnos telefónicos: los usuarios con domicilio en la Capital pueden solicitarlos por la línea gratuita 147; las personas que viven en el Conurbano, tienen habilitado el número 0800-99-2727.

Desafíos

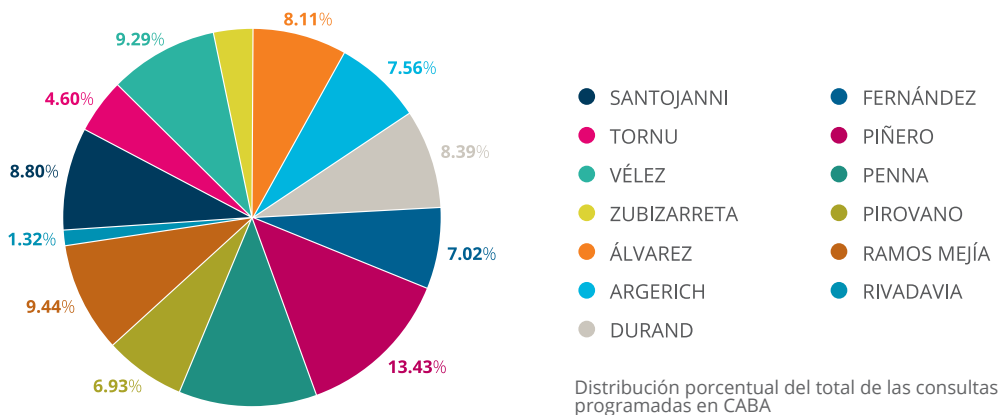
Los desafíos que se imponen para el futuro son la implementación de instancias tanto de evaluación como en monitoreo la dación de turnos, la generación de estadísticas de ausentismo a la consulta y el registro de la demanda rechazada para poder pensar estrategias de búsqueda activa y recaptación.

Resultados y datos

Para colaborar con la implementación del sistema de turnos se efectuó el envío de la normativa vigente a cada hospital. La difusión estuvo a cargo del área de comunicación del Ministerio de Salud de la Nación.

En la actualidad cuentan con un tablero de comando donde se visualiza la oferta y la demanda por profesional, por área hospitalaria y especialidad.

El gráfico a continuación muestra el porcentaje de consultas por turnos programados y por área programática. Se registraron un total de 181.194 consultas en el año 2015.



Los efectores desconcentrados territorialmente (CMB) fueron resultados de políticas implementadas que pretendieron desarrollar modelos de atención innovadores y más accesibles, que llevan a cabo la estrategia de atención primaria, manteniendo la dependencia administrativa con los hospitales. A continuación se presenta la distribución según Región Sanitaria, Hospital y CMB:

Región Sanitaria I (Este)

- Hospital Argerich: CMB N° 10 “La Boca”, CMB N° 37, CMB N°30.
- Hospital Penna: CMB N° 8 “Parque Chacabuco”, CMB N° 1 “Nueva Pompeya”, CMB N°18 “Pompeya”, CMB N° 24 “Parque Patricios”.
- Ramos Mejía: CMB N° 6, CMB N° 29.

Región sanitaria II (Sur)

- Hospital Álvarez: CMB N° 2 “Santa Rita”, CMB N°12 “Flores Norte”, CMB N° 13 “Paternal”.
- Hospital Piñero: CMB N°4, CMB N° 9 “Villa Lugano”, CMB N° 25 “Parque Avellaneda”, CMB N° 28 “Mataderos”, CMB N° 38 “Floresta”, CMB N° 39 “Villa Soldati”.
- Hospital Santojani: CMB N°7 “Villa Luro”, CMB N°15 “Villa Riachuelo”, CMB N° 20 “Mataderos”.

Región sanitaria III (Oeste)

- Hospital Durand: CMB N°34 “Villa Crespo Norte”, CMB N°23 “Caballito Sur”, CMB N°27 “Villa Crespo”.
- Hospital Tornú: CMB N° 11 “Colegiales”, CMB N° 36.
- Hospital Vélez Sarsfield: CMB N° 5 “Monte Castro”, CMB N° 19 “Villa Real”, CMB N° 32 “Vélez Sarsfield”.
- Hospital Zubizarreta: CMB N° 35 “El Talar”.

Eje #3: Coordinación asistencial

**Chaco - Formosa - Santiago del Estero - Córdoba -
La Rioja - San Luis - Santa Fe - Entre Ríos - Tucumán**



El funcionamiento de una red de salud necesita de mecanismos de coordinación asistencial entre los servicios que garanticen a las personas continuidad en su cuidado.

Algunos ejemplos de estos mecanismos son: el desarrollo de circuitos de Referencia y Contrarreferencia (R-CR), encuentros regulares entre los equipos de salud intra e inter establecimientos de salud, dispositivos que facilitan la circulación de las personas por los servicios como son los turnos protegidos⁵, etc.

La “Referencia” consiste en remitir a una persona hacia otro servicio o nodo de la red donde la complejidad ofrecida resulta adecuada para continuar y avanzar en su cuidado. Puede hacerse con motivo de una interconsulta, una derivación o una segunda opinión. La “Contrarreferencia” es la acción informada, mediante la cual una persona retorna al centro de atención o servicio desde donde fue referenciado, para continuar con su tratamiento o seguimiento (Remediar+Redes 2011).

Los procesos de R-CR constituyen una herramienta dirigida a mejorar la coordinación entre los diferentes servicios de la red y de la atención médica en forma particular, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a su grupo poblacional mediante una atención integral, oportuna y de optimización de recursos.

Aportes del Programa Redes a la coordinación asistencial

La coordinación asistencial fue medida a través de tres indicadores: cantidad de R-CR, de turnos protegidos en el Segundo Nivel de Atención (SNA) y de actividades conjuntas realizadas entre equipos de salud del PNA y SNA. Hasta mayo de 2015:

- se contabilizaron un total de **130.000 R-CR**, lo cual representa un 112% de cumplimiento de la meta de todas las jurisdicciones. Considerando que la línea de base apenas alcanzaba el 2%, el incremento es ampliamente significativo.
- se registraron **450.335 turnos protegidos**. Partiendo de una base del 18% de turnos protegidos en relación a la meta, se superó en más del 500%.
- se realizaron **183 actividades conjuntas** entre equipos de efectores de Primer Nivel de Atención y hospitales⁶.

A continuación se presentan las experiencias de los proyectos de Redes de Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Córdoba, La Rioja, San Luis, Santa Fe, Entre Ríos y Tucumán.

⁵ Se entiende por turnos protegidos a aquellos generados en los efectores del PNA para reservar consultas en el SNA en sus correspondientes efectores.

⁶ Este resultado abarca lo registrado en 10 proyectos de **Redes**, dado que se trataba de un indicador optativo, por lo que se midió en algunos proyectos.



2500 Referencias y Contrarreferencias

La oficina de R-CR, un nexo entre el PNA y el SNA

En 2011 la provincia de Chaco se planteó como objetivo estratégico **fortalecer la red de servicios de APS con el fin de resolver el déficit en el funcionamiento de los efectores del PNA y la falta de articulación de los mismos con el SNA**. Para ello trabajó hasta el 2014 en la Región Sanitaria 8 correspondiente al Área Metropolitana de Gran Resistencia (AMGR), y luego en 2015 sumó a las Regiones Sanitarias 2, 3, 5 y 7, alcanzando un total de 145 efectores del PNA y 3 hospitales.

Una de las intervenciones propuestas para alcanzar este objetivo consistió en **desarrollar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (R-CR)** en la red. A continuación se presentará una descripción del proceso de armado y puesta en funcionamiento del circuito de R-CR para la Región Sanitaria 8, que llevó aproximadamente un año y medio.

“La persona derivada se perdía en el SNA”

La provincia de Chaco contaba con un circuito de R-CR normatizado que en la práctica no se implementaba. La queja habitual que existía en los efectores del PNA era que no se sabía qué ocurría con las personas que se derivaban al SNA. Las personas derivadas, por su parte, debían hacer largas colas en el hospital para conseguir un turno, en caso de que el médico que las atendía en el PNA no tuviese un contacto informal para lograr la consulta con el especialista.

Cuando las personas lograban ser atendidas lo que usualmente ocurría era que continuaban su seguimiento en el SNA, aunque ya no fuese necesario ese nivel de complejidad para el abordaje del problema de salud; o que retornaban al PNA, pero con información incompleta. Esto último se reflejaba en expresiones tales como *“me dio un medicamento pero no me acuerdo cuál”* o *“extravié la receta”*, *“me pidió un laboratorio pero no sé cuál era, se quedó en el bolsillo de la ropa y lo pusieron a lavar”*, entre otras.

Frente a ello, y en el marco del proyecto provincial de **Redes**, a finales del año 2012 se abrió la Oficina de Referencia y Contrarreferencia en el Hospital Dr. Julio C. Perrando, efector

de mayor complejidad de la provincia. La puesta en marcha implicó la definición operativa del circuito de R-CR de la red del AMGR, que para finales del año 2014 contaba con un funcionamiento fluido, donde la mayoría de quienes intervienen en el proceso conocen sus funciones y responsabilidades.

El camino del circuito de R-CR

La Oficina de R-CR facilita el vínculo formal entre los efectores de la red. Sus funciones son asistenciales y también técnico-administrativas. En el ámbito asistencial, otorga los turnos programados para las especialidades correspondientes, recibe a las personas derivadas de los efectores del PNA y las orienta. En lo que respecta a temas técnico-administrativos, entre otros aspectos, audita las derivaciones de los efectores del PNA, registra la información generada y se asegura de que la Contrarreferencia retorne al efector del PNA para que la incorporen en la historia clínica.

Cada vez que una persona requiere una atención especializada, es derivada desde el PNA con una hoja de referencia a la Oficina de R-CR ubicada en el hospital, que actúa como nexo para facilitar el turno programado con el especialista. Así, desde los efectores del PNA todos los viernes acercan a la Oficina la planilla con la solicitud de interconsultas, que son devueltas el viernes siguiente con los turnos programados. Un referente del efector, usualmente personal de estadística, lleva esta información para luego informar a la persona para que concurra el día del turno. En caso de necesidades especiales, existe una comunicación directa entre los efectores del PNA y la Oficina.

El día del turno en el SNA, la persona tiene que pasar unos minutos antes por la Oficina para entregar la hoja de referencia. Esa instancia sirve para que desde la Oficina puedan supervisar que la persona realmente haya pasado por el PNA. *“En un principio esa fue una de las debilidades más importantes, estábamos acostumbrados a las informalidades”.*

Una vez que la persona es atendida por el especialista, acerca a la Oficina la Contrarreferencia que el médico completa en el mismo formulario de referencia, o en el sistema de la Historia Clínica digitalizada del hospital. En ambos casos, se entrega una copia de la Contrarreferencia al efector del PNA donde la persona es atendida. *“Ya no se le entrega la hoja al paciente por las dificultades que pueda llegar a tener, por el peligro de extravía. Se le da al personal que actúa como referente de la Oficina en cada centro de salud”.*

En un principio la Oficina de R-CR comenzó trabajando con las personas con diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad y luego, fue ampliando su servicio a todas las especialidades que tiene el hospital.

Las principales dificultades encontradas en la implementación son las propias que involucra todo proceso de cambio cultural. De esta manera, costó redireccionar *“la utilización de la vía informal como medio para obtener los turnos, o que el médico del SNA escribiera la Contrarreferencia, y que el paciente concurriera al turno programado”*.

“Cuando se inauguró la Oficina fue difícil, no todos entendían lo que significaba una R-CR en el SNA”. Por ello, se desarrollaron acciones de sensibilización con los equipos de salud de los diferentes niveles de complejidad. Se realizaron reuniones periódicas con los directivos de los efectores del PNA, con los médicos que seguían a las personas con condiciones crónicas y con los administrativos a cargo de la logística entre el CAPS y el hospital. Asimismo, la Oficina junto al equipo de **Redes** realizaron 6 jornadas de capacitación con todos los integrantes de los equipos de salud del PNA y SNA donde se comunicó el funcionamiento del circuito enfatizando la importancia de su cumplimiento para mejorar la atención de las personas.

“Al circuito lo fueron aceptando porque dio respuestas”

Para los médicos, el circuito de R-CR implicó no tener que pedir más favores personales para conseguir un turno y poder contar con la Historia Clínica completa. Para la persona, significaba poder ser atendida en pocos días, sin la necesidad de tener que hacer largas colas a la intemperie, con mucho calor o con dificultades para el traslado.

“Ahora la persona es informada del turno en muchos casos en el propio domicilio, por agentes sanitarios”.

El efector puede tener las Historias Clínicas completas, y la persona puede ser correctamente seguida en el PNA. *“Ya saben qué sucedió con el paciente y no queda en cuál será la pastillita redonda blanca que le indicó el especialista allá, si entendió bien la indicación que se le dio, o cómo tenía que hacer las curaciones, porque generalmente no llegaba eso por escrito”*.

Para optimizar el servicio a la comunidad el equipo a cargo de la Oficina de R-CR junto a la UGJ de **Redes** monitorea el funcionamiento del circuito. En este sentido, el crecimiento de la tasa de uso y el del nivel de concurrencia de las personas, constituyen dos indicadores relevantes que demuestran su evolución.

El primero de los indicadores muestra qué efectores del PNA están utilizando el circuito para solicitar el turno, y en qué medida. Cuando identifican poca o ninguna utilización, se atribuye principalmente a fallas en la información y se realizan acciones para promover su uso. *“Nos acercamos al centro, vemos quiénes conocen el circuito, si lo tienen aceitado, etc”*.

En los comienzos de la Oficina se recibían algunas pocas planillas de solicitud de turno, y en

la actualidad reciben cerca de 60 planillas cada viernes (entre una y dos por efector para las diferentes especialidades).

“La evolución se acerca a la ley de los rendimientos decrecientes: al comienzo costó mucho y no se notaba, después tuvo un crecimiento exponencial y actualmente está comenzando a disminuir el aumento”.

Así es como en los primeros dos años se lograron registrar 2.500 Referencias y Contrarreferencias, y solo en el tercer año, se estarían alcanzando otras 3.000 adicionales.

La tasa de concurrencia, por su parte, permite identificar cuando se ausentan muchas personas derivadas de un mismo centro e indagar sobre los motivos. Esto dispara el chequeo de cómo se traslada la información en el circuito, porque probablemente se corta en algún momento cuando vuelve el turno hacia el efector del PNA y no llega a la persona que solicitó la interconsulta.

“Lamentablemente la demanda es muy grande y no hay tantos médicos especialistas, entonces para que se tome conciencia hacemos hincapié en que cada ausente son dos turnos perdidos, el que no concurrió y otro posible beneficiario del turno.”

Los circuitos de R-CR en las otras regiones sanitarias

El circuito de R-CR en la Región Sanitaria 8 se encuentra en pleno funcionamiento. Entre los desafíos pendientes se encuentra la utilización del formulario de Contrarreferencia por parte del médico, lo cual se está trabajando directamente con el profesional, a partir de la notificación previa (15 minutos antes) que hace la persona en la Oficina de R-CR. Asimismo, lograr satisfacer la demanda de turnos es otro objetivo importante que se encuentra afectado por la escasez de algunos especialistas.

No obstante, el desafío más significativo que tiene la UGJ de **Redes**, es poder extender esta experiencia en las restantes regiones sanitarias del Chaco, teniendo en cuenta los aprendizajes que se obtuvieron en la implementación del circuito de R-CR en la Región de AMGR. Sin embargo, las regiones del interior presentan características particulares y, por ende, los circuitos que allí se desarrollen requerirán algunas adaptaciones.

Por ejemplo, resultaría impracticable instalar una oficina de R y CR en cada hospital, en tanto no todos tienen tantas especialidades como el Hospital Perrando, y muchos CAPS derivan a distintos efectores de SNA, incluso de otras localidades. Por ello, se optó por una estrategia diferenciada para algunas zonas del interior de la provincia, depositando en la

región sanitaria la función de la Oficina, que será la que actúe como nexo entre el PNA y el SNA. *“Por lo pronto desde la región sanitaria se están comenzando a gestionar los turnos, centralizando los pedidos y que no venga cada paciente suelto a pedirlos. Se gestionan al hospital y se los devuelve al centro de salud, esa es la primera parte del proceso”.*

Queda por delante mucho trabajo y la convicción de que el cambio organizativo y cultural que se requiere para sostener este tipo de procesos lleva tiempo. Pero la experiencia demostró que se puede lograr.

“Cuando se quiere traer organización en el sistema siempre se generan algunos resquemores inicialmente. Pero el reconocimiento a la perdurabilidad y sostenimiento de la idea bajo el convencimiento enorme de todo el equipo que lo lleva adelante, hizo que la misma gente vaya haciendo uso del mismo y ya hoy esté más internalizado”.



15.200 Referencias y Contrarreferencias

“El objetivo fue que la persona reciba una atención adecuada, oportuna y eficaz, pero también que no esté dando vueltas por el hospital en el afán de conseguir un turno porque el centro de salud lo deriva”

En diciembre de 2010 Formosa firmó el Compromiso de Gestión que dio inicio al Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes. Se priorizó como uno de los problemas la “falta de aplicación práctica del sistema de Referencia y Contrarreferencia (R-CR)”. Teniendo esto en cuenta se delineó como uno de los objetivos centrales el **reorganizar en los efectores de salud de la ciudad de Formosa la utilización de dicho sistema.**

A continuación se presenta una descripción e historización del proceso desarrollado en estos cinco años en la red elegida por la provincia: la capital de Formosa, la cual cuenta con 25 centros de salud y los 4 hospitales: Central, De la Madre y el Niño, Odontológico y el nuevo Hospital Distrital Eva Perón. Dicho proceso incluyó la utilización del SIGHO, el Sistema Informático de Gestión Hospitalaria, que se trata de un software que permite el trabajo en red de todos los componentes del sistema de salud, utilizando Historia Clínica unificada y planillas para la carga de datos en un único formato tres de los hospitales que componen la red seleccionada contaban desde el inicio con este sistema, que desde entonces se ha extendido al 100% de los efectores.

“Las personas llegaban al hospital y se sentían perdidas”

Históricamente la R-CR en el sistema de salud de la provincia era absolutamente informal.

“La gente se auto derivaba al segundo nivel y también muchas veces no volvía, se quedaba ahí, porque percibía que era mejor la atención recibida, saturando los servicios”.

Cuando en ocasiones se realizaba una referencia desde el Primer Nivel de Atención (PNA) la

respuesta nunca volvía. Hasta hace unos años en estos efectores no se realizaban estudios como Electrocardiogramas, Papanicolau, o ecografías: todos eran derivados. Las personas llegaban al hospital y *"se sentían perdidas"* pues no recibían ninguna orientación. Por otra parte, la contrarreferencia retornaba muy ocasionalmente en forma de resultado del estudio, pero la opinión de los especialistas que hubieran eventualmente intervenido no quedaba registrada en el documento.

Con el objetivo de mejorar esta situación, se creó inicialmente una Oficina de R-CR en el Hospital de la Madre y el Niño, que empezó a funcionar para pediatría. En adultos, en cambio, *"todo dependía de la persona, que llegaba al hospital y tenía que gestionarse un turno para ser atendido por la especialidad requerida. Distinto era el caso de los internados, puesto que al salir lo hacían con una epicrisis y una copia la llevaba el paciente"*.

"Hacer una Oficina de R-CR en el Hospital Central fue para nosotros todo un logro"

En el marco de las acciones impulsadas desde **Redes** se comenzó a pensar *"por fuera de lo materno infantil. Ahí incluimos y tratamos de replicar la experiencia para que todo paciente contemplado por las trazadoras de diabetes e hipertensión, que son las que se abordaron en **Redes 1**, contaran con una Oficina de R-CR en el Hospital Central y que los 25 centros de salud pudieran derivar a través de la misma"*. Esto constituyó un verdadero logro. Se destinó personal administrativo para esta oficina, al que fue necesario capacitar. También se debió formar a los administrativos de los distintos efectores de PNA y realizar reuniones para acordar el trabajo con especialidades requeridas por las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles como oftalmología, cardiología, etc.

"El objetivo fue que la persona recibiera una atención adecuada, oportuna, tratamiento eficaz, pero también que no estuviera dando vueltas por el hospital en el afán de conseguir un turno porque el centro de salud lo derivaba, sino que tuviera ya un turno asegurado y una persona que lo orientara a su llegada."

"El gran problema es la comunicación y allí entra la R-CR"

Un obstáculo claro para el desarrollo del sistema fueron los problemas de comunicación entre los niveles. Esta circunstancia se evidenciaba, por ejemplo, con las personas que egresaban de una internación y que requerían, debido a la gravedad de su situación, un control del centro de salud en territorio, o bien retornar al hospital para su seguimiento. En estos casos era frecuente que fueran externadas y que el efector de PNA no se enterara.

Para tratar de solucionar esta situación se involucró a la totalidad del personal en las capacitaciones, de modo que estuvieran al tanto de la necesidad e importancia de informar del egreso al efector de PNA y que si la persona no se presentaba en las 48 horas siguientes, fuera buscada por agentes sanitarios o por asistentes sociales en su domicilio.



Todo el desarrollo antes citado se hizo en base a un Formulario de R-CR diseñado por la provincia en formato papel. **Redes** colaboró con el proceso a través de la extensión del SIGHO a los centros de salud, fundamentalmente financiando el recurso humano que tenía la tarea de cargar la información en cada una de las terminales.

En este camino en 2013 se diseñó e instaló el módulo de R-CR en el SIGHO. La expectativa de máxima respecto a este sistema fue que tuviera terminales en cada consultorio, que los médicos cargaran sus diagnósticos e indicaciones y que los profesionales de los distintos niveles pudieran acceder a esta información para orientar sus prácticas.

Hasta el momento se ha logrado que los médicos asienten sus intervenciones en las Historias Clínicas y luego los *data entry* (previamente capacitados por la Dirección de Asistencia Operativa) vuelquen esa información *off line* en formato CIE10¹ al SIGHO. Estos datos son utilizados también por el área de Recupero para gestionar los fondos que deben

¹La **CIE-10** es el acrónimo de la **Clasificación internacional de enfermedades, décima versión** que determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

ser costeados por el Sistema de Obras Sociales. También resulta esencial a la hora de contar con estadísticas reales de los problemas de atención, indicaciones, prácticas realizadas y prescripciones.

Uno de los problemas que se registró en el proceso tiene que ver con la accesibilidad de los profesionales. Por ejemplo, si un médico necesita tener información que provee el SIGHO respecto del resultado de una determinada consulta de una persona en otro nivel, puede hacerlo, pero ello depende de que un empleado o el Director del centro de salud, que cuentan con usuario y acceso al sistema, lo habilite. Esta es una de las razones por las cuales aún el SIGHO no funciona al máximo de posibilidades.

Otras dificultades que han influido en el pleno desarrollo del sistema informático son los problemas de conectividad, que aún hoy influyen en la posibilidad de acceso a la información, al igual que el hecho de que la carga de los datos en algunas oportunidades se realiza con demora y en ocasiones *“pasaron diez días, la persona volvió al centro de salud y aún no fue cargada su atención en el hospital”*.

Con algunas especialidades es más sencillo obtener la información que proviene de la CR, como por ejemplo cardiología y oftalmología. Pero en otros casos, como el de reumatología o infectología, se observa una resistencia a informar.

Fue necesario realizar múltiples capacitaciones y reuniones para motorizar el sistema y su implementación, esfuerzos que alcanzan su mayor expresión cuando se consigue articular un consenso para el trabajo y una vinculación entre los diferentes niveles. Por ejemplo, acuerdos recientes lograron que un cardiólogo capacitara a equipos de salud del PNA para la lectura de electrocardiogramas, lo cual generó una mayor predisposición y brindó oportunidades para que los trabajadores comprendieran diferentes aspectos de la situación en que se desempeñan.

Es una realidad que para los hospitales optimizar el sistema de R-CR les permitiría descomprimir el espacio físico, poder dar turnos más próximos y mejorar la atención.

“Todos necesitan de todos. No debe subestimarse el tema de la comunicación con la comunidad, porque esta muchas veces desconoce la oferta de los centros de salud y por eso recurre a los hospitales, y además también debe estar involucrada”.

Un ejemplo que ilustra los beneficios que implica contar con un sistema de R-CR fortalecido es el de una madre que acudió a un CAPS con el objetivo de solicitar firmas de controles de salud de su hijo para presentar ante el ANSES y percibir la Asignación Universal Por Hijo. El chequeo de la información vía SIGHO permitió confirmar lo intuido por el equipo de salud:

que nunca había sido atendido allí, que había sido externado del Hospital de la Madre y el Niño y que requería seguimiento. Estos datos permitieron efectivizar dicho seguimiento y dar lugar a una adecuada prevención secundaria.

Sin dudas el SIGHO resultó una herramienta muy útil para ordenar la atención ambulatoria y registrar R-CR. Si bien aún resta mucho por mejorar y avanzar en este sentido, sobre todo en el acceso a la información de los médicos en sus consultorios, es un hecho que existe la posibilidad de consultar todo el movimiento de las personas por el sistema, con diagnóstico, indicaciones, estudios realizados y medicación prescrita.

 SANTIAGO DEL ESTERO (2010-2015)

2.938 Referencias y Contrarreferencias

Formalizando la coordinación asistencial

Hacia el 2010, la provincia de Santiago del Estero se planteó como objetivo estratégico **mejorar la accesibilidad al Primer Nivel de Atención de la Red Capital**, la cual se encuentra conformada por 37 Efectores del Primer Nivel de Atención y 4 hospitales. En ese camino, el equipo que llevó adelante el proyecto de **Redes**, se propuso, entre otras acciones, **organizar e implementar procesos de Referencia y Contrarreferencia (R-CR)**.

A continuación se presenta una descripción del proceso desarrollado en estos 5 años para implementar el circuito de derivaciones en la red asistencial, así como sus contribuciones y desafíos.

“La contrarreferencia no volvía al primer nivel”

El equipo que llevaría adelante las acciones del proyecto de **Redes** había planificado incorporar una persona en cada hospital cuya función fuera seguir las Referencias y las Contrarreferencias, debido a que los equipos de salud de las Unidades de Pronta Atención (UPAS) manifestaban que *“la Contrarreferencia no vuelve al primer nivel”*, *“No te contestan, es como un mensajito de texto, por lo menos te tienen que contestar un ok y nada...”*.

Se pensó que la persona responsable de esta función debía ser un trabajador del PNA para que estuviera interesado en que la Contrarreferencia volviera. Sin embargo, debido a que no todas las UPAS contaban con internet se decidió establecer el nodo o centro vía fax en la Unidad de Gestión Jurisdiccional (UGJ).

El desarrollo de todo el proceso de Referencia y Contrarreferencia tuvo su origen en la necesidad del sistema sanitario de evolucionar hacia la atención integrada de las personas: *“son pasos que se tienen que dar para avanzar, es lógico que quieras que las cosas funcionen, es una evolución natural de lo que debía ser”*.

Pasos de La Referencia y Contrarreferencia

Cada vez que el médico solicita un turno con la derivación de una persona, ya sea desde una UPA (Primer Nivel de Atención) a otra UPA con presencia de especialistas o a un hospital, el profesional completa una ficha de referencia con todos los datos de la persona (nombre y apellido, fecha de nacimiento, teléfono, descripción del diagnóstico y del tratamiento en el que se encuentra) y se la envía por fax al nodo ubicado en la sede de la UGJ, el cual actúa como centro regulador de las Referencias y Contrarreferencias.

Luego, esa solicitud del turno se carga en el sistema de información y se efectiviza la derivación de acuerdo con el área en la que esté ubicada la UPA que solicita la derivación y de los especialistas disponibles.

Al cargarse los datos de la derivación al sistema de información, la oficina de orientación del hospital recibe en la pantalla esa solicitud, gestiona el turno y cuando lo obtiene genera una notificación. La misma se visualiza en la pantalla en la UGJ, se imprime y se envía por fax a la UPA que solicitó la derivación.

El agente sanitario le acerca la notificación a la persona para que asista al encuentro con el especialista. Paralelamente, desde la UGJ se le envía un mensaje de texto informándole del turno y de las especificaciones necesarias para la consulta o estudio a realizarse. Además, 48hs antes, se envía un recordatorio en el cual se le solicita a la persona que confirme el turno o lo rechace, para poder reutilizarlo en caso de que quede liberado.

Una vez realizada la consulta en el establecimiento al cual se le solicitó la derivación, la Contrarreferencia es recibida por el administrativo de la UPA y este la registra en la Historia Clínica antes de que la persona vuelva a la consulta en el PNA. Además, de esta forma también se evita que se extravíe.

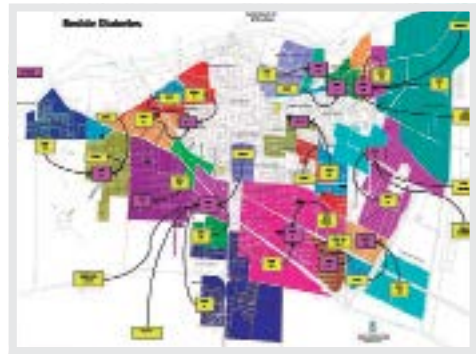
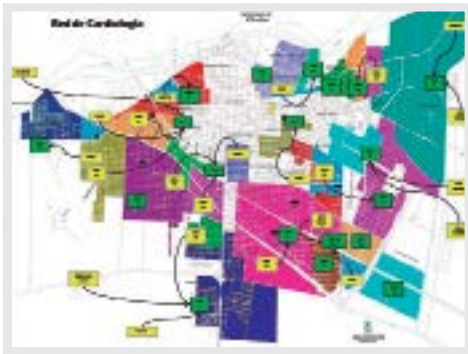
Cuando se trata de los resultados de un estudio diagnóstico, es usual que sea la propia persona la que los lleva, pero si la contrarreferencia contiene indicaciones (razones por las que el profesional modifica el tratamiento, recomienda pautas, etc.) se envía directamente a la UPA. En caso de situaciones críticas, el sistema está preparado para ir a buscar a la persona.

“Generalmente las derivaciones suponen certificar o no un diagnóstico presuntivo. La persona vuelve al primer nivel una vez que se resolvió su problema o cuando ya el diagnóstico dejó de ser presuntivo: pasó a ser un diagnóstico de certeza y puede ser de seguimiento continuo en el PNA”.

Como se mencionó al comienzo, también se trabaja en redes entre los propios efectores del PNA. En el caso de los cardiólogos y los diabetólogos, las derivaciones se realizan entre las

propias UPAS siendo la misma persona la que traslada las Referencias y Contrarreferencias. No obstante, la solicitud queda guardada en el sistema de información y también se registra si efectivamente asistió a la consulta.

Los siguientes mapas permiten visualizar el circuito de derivaciones en el PNA:



“Todo médico del PNA podría seguir el 90% de las patologías, aunque en la realidad eso no pasa. Tranquilamente podrían seguir a un insulino-dependiente. Lo que no pueden hacer es seguirlo descompensado en una crisis hiperglucémica pero porque no tienen la complejidad aparatológica para hacerlo”.

En el caso de la Red de Diabetes, la capacitación a 26 médicos y a 10 enfermeros brindada por **Redes** sobre insulinización en el PNA, fue una herramienta fundamental para afianzar los conocimientos y la capacidad resolutoria de las UPAS.

Dentro del sistema se realizan derivaciones para todas las especialidades como neurología, psicología, traumatología, etc. Sin embargo, la mayor parte corresponde a enfermedades como Diabetes e Hipertensión (fundamentalmente para estudios de ecodoppler y ergometrías).

“Se están viendo los resultados”

Se realiza un monitoreo constante de todo el proceso. Se analizan los turnos, las demoras, los rechazos de las derivaciones, entre todos y se proponen estrategias para mejorar. Por ejemplo, a través de los recordatorios por mensaje de texto se logró disminuir el ausentismo de un 50% a un 30%.

Por su parte, los establecimientos que resultaron más fortalecidos fueron los del PNA. Hay centros que realizan derivaciones entre ellos, empiezan a trabajar juntos pensando en red e intentando mejorar la capacidad resolutive de las UPAS.

“Antes no se pensaba en red, se derivaba todo al hospital. En cambio ahora, se visualizan más ellos, está más fortalecida la atención entre todos, se conocen, saben en dónde tienen el diabetólogo, dónde el oftalmólogo.”

La contribución más importante de este circuito de Referencias y Contrarreferencias es la mejora en el acceso a los servicios ya que se evitan las largas esperas en el hospital.

“Hay que respetarle los horarios a las personas que necesitan atención, no tenerlos como esclavos de las consultas”.

Pensando los próximos pasos

Hasta el momento el énfasis estuvo puesto en fortalecer al PNA y en las estrategias de capacitación conjunta con el Segundo Nivel de Atención (SNA), lo cual constituye una iniciativa más que propicia para la integración entre los distintos niveles de servicios de salud.

Un desafío es lograr que se involucren más los médicos del SNA y los directores de hospitales para lograr una adecuada coordinación entre el PNA y SNA, así como también los médicos del primer nivel para formalizar las derivaciones a través del circuito: *“Está muy arraigado el circuito informal de derivación”.*

Recientemente se crearon las Redes de Cardiología y Diabetología del PNA (5 cardiólogos y 4 diabetólogos que rotan por los efectores) y se requiere ajustar el circuito de la Contrarreferencia para que no sea la persona la que lleve la referencia en mano a su efector.

También es necesario reforzar la instalación del procedimiento de turno protegido en el SNA al interior de la institución *“para que no tengamos que pelearle todo el tiempo los turnos protegidos a los administrativos o secretarías de médicos y de servicios”.*

Por otro lado, es necesario pensar estrategias para sistematizar la captura de la Contrarreferencia antes que la persona se retire del hospital (duplicación en el consultorio o escaneo de la misma para mandar por mail) para poder enviarla al PNA. También pensar en la digitalización, para que las personas no tengan que ocuparse de llevarlas y los equipos de salud puedan tener acceso directo a las mismas.



34 actividades entre el PNA y el SNA

Articular para gestionar

La provincia de Córdoba inició su Proyecto de Fortalecimiento de **Redes** en el año 2012, y seleccionó una red compuesta por 292 efectores. Al momento del diagnóstico identificó una superposición de tareas y funciones entre los niveles de atención de la red, así como ciertas barreras en el acceso a los servicios asistenciales (especialmente al laboratorio) y la ausencia de circuitos formales de atención.

Como consecuencia se planteó como objetivos del proyecto **mejorar la coordinación en la gestión asistencial y brindar una atención integral y de calidad en todos los niveles de la red**. Una de las estrategias definidas para la consecución de dichos objetivos fue la implementación de los **Nodos de Salud**, como espacios de coordinación técnica, política e institucional donde identificar y delinear abordajes para los problemas que afectan tanto la oferta como la calidad de la atención en salud en los niveles local y regional.

El relato de la siguiente experiencia busca dar cuenta de la complejidad de esta estrategia, de sus desafíos y potencialidades para garantizar servicios de salud equitativos e integrales en una red altamente descentralizada, fragmentada y de gran dispersión geográfica.

“Todo el mundo conoce esta realidad, pero nunca se había logrado reunirlos”

La regionalización y descentralización llevada a cabo en el sector sanitario provincial, lejos de lograr una mayor cercanía a las necesidades de la población, una asignación eficiente de recursos y una transformación consecuente del sistema de salud, resultó en mayor fragmentación y desarticulación, no solo entre los distintos niveles del sector sino además entre los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención. En palabras de la dirección del Hospital Provincial Dr. Luis Bellodi, de Mina Clavero, se dio *“una especie de competencia entre comunas y municipio a ver quien tenía mejor oferta en servicios de salud”*.

Este diagnóstico de disparidad en los servicios fue compartido por la gestión provincial de **Redes**: *“Lo que venimos observando y venimos trabajando mucho es que hay un uso muy*

ineficiente de los recursos porque hay una disputa muy importante entre localidades y también con los hospitales regionales". Esta manera de trabajo aislada y desigual se traducía en una atención que generaba barreras en el acceso: "le decían `no, vos te tenés que ir a atender a tal lugar'; entonces había gente que estaba boyando por un lado y por otro y no le daban respuesta".

Ante este escenario, el proyecto provincial de **Redes** definió como una de las líneas estratégicas de acción la conformación de los Nodos de Salud, cuyo objetivo fue equiparar la oferta de los servicios de salud, jerarquizar al primer nivel, posicionar a los hospitales como verdaderos nodos de segundo nivel dentro de la red y trabajar con la comunidad teniendo en cuenta sus demandas, fortaleciendo así la estrategia de APS.

"La verdad es que todo el mundo conoce esta realidad, pero nunca se había logrado reunirlos ni tratar de que entre todos se empiece a conformar una red".

Materializando procesos de trabajo

La gestión provincial define al Nodo como un espacio de articulación para la toma de decisiones en el nivel regional, entendiendo a éste desde una perspectiva territorial, en sus múltiples dimensiones (geográficas, políticas, culturales, etc.). Est n representadas all  autoridades políticas, referentes sanitarios y de la comunidad. Desde esta concepción, la provincia decidió conformar tres Nodos: Traslasierra Sur, Traslasierra Norte y Cruz del Eje-Minas.



A partir del relevamiento que había realizado en toda la extensión de la red, se identificaron inicialmente los principales actores y se realizó la convocatoria para cada Nodo. Fueron llamados a participar los intendentes de cada localidad así como los secretarios de salud y los directivos asistenciales. Con el correr de las reuniones se propuso que las discusiones pudieran materializarse en la definición de circuitos de atención.

Además, desde **Redes**, y en consonancia con los objetivos del proyecto provincial, se propuso priorizar tres líneas de acción asistencial, en tanto permitían una atención integral no sólo de las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles sino de toda la población en general: laboratorio descentralizado, cardiología y oftalmología. Así, cada Nodo comenzó a trabajar en alguno de estos circuitos específicos, identificando los recursos necesarios y disponibles: financiamiento, tecnología y equipamiento, equipos de salud de cada efector y localidad, etc. Para esto, se apoyaron en la información relevada y construida desde el Programa.



Asimismo, se estableció desde **Redes** la modalidad de las reuniones. Desde el nivel provincial, se promueve y monitorea la acción de cada Nodo: *“Tenemos un acta por cada uno de los Nodos donde dejamos registrado lo que se va desarrollando, todo el mundo va firmando. Y eso es una parte de la institucionalización del espacio. Las actas después se transforman en una minuta que nosotros enviamos, donde queda programada también la próxima reunión, los temas que se van a tocar. Le vamos dando una sistematización que por ahora es nuestra, pero que queremos que en algún momento deje de serlo y pase a ser del espacio”*.

Más allá de este monitoreo y sistematización desde la Unidad de Gestión Jurisdiccional (UGJ), cada Nodo adquiere una forma propia de funcionamiento según las particularidades del territorio, de los actores y de los tiempos de cada proceso local. Así, mientras que en el caso de Traslasierra Norte y de Cruz del Eje-Minas la convocatoria sigue siendo vehiculizada desde **Redes**, en Traslasierra Sur han comenzado a convocarse solos, participando luego a la UGJ para acordar estrategias de trabajo conjunto.

Desde los Nodos se destaca que la implementación de procesos de trabajo se ha dado a la par de la provisión de equipamiento, no solo como herramientas para mejorar procesos sino como “*atractivo*” que tracciona hacia el cambio, especialmente en aquellos efectores más relegados, como son, por ejemplo, los dispensarios. Esto evidencia la replanificación o el sentido estratégico esperable en este tipo de acciones. La promoción de espacios de toma de decisión para el consenso y mejora de los procesos asistenciales así como el equipamiento, fueron estrategias claves para el buen funcionamiento de los Nodos.

La conformación del espacio requiere también considerar que, al trabajar específicamente con individuos, se ponen en juego cuestiones personales que pueden facilitar u obstaculizar el proceso. En este sentido, **Redes** resalta la importancia de generar confianza a través de la presencia constante para avanzar en la formalización de la red:

“Lo que ha transformado mucho la gestión nuestra es que viajamos permanentemente, le pusimos mucho el cuerpo. (...) Cuando viene un actor externo es más fácil que se animen a volver a encontrarse y discutir, pelearse en la cara, ver las fracturas que se presentan entre ellos. Esto va posibilitando que las relaciones interpersonales se dejen de lado y terminen materializándose procesos de trabajo. Acá agradecemos un montón la participación del hospital porque sin ella hubiera sido mucho más difícil poder armar la red”.

Por su parte, el nivel local destaca el acompañamiento de **Redes**, que contribuye a dar jerarquía a la estrategia, “*le da más forma a esto que queríamos llevar adelante*”. Una de las cuestiones a fortalecer en este sentido es la presencia de otras áreas y programas del Ministerio provincial en el territorio.

Es interesante que, además del monitoreo que el Programa realiza de cada Nodo, se ha decidido desde la gestión provincial hacer una evaluación externa del proceso, a partir de estudios de caso, para evitar el condicionamiento que puede generar que quienes evalúen sean los mismos que están implementando la estrategia. Esta iniciativa está a cargo del Instituto Federal de Gobierno, dependiente de la Universidad Católica de Córdoba.

Dar respuesta a la demanda

A partir del espacio generado, los tres Nodos están implementando estrategias diversas para conseguir la articulación de los servicios.

En el caso del Nodo de **Traslasierra Norte**, se pueden destacar dos líneas de acción relacionadas entre sí. En primer lugar, se conformó en el Hospital Provincial Dr. Luis Bellodi (Mina Clavero), una “Unidad Metabólica” en el Servicio de Clínica Médica, con una médica especialista en nutrición y diabetes. *“Este consultorio atiende todo lo que es Enfermedades Crónicas No Transmisibles, mayoritariamente son diabéticos, hipertensos, obesos y dislipémicos”,* en articulación con el Procordia (Programa Provincial para la Diabetes). El objetivo es poder aumentar la cantidad de personas debidamente seguidas, ya que la demanda actual es menor a la esperada en términos epidemiológicos: *“la idea es que muchos de los diabéticos que no se atienden en el Hospital, pero que sí se atienden en los distintos dispensarios, estén bajo Programa, nominalizarlos y empezar a conformar una red de Referencia y Contrarreferencia”.* Para ello, desde el Nodo se decidió trabajar en el circuito de laboratorio descentralizado. Se articuló con la comuna para la definición de los centros *“más próximos a donde está o donde vive la gente, porque los departamentos son grandes, transformarlos en centros extractores con fechas organizadas”.* El Hospital será el encargado de trasladar y procesar las muestras. Para esto, **Redes** actualmente está proveyendo el equipamiento necesario para la automatización del laboratorio así como el vehículo. Si bien los procesos de compra suelen ser largos, demorando la implementación, en el caso del laboratorio ya está en la etapa final, pronto a iniciar la extracción descentralizada.

“La alegría de la gente de acá, del laboratorio, cuando hace muy poquito vimos que efectivamente empezaron a llegar los equipos, que van a ser propios del hospital. Eso va a dar la posibilidad de que instalemos el laboratorio y empecemos a dar respuesta a esa demanda que está ahí, expectante. No falta más que empezar a buscar las muestras en los distintos centros”.

El Nodo de **Traslasierra Sur**, por su parte, avanzó en la autoconvocatoria de las reuniones. Para ello armaron un grupo de *whatsapp* del que participan todos los secretarios y referentes de salud del Nodo (cuya cabecera es el Hospital Regional de Villa Dolores). Una de las primeras acciones realizadas fue analizar la disponibilidad de profesionales de la región para articular la atención, de modo que *“cuando tienen un pediatra en una comuna un día, no tengan la misma asistencia de especialidad básica en otra comuna, sino que se la puedan distribuir en diferentes días de la semana para así tener cubierta las especialidades básicas en toda la región. Y después tener acuerdos con el hospital para referir con formato de turno programado”.* Además, el Nodo de Traslasierra Sur está actualmente trabajando en la unificación salarial de los equipos de salud entre las diferentes localidades, para evitar la “fuga” de profesionales, garantizando así la equidad no solo entre los trabajadores sino también en los servicios a nivel intercomunal.



Por su parte, el Nodo de **Cruz del Eje-Minas** avanza más lentamente ya que es el más atravesado políticamente: participan legisladores provinciales, jefes comunales, intendentes, además de los equipos de salud. No obstante, ya han definido trabajar en el circuito de laboratorio. En una primera instancia, los equipos técnicos tendrán que elaborar una propuesta para la descentralización en los dos departamentos. Luego, las autoridades políticas definirán la viabilidad de la misma. **Redes** acompaña definiendo los tiempos y reuniones, así como brindando toda la información necesaria para la elaboración del proyecto.

Avanzar hacia los Concejos Regionales de Salud

Comenzar a pensar y armar los Nodos no fue fácil: *“Había que reunirlos a todos, empujarlos a todos y generar confianza con todos desde el proyecto y entre ellos”*. Una vez superadas estas barreras, desde el nivel local sostienen que:

“La experiencia es hoy por hoy la satisfacción y la alegría de que uno no se ha juntado en vano en todas estas reuniones que ha tenido (que han sido muchas). Nos hemos juntado, hemos solicitado y dado muestra de que la gente tiene ganas de laburar, de comprometerse, que no viene acá a charlar y tomar café, sino a ver qué puede aportar. Esto hace que la gente tenga mucha mejor accesibilidad al sistema público de salud”.

Desde **Redes** se entiende el propio rol como *“promotores de espacios de articulación”*, pero con herramientas concretas: *“no fue que nosotros llegamos un día y dijimos `bueno vamos a*

equipar todos sus centros y arréglensela como ustedes puedan', lo que hicimos fue justamente generar confianza, de encuentro, que ese espacio tomara decisiones, que esas decisiones estén empezando a materializar en cuestiones concretas".

"No es que fue un criterio de que cada uno pide lo suyo y cada uno pelea por lo suyo, sino que en este espacio de consenso cada uno fue viendo lo que podía pedir sin superponerse con el otro. Fue como un cambio de mentalidad, empezar a pensar que no están individualizados cada uno tratando de dar asistencia, sino que yo doy asistencia con otro porque tengo que necesariamente ser parte de una red asistencial".

Esta integralidad de la red se ve potenciada por los otros ejes estratégicos del proyecto provincial: la **comunicación** (materializado en la Diplomatura en Comunicación y Salud y en la promoción del uso de las radios comunitarias en los Nodos) y la **participación comunitaria** (acompañando las acciones que desarrollan los distintos efectores de la red con la comunidad). Asimismo, como a nivel provincial el Programa funciona como Remediar + Redes, se promueve la regionalización de la provisión de medicamentos (potenciando acciones como el clearing), como otra forma de generar un uso más eficiente de los recursos disponibles.

El desafío es ahora seguir avanzando en la formalización de los espacios construidos. El horizonte deseado y promovido desde **Redes** es poder asegurar la continuidad de los Nodos (más allá de las gestiones y/o programas de turno) a partir de la reglamentación de los Concejos Regionales de Salud. Para esto, se encuentran trabajando junto con legisladores provinciales en un proyecto que acompañe la descentralización política con descentralización financiera, de forma de asegurar que las acciones que se consensúan se lleven a cabo, garantizando así una atención integral y equitativa real de la población.



LA RIOJA (2013-2015)

21 CAPS capacitados en el marco de articulaciones entre el SNA y el PNA

Fortaleciendo los vínculos de la red para una mejor atención

Desde 2013 **Redes** contribuye a desarrollar en La Rioja un proceso de **capacitaciones destinadas a los equipos de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) para la detección y el manejo de personas con diabetes**. Las mismas están a cargo de especialistas del Hospital Regional Dr. Enrique Vera Barros y son realizadas contemplando el objetivo de reforzar las relaciones entre ambos niveles de atención.

A través de las capacitaciones se han desarrollado diferentes actividades destinadas al personal de los equipos de salud de los 21 efectores de PNA de la red del Área I (capital de la Provincia), con el propósito de generar competencias que permitan la resolución de gran parte de la atención de diabetes. De este modo se ha buscado impactar en la demanda del Hospital, reservando la atención en este nivel solo para aquellos casos que lo necesiten por su complejidad.

Jerarquizando el PNA

En La Rioja existían programas provinciales de diabetes y de hipertensión, pero a partir del 2012 se creó la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ese mismo año inició también el Proyecto de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud, del **Programa Redes**. A partir de ese momento se comenzó a trabajar articuladamente.

El punto de partida para la propuesta fue la gran demanda de atención de personas con diabetes en el Hospital Vera Barros. Se consideraba que esta sobrecarga se debía a la falta de herramientas de los equipos de salud de los efectores de PNA de la red para el abordaje de personas con esta enfermedad. *“Durante muchos años la atención estuvo ‘monopolizada’ por el consultorio de diabetología en el Hospital, lo que generaba colas y colas de pacientes”.*

“A partir de que los especialistas empezaron a concurrir a los centro de atención primaria a hacer consultorio y a capacitar, entonces ahí el primer nivel empezó a tomar contacto con problemas como el pie diabético, que antes se atendían solo en el hospital”.

En la búsqueda de una mejora de la situación, la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la provincia junto con el **Redes** se propusieron llevar adelante una serie de encuentros de capacitación para los equipos de los efectores de PNA de la red brindados por especialistas en diabetología del Hospital. Para que estos pudieran salir a recorrer los efectores de PNA se preparó primeramente a un equipo médico del Hospital, de modo que se pudiera continuar con la atención de la demanda correspondiente en ese nivel.

La implementación de esta estrategia de capacitación alcanzó a profesionales de 21 efectores de PNA de la red. Se escogieron 4 de ellos (norte, sur, este y oeste de la ciudad), de las áreas programáticas más importantes y de mayor cantidad de personas a cargo, para constituirse como referencia dentro del mismo nivel incluyendo además acciones asistenciales y preventivas.

Los centros elegidos fueron San José, Antártida Argentina, Faldeo del Velasco y San Vicente, que se constituyeron como los centros base a los que se pretendía llegar para que, en un segundo momento, se pudieran vincular los equipos que habían sido capacitados en otros centros de salud. La actividad llevada a cabo consistía en que el especialista acompañara a cada equipo de salud durante 2 o 3 meses, rotando inclusive entre los diferentes turnos para poder alcanzar a todo el personal.

Para el logro del objetivo, **Redes** y la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la provincia armaron en conjunto con los especialistas un cronograma de visitas del cirujano cardiovascular y del diabetólogo a los efectores de PNA. Durante estas jornadas se reunían coordinadores, médicos, enfermeros, agentes sanitarios y el resto del equipo de salud. Las capacitaciones brindadas incluían contenidos teóricos y prácticos, ya que durante las mismas se convocaban para ser atendidas a personas que ya contaran con un diagnóstico.

Los especialistas trabajaron con enfermeros y con agentes sanitarios, para brindarles pautas sobre el manejo de las personas con diabetes. El objetivo fue integrar a todo al equipo de salud y, sobre todo a los agentes sanitarios, por ser estos quienes hacen la búsqueda activa de la persona asignándole un turno programado, y por ser quienes conocen los modos de vida, las posibilidades de adherencia al tratamiento, la asistencia al centro de salud, las dificultades para cumplir con las pautas, etc.

Esta actividad actualmente es complementada por **Redes** a través de capacitaciones específicas sobre la implementación del modelo de cuidados crónicos, el uso de las Guías de Práctica

Clínica, la utilización de un fichero de personas con enfermedades crónicas, la puesta en práctica de la búsqueda activa, la atención mediante turnos programados y el resto de las herramientas promovidas para la atención del adulto.

El conjunto de acciones realizadas sirvió para reforzar las capacidades del PNA en el manejo de este tipo de problemas de salud. El objetivo de la propuesta fue que el efector de este nivel capte a las personas, las tenga a cargo de su área programática y las referencie al hospital solo cuando la complejidad lo requiera. Se buscó descentralizar la atención de la persona con diabetes del hospital e instalar la idea de que el efector de PNA también es capaz de manejar estos casos, haciendo foco en el tema de las competencias.

“Teníamos la convicción que el efector de PNA puede tener la competencia. Así fue que empezamos a trabajar desde ahí”.

“Ellos conocen a las personas diabéticas, saben cuántos diabéticos hay y dónde viven, pero no sabían cómo se manejaban, pero no por ignorancia sino porque el sistema estaba organizado así. ‘No, este paciente no lo mires porque es del Hospital’. Por eso la importancia de entender hasta dónde un efector de PNA tiene la capacidad de responder a estos casos, hasta dónde llega su prestación, su atributo y cuándo pasa al SNA”.



Mucho más que una capacitación

Lo que originalmente se planteó como una estrategia de capacitación luego, en el transcurso de su implementación, fue incorporando distintas aristas producto de la predisposición de los especialistas y de la buena recepción por parte de los equipos de salud. *“Empecé a hablar con los coordinadores de los centros y empecé a trabajar primero en capacitar a los médicos y estaba bueno, había médicos que continuaban, médicos que se quedaban. Entonces empezamos a capacitarlos en factores de riesgo y ahí comenzaba la historia: porque detrás de esto vienen los agentes sanitarios. Ahí le mostré a los agentes sanitarios que en realidad miraban pero no veían, o sea que la persona venía con todos los factores de riesgo y volvía a la casa con todos los factores de riesgo, pero con su problema de la gotita del ojo solucionada o con una gripe. Les propuse que salieran y midieran en la comunidad el riesgo de ser diabético: se juntaron datos de alrededor de 500 y pico de pacientes en los cuatro centros y se obtuvo un 40% de riesgo moderado, alto y muy alto”.*

La identificación de personas con diabetes que no sabían de su condición generó que de una estrategia de capacitación en atención primaria sobre diabetes para los médicos, se pasará a incluir a todo el equipo de salud. A partir de la voluntad de los integrantes de los equipos se capacitó a un médico para identificar los pacientes más complejos, y a otro referente para el manejo de un consultorio de prevención. A su vez se empezó a trabajar en planes de alimentación, actividad física y la generación de un banco de insulina para la persona que llega sin ella. En cuanto a la prevención, la intención fue ‘infiltrar’ gente en cada hogar con mejores hábitos para lograr un efecto multiplicador que logre llegar a las familias de cada barrio propiciando pautas más saludables.

Aún cuando la experiencia solo se sistematizó en relación a la cantidad de personas capacitadas, desde la UGJ se evalúa más que positivamente lo realizado.

“La recepción de los centros primarios fue excelente. Abrieron las puertas increíblemente para capacitarse en el manejo de la persona con diabetes. Yo estoy convencida que por una cuestión de costumbre, de que no han estado habituados al manejo de ese tipo de pacientes entonces se hacían atender en el hospital y no en el centro primario. Estaba muy centralizado el sistema en ese sentido. En cambio ahora sí, solo llegan al segundo nivel pacientes más complejizados. Se siguen haciendo interconsultas con el hospital pero mucho menos”.

La percepción general es que con el advenimiento de **Redes** se comenzó a pensar en el adulto. *“Nuestro sistema sanitario tenía la mirada muy puesta en la mamá y el niño y por fin desde los centros primarios comenzaron a cuidar más al adulto. Hubo un gran aprendizaje. A mí me parece que la Provincia logró, con Redes y con Crónicas, cambiar mucho el paradigma. Aportó muchísimo a los equipos y a la gente sobre todo”.*



Se hace camino al andar

Para poder llevar adelante la iniciativa hubo que superar algunos prejuicios. Uno de ellos era la idea de que la salida de los especialistas a los centros de salud iba a resentir la atención de la demanda en el Hospital. *“Al comienzo de la actividad había temor de que el Hospital quedara descubierto. Pero nunca ocurrió nada de eso. Se formó primero un equipo con enfermeros, generalistas, etc., lo que permitió que los especialistas pudieran concurrir a los efectores de PNA”.*

Otros aprendizajes fueron inesperados y se dieron como resultado del compromiso de los especialistas en el trabajo conjunto con los equipos de salud de los CAPS. Así, de una actividad centrada en lo asistencial y destinada a los profesionales médicos, se fue pasando gradualmente a un involucramiento de todo el equipo de salud con una orientación de las acciones con perspectiva preventiva y comunitaria. El objetivo ya no era solo el manejo de las personas con diabetes en el PNA, sino además el desarrollo de estrategias más eficaces para reducir el impacto de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas en la población general.

“Fui a capacitar para que el paciente que tiene diabetes se atienda en el centro de salud y no vaya al hospital, que este reciba sólo a los casos complejos. Pero de ahí me fui un paso más atrás: quiero llegar a que el paciente con riesgo no tenga diabetes; y ahí es donde perdí el objetivo mío que era capacitar al médico para que atienda al paciente, y que cuando lo atienda no lo derive,

salvo que lo necesite. Todo esto me llevo a ir a la comunidad, a ver qué se puede hacer para que no se enferme la persona y ahí me gustó más la idea. La asistencia la hago porque es necesaria y es lo que nos propusimos a hacer, y esto de la prevención, que empezó como una idea, resulta que ahora me está insumiendo más tiempo que la asistencia misma”.

“La presencia nuestra en los CAPS al principio despertaba hasta admiración. Pero después les demostrábamos que el trabajo es 50 y 50, que ellos hacen la otra parte y que es muy importante. Hay centros que tienen 15.000, 20.000 personas a cargo y los conocen, eso me gustó mucho, me estimula verlos; y los hechos son positivos porque yo después derivé pacientes y fueron recibidos y bien seguidos. Son pacientes del hospital que ya evaluamos que están estables”.

El principal punto pendiente de la experiencia es la sistematización y el monitoreo, en especial lo que tiene que ver con el objetivo central de la propuesta que era el manejo de las personas con diabetes en el PNA para descomprimir la demanda de atención en el hospital. Por otro lado, también resta evaluar otros aspectos, como la importancia que se le fue confiriendo a las acciones de prevención y, en este sentido, a la posibilidad de que estas sean cada vez más eficaces.

“Ahora lo que más nos interesa es la prevención. ¿Por qué a la gente le cuesta cumplir determinadas cosas? Vamos a tratar de recuperar por qué rebotamos, por qué nos estamos equivocando”.

“Nosotros le mandamos el plan como queremos que lo hagan y sabemos que es saludable, pero no sabemos por qué no lo hacen. No lo hacen, no caminan y vuelven a su vida habitual. Entonces implementamos una planilla para que el agente, cuando tiene un paciente de riesgo, pueda registrar ‘por qué sí lo hizo o por qué no lo hizo’ para que empecemos a ver y tener una referencia en cada centro”.



SAN LUIS (2012-2015)

5 actividades entre el PNA y el SNA

La Red de Cardiología en San Luis

Desde el Proyecto de **Redes**, iniciado en noviembre de 2012, la Provincia de San Luis identificó como uno de sus problemas prioritarios la **debilidad en la articulación de tareas entre los diferentes niveles de atención; como así también a la inexistencia de un sistema de registro de la Referencia y Contrarreferencia (R-CR); y a la ausencia de atención programada tanto en el primer nivel como en el segundo.**

A partir de este diagnóstico, el equipo provincial definió a la **integración de ambos niveles** como uno de sus objetivos prioritarios, su trabajo se fundó en el desarrollo de redes de servicios y mecanismos de coordinación asistencial para fortalecer este circuito en la red seleccionada, compuesta por 22 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y 5 hospitales. Con esta meta y con el antecedente de la Red Oftalmológica conformada en 2014, se trabajó en una nueva iniciativa: la Red de Cardiología.

“Todo empezó con algunos reclamos de los Centros”

La Red de Cardiología, creada junto con el Servicio de esa especialidad del Complejo Sanitario San Luis (Hospital San Luis), surgió a partir de la necesidad de aumentar la accesibilidad para el adecuado control de personas con enfermedades crónicas que asisten a los efectores del PNA, ya sea por derivaciones u otras cuestiones técnicas como lecturas de electrocardiogramas (ECG).

Con el fin de cumplir con los lineamientos básicos de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de RCVG y brindar calidad de control a las personas que tienen diabetes e hipertensión, el equipo provincial inició acciones para el apoyo a la realización de controles oftalmológicos anuales, ECG y otros estudios complementarios como *ecodopplers* en los efectores de PNA.

“El Programa Redes es el actor que dio el paso inicial para el proceso. Golpear la puerta, tomar la demanda, escuchar la atención primaria y con esa demanda ir al segundo nivel”.

Impulsados por el ejemplo del compromiso logrado con el Servicio de Oftalmología en el año 2014, se convocó al Servicio de Cardiología, médicos generalistas del PNA y autoridades responsables de enfermedades crónicas del Ministerio Provincial para atender los reclamos de los efectores del PNA que solicitaban turnos protegidos en el SNA para brindar acceso adecuado y oportuno al control cardiológico.

La puesta en marcha de la Red Oftalmológica para brindar turnos protegidos para el PNA implicó el otorgamiento de 15 turnos semanales en cada uno de los 5 hospitales de la red destinados a personas con patologías crónicas referenciadas por los 22 efectores de PNA, donde se lleva a cabo una valoración oftalmológica completa (fondo de ojo y agudeza visual). Para esto se debieron cumplir con algunos requisitos, como por ejemplo, que la persona se encuentre empadronada y clasificada según su riesgo cardiovascular, y que la R y posterior CR quedara debidamente registrada en la HC de la persona, en el efector del PNA.

“La idea con la que íbamos desde Redes era lograr el acuerdo por los turnos protegidos”

Las reuniones continuaron para dar inicio a acuerdos, en primera instancia de manera informal, adquiriendo luego mayor formalidad y logrando la firma de un acta compromiso que buscaba descentralizar la realización de ECG de las personas con enfermedades crónicas con el fin de brindar un control de calidad según normas de las GPC.

“En la reunión que se llevó a cabo por el Día Mundial del Riñón y la presentación de los números globales sobre la problemática renal, asistieron varios actores como el INCUCAI, los Directores del Hospital San Luis, de Laboratorio y Jefes de Centro del Área Programática. Se habló de la necesidad que tienen los CAPS de tener una accesibilidad al turno protegido para una consulta ya sea con traumatología, gastroenterología, nefrología, en todos los grupos etarios. Ahí quedó abierta la puerta con el Director y comenzaron las reuniones”.

El acta compromiso se firmó el 6 de marzo de 2015 en el marco del Proyecto Provincial de **Redes** y entre los referentes del Hospital de San Luis, el PNA, y el equipo de apoyo a la microgestión de **Redes**.

En este acuerdo, las tres partes definieron que:

- El Servicio de Cardiología del Hospital San Luis se comprometía a ceder un espacio, tanto físico como de horas de trabajo, para la lectura de un total de 20 ECG semanales; sin presencia del paciente simultáneamente. Se tendría en cuenta que la durabilidad del ECG es de 7 días corridos anteriores a la recepción, que serían los días viernes, entregando el informe al área programática los días lunes como documento de CR registrado en la Historia

Clínica. Los días lunes también continuarían reservados los turnos protegidos a los efectores del PNA y en caso de detectar situaciones emergentes se activaría una red de aviso de urgencia para convocar a la persona.

- El PNA se comprometía a realizar una entrevista estructurada sobre enfermedad cardiovascular y factores de riesgo y a completar la orden de derivación con nombre, apellido, DNI y diagnóstico de la persona a la que pertenecía la tira de ECG realizado por el enfermero debidamente capacitado. También a registrar la realización del estudio en la HC y en la ficha de R-CR de la persona como así su derivación oportuna en caso de que al momento de realizar el ECG se le detectara una situación emergente. Por último, derivar el estudio centralizado al área programática una vez por semana para que vaya al Servicio de Cardiología del Hospital San Luis.
- El equipo de apoyo a la microgestión se comprometía a fortalecer los espacios de trabajo conjunto en pos del tránsito de las personas por la red de salud. De esta manera se garantizaría la logística del circuito, por lo que personalmente se recogerían y entregarían los informes en aquellos efectores del PNA que no pudieran realizar esta gestión.

Paralelamente, con la capacitación de enfermeros en la lectura de electrocardiogramas se buscó descentralizar la prestación al PNA y generar espacios de reunión entre los niveles de atención. Luego de los acuerdos pactados, el Servicio solicitó replicar esta capacitación en otros lugares de la provincia, que no necesariamente fuesen efectores de **Redes**. De esta manera, el curso fue tomando renombre y lo comenzaron a demandar desde otros efectores del PNA de la provincia.

“El desafío es formalizar los espacios de reunión entre los niveles”

Actualmente se está trabajando en la implementación de un sistema informático para los turnos protegidos en los servicios de oftalmología, cardiología y nefrología. Para ello es necesario acordar la gestión de los turnos, por lo que se generaron reuniones con el área de informática y estadística del SNA. En los últimos meses se trabajó sobre un módulo que se encuentra dentro de la Historia Clínica Digital en el Sistema Provincial, lo que habilitará monitorear si los turnos generados son suficientes, evaluar la asistencia y, eventualmente, la CR.

Esta iniciativa contribuye al fortalecimiento de la red de salud, permitiendo a los actores de los distintos niveles conocer y reconocer el trabajo del otro, las condiciones en las que se desempeñan y las capacidades instaladas en cada nivel; como así también garantizar el tránsito por los distintos niveles brindando calidad de atención a la comunidad y promoviéndola en los centros de salud.

Restan como metas mejorar la comunicación, crear espacios de reunión entre responsables de los hospitales y programas, donde se puedan plantear problemáticas y posibles soluciones, así como también comenzar a pensar las herramientas que permitan evaluar y monitorear los procesos desencadenados a partir de estas experiencias, que posibilitarán medir resultados e implementar mejoras. El mayor desafío es que con el tiempo, se logre la apropiación de este circuito fortaleciendo el sistema de R-CR y permitiendo la consolidación de la red.



SANTA FE (2013-2015)

20 actividades entre el PNA y el SNA

Colectivos de gestión para la toma de decisiones en la red

En 2013 la provincia de Santa Fe se planteó como objetivo estratégico, a través del **Programa Redes**, propiciar la **adscripción de personas que padezcan Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) a la red provincial de servicios de salud para garantizar la integralidad del proceso de atención**, con base en la APS como estrategia organizadora del sistema de salud. Para ello seleccionó las regiones sanitarias de Santa Fe y Reconquista, conformadas por 223 efectores del Primer Nivel de Atención (PNA) y 46 hospitales. Entre las intervenciones propuestas para alcanzar este objetivo, se encuentra el **establecimiento de acuerdos entre los efectores para asegurar acceso oportuno y referenciado a interconsultas, estudios complementarios y prácticas que requieren las personas**.

Uno de los resultados de estos acuerdos fue la conformación de la **Red de Cardiología de la Subregión Norte**, de la Región Santa Fe. A continuación se presenta una descripción del proceso desarrollado para el armar la mencionada Red, haciendo hincapié en la metodología seleccionada para facilitar el acuerdo: los colegiados de gestión.

La regionalización, un proceso de reorganización territorial

A partir del 2008 la provincia de Santa Fe inició un proceso de reorganización territorial donde se conformaron 5 regiones sanitarias. En cada una de ellas se identificaron Nodos que constituyeron núcleos de articulación de capacidades, información y recursos, que se ubicaron físicamente en los principales centros urbanos. A su vez, cada región fue dirigida por un coordinador, y en su interior se distribuyeron subcoordinadores territoriales que abarcaron diferentes microrregiones.

“El ensayo que se viene sosteniendo para empoderar la toma de decisiones, tiene que ver justamente con poder relevar información y trabajar con los coordinadores territoriales en este espacio de gestión colegiado. La idea es poder tomar decisiones en función del recorrido territorial que tenga

cada uno de estos coordinadores y subcoordinadores, que en definitiva son los que están trabajando codo a codo con los equipos de los efectores de salud. Esa es la forma de trabajo que se viene sosteniendo desde el 2008 a esta parte, cuando se instalaron las regiones”.

Desde esta perspectiva se construyó la Red de Cardiología en la Subregión Norte, de la Región Santa Fe. Así fue como, en función del análisis de información (prevalencia de enfermedades cardiovasculares, magnitud de atenciones y recursos), en el año 2014 se priorizó trabajar con el armado de una red, “y fue la Subregión Norte de la Región de Santa Fe la que se encontraba más avanzada para comenzar”.

Un espacio de gestión colegiado

En principio, el proceso comenzó con un análisis de los recursos disponibles, al que la provincia denomina **recusero**. Este es un instrumento que permite recopilar información asociada a la cantidad de profesionales de salud, la disposición de sus horas de trabajo, su distribución en la red; el equipamiento, los insumos; y la infraestructura, entre otros aspectos. También permite ensamblar la dimensión del recurso con el proceso de la atención de enfermedades cardiovasculares. El acompañamiento que realizó el equipo provincial de **Redes**, en ese sentido, tuvo que ver con el hecho de aportar los datos necesarios desde los sistemas de información. *“Ahí empieza una discusión muy interesante puesta a consideración de cada uno de los actores que participan”.*

La modalidad de trabajo seleccionada para la discusión, es lo que la Provincia ha denominado como *colegiado de gestión*. Este es un espacio de análisis, discusión y elaboración participada de intervenciones, en respuesta a un problema o demanda particular, que se desarrolla en el marco de la región o subregión.

La Subregión Norte de la Región Santa Fe cuenta con 2 hospitales y 21 efectores de PNA. Ambos hospitales se encontraban, hace tiempo, en un proceso de refuncionalización hacia un perfil más general, sin embargo aun no lograban quitarse el sesgo: uno asociado a las enfermedades respiratorias (Hospital Dr. Gumersindo Sayago); y el otro, a la psiquiatría (Hospital Dr. Emilio Mira y López). Lo cierto es que, además de tener profesionales propios de estos perfiles, ambos efectores cuentan con recursos humanos que abordan otras patologías. En esta dirección, el análisis del recusero evidenció que entre los 2 hospitales sumaban 7 cardiólogos: una cantidad significativa, teniendo en cuenta que estos efectores del segundo nivel se encuentran a pocas cuadras de distancia. Esta situación disparó la discusión de cómo ofrecer a la red, los restantes 21 efectores de PNA, la disponibilidad de estos profesionales.

La contundencia que brindó la información inició la discusión al interior del colegiado de gestión en la subregión. *“Los especialistas siempre dicen que atienden lo más extremo y complejo. Pero cuando se contrasta esto con los datos del sistema información, la evidencia muestra que la mayoría de las consultas del cardiólogo, por ejemplo, son de hipertensión que podían perfectamente atenderse en el PNA. O empiezan a surgir interrogantes, como por ejemplo, si atiende tantas horas semanales y tiene un contrato de más horas, ¿qué hacemos con el resto de las horas?”.*

A partir del informe elaborado por el equipo de **Redes**, se realizaron varias reuniones con los coordinadores de la región y subregión, con los referentes de los efectores de salud (PNA y SNA), y con los cardiólogos. Luego de un año de trabajo en ese espacio, lograron como resultado la adscripción de los equipos de salud. Esto significó que a cada uno de los 7 cardiólogos se le asignara una cantidad determinada de efectores del PNA de esta microrregión (aproximadamente 4 por especialista), considerando la accesibilidad (medios de transporte público y distancia de los efectores). Luego los cardiólogos junto con los efectores del PNA evaluaron la población que necesitaba acceder a niveles de mayor complejidad y acordaron la cantidad de turnos protegidos y los días que le correspondían a cada efector. A partir de esta definición, el centro de salud del PNA se comunica directamente con el hospital para informarle los turnos tomados con los datos necesarios. En algunos casos, la reserva se realiza por teléfono y, en otros, por correo electrónico, *“hasta tanto no entre en funcionamiento la agenda de turnos centralizada”*, en la que están trabajando.



Cada uno de los que participó en el colegiado de gestión desempeñó un papel para alcanzar un acuerdo. *“Llevó todo un proceso de trabajo, de acuerdos y de sostener después esos acuerdos.”* En

este sentido, los coordinadores territoriales cumplen un rol fundamental, en tanto dirigen y facilitan todo el proceso de toma de decisión. Asimismo, registran los acuerdos entre las partes (cardiólogos y efectores PNA, en este caso) y monitorean su cumplimiento, apoyándose en el sistema de información provincial, el SICAP, que nuclea todas las consultas ambulatorias que se realizan en la red de efectores públicos. La Unidad de Gestión Jurisdiccional de **Redes**, por su parte, aporta datos procesados que posibilitan el análisis de situación y facilitan un debate informado entre los actores involucrados.

El reconocimiento entre los actores de la red

Uno de los resultados más positivos de este proceso, es que este tipo de experiencias constituye un espacio de reconocimiento entre los actores que conforman la red. Esto les permite comenzar a vincularse de una manera diferente para empezar a funcionar realmente como tal. A partir de información contundente que brinda el sistema de información y del intercambio de percepciones, se deshacen de los *“estigmas o de prejuicios entre equipos y se desvanecen gran parte de los bloqueos y barreras que tenían entre ellos”*. Esto facilita mucho el funcionamiento futuro de la misma.

En este caso particular, el PNA se sumó con mucha expectativa a la convocatoria, en tanto la propuesta de conformar una Red de Cardiología le solucionaba muchos inconvenientes, especialmente en el momento de tener que derivar a las personas.

“Contar con turno protegido, significa que el médico puede priorizar cual debe ir primero, segundo, o dejar para otro la semana que viene, en base a criterios clínicos. Esto es una solución y fue muy bien aceptada la propuesta”.

En principio, quienes más resistencia pusieron fueron los hospitales de mayor complejidad donde estaban concentrados la gran parte de los especialistas. Por ello, en los colegiados de gestión se trabajó fuertemente con los directores y su consejo de administración, para que a su vez ellos pudieran trabajar el cambio con los servicios.

“Ahora, en los grandes hospitales donde inicialmente era difícil plantear estos procesos, hoy se ve una apertura para trabajar e incorporar dentro de su agenda el PNA”.

Los coordinadores regionales, por su parte, lideraron la tarea de empezar a deconstruir todos los viejos procesos y creencias que están tan arraigados y naturalizados.

Los buenos resultados obtenidos en la subregión Norte dieron lugar a que en el año 2015 la provincia tomará la decisión de avanzar con la Red de Cardiología en toda la región de

Santa Fe. Esto amplió la discusión hacia la distribución de cardiólogos dentro de una red más extensa que constituye la región.

Para continuar fortaleciendo

En los encuentros que conllevó el colegiado de gestión, especialmente el SNA señalaba que no se contaba con información para la gestión. *“Nos decían que no teníamos datos, que en las provincias se gestiona en base a qué”*. Lo cierto es que los sistemas de información están fuertemente desarrollados e implementados en el PNA, pero recién ahora se comenzó a avanzar en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. La estructura hospitalaria presenta un gran desafío para la obtención de datos y se está avanzando en esa dirección.

Asimismo desde el área informática del Ministerio de Salud provincial se está desarrollando un módulo de agenda de turnos centralizada para incorporar al sistema de información provincial. Esto facilitará aún más la coordinación de agendas entre niveles de atención. También ayudará a que otras regiones avancen en la articulación de la derivación de personas al interior de la red.

Por último, desde el equipo de **Redes** se continúa trabajando para que los coordinadores, equipos de salud, y los distintos niveles de gestión, valoren y utilicen la información que existe para la toma de decisiones. Los equipos de salud pueden empezar a ver y analizar cómo circulan las personas por la red de servicios: *“es central que comprendan esta doble dimensión de la información que permite valorizar tanto la gestión clínica como el funcionamiento de la red de servicios”*. Así se puede realizar un seguimiento adecuado de las personas pero también brindarles a los niveles locales y centrales información para gestionar los recursos de manera más efectiva.



ENTRE RÍOS (2013-2015)

1700 turnos protegidos por trimestre

Mucho más que un sistema de información

En la localidad de Concordia se inició un proceso en 2013 que tuvo como protagonista principal al Hospital Masvernat. A partir de la adaptación de un *software* desarrollado previamente por el Área de Informática se agregó la posibilidad de organizar la adjudicación de turnos desde los efectores del Primer Nivel de Atención. Esto brinda la oportunidad de que las personas que asisten a estos centros y que, de acuerdo con la evaluación de un profesional de la salud, requieran de una consulta con un especialista del hospital, puedan obtener el turno desde el propio efector del PNA. La red informática alcanza a 25 centros de dependencia provincial y municipal.

Acuerdos y consensos

La idea nació en una de las primeras reuniones que promovió **Redes** en el Hospital Carrillo de Concordia, de la que participaron los jefes y directores de los centros de salud, la coordinación regional, y los directores de los hospitales. En esa reunión se planteó la necesidad de que los centros de salud (primeramente provinciales) accedieran, a los turnos programados para las especialidades del Segundo Nivel de Atención. El Área de Informática del Hospital Masvernat, que había asistido a la reunión, propuso crear una red de datos conectada con la institución para que a través del sistema se pudiera acceder a los turnos de las especialidades.

“El Masvernat es un hospital de referencia por ende abarca localidades y ciudades aledañas, periféricas. Muchas veces por una cuestión de distancia, de traslado, de no tener medios para moverse, el ciudadano común de los barrios alejados no podía acceder a sus turnos. El acceso se hacía a través del teléfono, lo cual implicaba que a la persona la atiendan, que la deriven con la parte de turnos y tener después la suerte que le den un turno”.

El proceso a través del sistema comienza con un profesional del PNA (generalista, clínico o pediatra) que solicita una derivación a un especialista del hospital. Luego se le otorga a la persona que consultó un formulario de Referencia y Contrarreferencia. Éste es entregado

luego a un administrativo del centro de salud, quien ingresa al sistema, y desde allí toma un turno sobre la base de una agenda de un mes de programación.

La disponibilidad de turnos con que cuentan los efectores en el sistema varía de acuerdo a si su dependencia es provincial, municipal o PAMI. A partir de los consensos alcanzados, y de lo establecido por el Director del hospital junto con el Director Médico, la distribución de la oferta de los turnos es reservada y protegida en un 45% para el hospital, un 20% corresponde a los centros de salud de dependencia municipal, otro 20% a los centros de salud de dependencia provincial y el 15% restante se le asigna a PAMI. La distribución de la oferta entre los efectores está sujeta a su evaluación de la demanda. En caso de que se observe una necesidad especial, se ajustan los porcentajes.

Actualmente la red de efectores conectados al sistema es de 8 centros de salud provinciales, 2 de los cuales se encuentran en las afueras en zonas rurales (Calabacilla y Los Charrúas), el Hospital de Chajarí (localidad del Departamento de Federación) y 17 centros de salud municipales. Desde la Dirección del hospital se promueve que la red de efectores conectados se siga expandiendo.

Cuando se comenzó con el proyecto “El Hospital más cerca de tu casa” se confeccionó un manual en el cual se establecieron y normatizaron los siguientes procedimientos: el uso del sistema, cómo debían actuar los profesionales en caso de ausencia, los porcentajes correspondientes a cada efector, la delegación de roles, cuáles son las especialidades que forman parte del proyecto, etc. El aporte de **Redes** en la elaboración de dicho material fue importante especialmente desde los aspectos médicos. Una vez finalizado el documento, fue repartido entre todos los jefes de servicio promoviendo su cumplimiento efectivo.

La puesta en marcha

En la concreción de la experiencia sus protagonistas reconocieron la existencia de aspectos facilitadores. El proyecto informático comenzó en el año 2012 y, desde el inicio, se tenía pensado avanzar sobre la Referencia y Contrarreferencia (R-CR) para complementar el trabajo con la Historia Clínica electrónica (proceso que ya implementaba el hospital). Por lo tanto, a partir de la asunción del compromiso, desde la Dirección se hizo el pedido al sector de informática para que continúe con el proyecto, con el objetivo de interconectar en la primera etapa a los centros de salud con el hospital.

“En Concordia, los centros de salud provinciales y la mayoría municipales también, tienen acceso a internet, entonces lo único que necesitábamos era operativizarlo porque después el hospital ya contaba con un servidor y con políticas de acceso hacia el mismo. El protocolo de comunicación

que se utilizó se llama VPN. De esta manera se pudo realizar como una gran Intranet en la cual el hospital funciona como centro de datos y los centros de salud son como estaciones de trabajo”.

Si bien estaba previsto lograr la interconexión entre el hospital y los centros de salud en un plazo de tres meses, gracias a que el primero ya tenía la estructura tecnológica para hacerlo, los tiempos finalmente fueron menores. A su vez, en los centros de salud, la recepción de la propuesta fue muy buena porque ofrecía la posibilidad a las personas de obtener un turno con el especialista directamente desde su barrio o desde el CAPS más cercano.

Un aspecto importante para la implementación del sistema fue la tarea de capacitación del personal. *“La informática no es algo con lo que todas las personas están familiarizadas, hay personas que en los centros de salud por primera vez se encuentran frente de una computadora y hay como un miedo real de ‘toco algo y rompo’, entonces hay una cuestión de trabajar otras cosas antes de ir directamente a operar con el sistema, como sacar un turno. Hay aspectos a pulir en el sistema, pero ayuda y mucho el poder tenerlo, de todos modos es un trabajo de hormiga la optimización del mismo tanto desde el aspecto técnico como logístico”.*



Fortalecer lo realizado

Dentro de los aspectos que aún restan por mejorar se encuentra el manejo conjunto entre el PNA y el SNA de las personas derivadas y la capacidad de dar respuesta a la demanda. En relación a la primera cuestión, desde el hospital señalan que *“por ahora cuesta que se trabaje de manera bidireccional. Una persona va a un centro de salud, lo ve un médico como*

primer contacto, decide que existe un problema que requiere consulta de especialidad, ejemplo un cardiólogo, y lo deriva al hospital. Esa persona ya viene del centro de salud con el turno (mediante un ticket impreso con la fecha programada), pero desde el momento que la ve el cardiólogo, ya pasa a ser paciente del hospital. Esa misma persona, en las consultas posteriores con el especialista, va a tomar turnos del porcentaje disponible para el hospital. Por eso nos reservamos el 45%. El hospital se hace cargo de la primer consulta derivada, pero después eso lo tenemos que reabsorber a nivel de turnos auto derivados”.

A su vez, se espera que otros efectores del segundo y tercer nivel de la región se incorporen a la red informática ya que, al poner a disposición sus recursos de especialistas, esto aumentaría la capacidad resolutive ofrecida. En la medida en que se sumen otros hospitales y se coordinen la red dejaría de funcionar unidireccionalmente, dejando de requerir desde todos los efectores al recurso médico de especialidades del hospital.

Otro aspecto pendiente es la incorporación efectiva del circuito de R-CR a través del sistema informático. Si bien, técnicamente, el mismo ofrece esta posibilidad, hoy en día se cumple en un porcentaje muy bajo (menos del 10%). Lo ideal sería que desde el centro de salud los profesionales referencien (en sistema y en papel) y luego contrarreferencien los especialistas desde el consultorio en el hospital. Esto no ocurre aún, debido a que muchos de los consultorios externos no cuentan con equipo informático.

De modo que, al beneficio de contar con una Historia Clínica electrónica, resta la posibilidad de reemplazar el formulario actual en papel de R-CR por una versión electrónica, como alternativa para lograr que se cumpla el proceso. *“Por poner un ejemplo, en el relevamiento que estamos haciendo, de un centro de salud tenemos 8 CR que han vuelto en 6 meses. Tomémoslo como media: sólo el 10% de la CR va a volver y creemos que si esto fuese electrónico se mejoraría muchísimo. Pero estamos viendo un aspecto (el vaso medio vacío) en cuanto a la R y la CR. Veamos el otro aspecto sumamente positivo que es el hecho que las personas del barrio Constitución, que es alejado del Masvernat, o de Calabacilla que es una zona rural, ya no se trasladan al hospital a pedir el turno del especialista. Además en estos centros de salud, de 9 referencias tomadas al azar, pudimos constatar que un 10% se Contrarreferencia: es bajísimo, pero es un 10% que antes no estaba”.*

En el mismo sentido, se está trabajando para que en los turnos tomados por los centros de salud siempre exista la derivación clínica y que se envíe la R en papel. Uno de los principales obstáculos está constituido por la dificultad para que la persona concurra al hospital con su R en el día y horario en que tiene cita el especialista y que, además, éste último pueda anotar la CR para que retorne al centro de salud cuando la persona vuelve a su médico o generalista. El funcionamiento de ese circuito es uno de los puntos que se están relevando en la actualidad.

La implementación del sistema es monitoreada a través de 5 indicadores, uno de ellos es la cantidad de turnos que se hicieron efectivos en el mes. En promedio, este indicador muestra que alrededor del 40% de las personas que tomaron un turno, finalmente no concurren a la consulta. La ausencia es un motivo de preocupación ya que anula la posibilidad de que otra persona pueda acceder a la prestación. Como alternativa se espera disminuir el porcentaje de inasistencia mediante la incorporación de un sistema de recordatorio de turnos a través de mensajes de texto. Esta iniciativa está pensada como una evolución de la propuesta, ya que no sólo funcionaría con el objetivo de disminuir el ausentismo a las consultas, sino además representaría la posibilidad de difundir información preventiva, recomendaciones a la población y hasta de manejar una oferta de turnos con 2 y hasta 3 meses de anticipación.



Sin embargo, más allá del sistema, aún quedan otros aspectos a seguir fortaleciendo. *“Hay cosas importantes como capacitar a los recursos humanos del centro de salud, no solamente en uso de sistemas sino también sobre los objetivos generales del **Programa de Redes**. Esto es, todo lo que tiene que ver con mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas y, sobre todo, con darle un valor agregado al sistema. Nosotros por ahí cuando vamos al centro de salud tratamos de que las personas que trabajan lo puedan ver, que lo que ellos hacen tiene un plus. Le están dando un valor a la persona. Están haciendo que la misma no venga a las 3 de la mañana al hospital, a la lotería de ‘conseguí el turno’ y me parece que eso es importante, que entre los centros lo reconozcan y así también hacen que la fortalezcan”.*

Mirando hacia adelante

Desde el Hospital Masvernat se reconoce el aporte de **Redes** para el desarrollo de la experiencia. Sus integrantes señalan que si bien desde la institución se pensaba trabajar la R-CR a nivel interno, la llegada del Programa contribuyó para que se formara esta red de datos con los centros de salud. De manera que se motorizó a estos actores que tenían ganas y compromiso dándoles visibilidad. Gracias a ello se pudo lograr que los centros de salud accedan a las especialidades.

“Por supuesto siempre falta y siempre queremos más, pero yo creo que se ha hecho muchísimo. A mí me pasa que por ahí escucho a las administrativas decir el agradecimiento que reciben de la gente. Y la gente lo ve. Les cuentan por ahí un poco más del reconocimiento de esto, de poder venir al hospital con su turno otorgado desde el PNA, de no tener que venir a las 3 de la mañana. O sea, venir directamente al turno con el especialista”.

La perspectiva del sistema es continuar expandiéndose, incorporando efectores. Esto implica para los centros de salud no sólo la posibilidad de tomar un turno, sino también acceder a la Historia Clínica de la persona en el hospital. De esta manera, cuando este vuelve al centro de salud, los profesionales pueden consultar todas las atenciones, los resultados de laboratorio, rayos X y prácticas que se le hayan realizado.



TUCUMÁN (2010-2015)

Más de 28.000 turnos protegidos

Reingeniería de procesos

La provincia de Tucumán se encuentra implementando el Proyecto de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud desde el año 2010. La creación de la **Oficina de Referencia y Contrarreferencia** (R-CR) surgió como una respuesta eficiente a la necesidad de tener **servicios interconectados que vehiculicen y faciliten el tránsito de las personas por la red de cuidados**.

“Pensar en redes de salud es trabajar el objetivo permanente de mejorar la calidad de vida de la población”

Dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud de Tucumán, el sistema de R-CR tiene como función ser el nexo que coordina las prestaciones de salud de los distintos efectores, garantizando el acceso de las personas a todos los niveles de atención según su problemática particular. Vincula los diferentes niveles que actúan de forma programada para dar una solución integral.

La Oficina de R-CR comenzó a funcionar desde el Sistema Provincial de Salud de Tucumán (SIPROSA) en el año 2008. Se promovieron cambios en los procesos de trabajo mediante estrategias de articulación e intercambios comunicacionales entre instituciones y se generaron acuerdos con distintas áreas.

Con el apoyo del Proyecto Provincial de **Redes**, más una fuerte decisión política, se creó en el año 2011 la Oficina Central de Referencia y Contrarreferencia ubicada en la Dirección General de Red de Servicios. La misma trabaja en coordinación con las áreas operativas y las oficinas propias de cada uno de los hospitales del Tercer Nivel de Atención.

Estas oficinas cuentan con personal administrativo y profesionales de la salud. Favorecen la comunicación entre servicios, la coordinación de prestaciones, equipos de salud y áreas que intervienen en un mismo proceso asistencial; asignan turnos; realizan la búsqueda de pacientes referidos desde los hospitales del TNA a los efectores de menor complejidad y se ocupan del seguimiento de aquellos que fueron dados de alta por patologías graves.

Rediseñando procesos

En el marco de descentralización de competencias y recursos, fueron definiendo estrategias que permitieran mejorar la atención de las personas. Agilizaron el acceso a los distintos servicios de salud mediante un sistema formal de asignación de turnos (programados y protegidos), el cual socializaron mediante reuniones interdisciplinarias y acciones de difusión intra y extramuros (entrega de material gráfico y *spots* publicitarios en tv y radio).

En cinco años lograron disminuir los tiempos de demora entre la gestión del turno y la asignación del mismo de 60 a 15 días, siendo la excepción especialidades consideradas críticas por su elevada demanda como neurología, traumatología y cirugía. De todas maneras, actualmente se están rediseñando los diferentes procesos de atención de las mismas, a fin de dar respuesta en menores tiempos según las necesidades.

Con un enfoque de trabajo orientado a la consecución de resultados, desde el efector del PNA se pueden gestionar los turnos para las diferentes especialidades y métodos complementarios de diagnóstico; definir si la persona necesita resolver su problema de salud en un hospital de mayor complejidad, o por el contrario lo puede hacer en el efector del PNA más cercano a su zona de residencia. La solicitud de turnos a través de la Oficina Central de Referencia se hace posible gracias a que gran parte de las agendas hospitalarias están disponibles para dar respuestas a las necesidades de la Red de Servicios.

Uno de los objetivos es que los equipos de salud del primer y segundo nivel conozcan cuáles son las prestaciones con las que cuentan en su área programática para dar respuesta a las necesidades de salud de su población destinataria. Se espera que sólo se referencien al TNA aquellas personas con patologías complejas que exceden la capacidad resolutoria de los otros niveles.

“Tenemos casi la mitad de las agendas hospitalarias asignadas a la oficina; pretendemos que sean utilizados los recursos que tenemos en la red y que cada uno trabaje con la complejidad que corresponde”.

Es así como desde la Dirección General de Red de Servicios, con el apoyo de **Redes**, se trabajó para lograr un aumento de la capacidad de resolución de los efectores. Se suministraron cartillas prestacionales y se capacitaron a los jefes de cada servicio y a los directores de áreas programáticas sobre el llenado del formulario de R-CR y su circuito intrahospitalario.

La Oficina de Referencia de cada hospital, en colaboración con el área de Archivo, prepara la Historia Clínica de la persona referenciada a través del circuito, para que esta, el día del turno, no incurra en filas de espera para su confirmación. De esta manera, la persona es atendida directamente por el especialista que le fuera designado.

“Con esta red fortalecida podemos garantizar la atención oportuna a los usuarios hasta el SNA y su pase al TNA cuando el caso o las condiciones así lo requieran”.

La solicitud de turnos se hace a través del Formulario de Referencia desde cada efector del PNA hacia la Oficina Central de Referencia. La recepción de los mismos se realiza de lunes a viernes en el horario de 7 a 13 hs. Todos los pacientes ambulatorios usuarios de los servicios públicos de salud son beneficiarios de estas acciones.

Los datos informados desde la Oficina de R-CR de la provincia demuestran un incremento constante en la asignación de turnos protegidos año tras año, lo cual refuerza la necesidad de informatización¹:

PERÍODO	2013	2014	Var1 %	2015	Var2 %
1#Q	1234	2021	+63,78%	3362	+66,35%
2#Q	2466	3157	+28,02%	5534	+75,29%
3#Q	2606	3460	+32,77%	s/d	s/d
Total	6306	8638	+36,98%	8896	

Nota:

Var1%: variación de turnos otorgados entre 2013 y 2014

Var2%: variación de turnos otorgados entre 2014 y 2015

Valor agregado

Desde el Programa de Atención Integral de Obesidad, que realiza tratamiento multidisciplinario de personas sin cobertura con sobrepeso/obesidad del sistema de salud provincial, y en el marco de la atención de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, se formó un equipo para la contención y el trabajo entre el hospital y la red de servicios de salud. Este cuenta con el aporte de un vehículo, para llegar con el equipo de especialistas a los domicilios de personas con obesidad mórbida que no pueden trasladarse y requieren de una primera asistencia, para luego continuar las acciones según el criterio propuesto por el equipo.

¹Datos registrados en mayores de 14 años desde 2013 a la fecha.



Gracias a la comunicación lograda entre servicios, la Oficina de R-CR toma conocimiento de estos casos a través del aviso vía mail del coordinador del Programa mencionado; mediante una llamada telefónica desde las diferentes áreas operativas, o a través del formulario de Referencia.

Superar la fragmentación del sistema de salud entre sus diferentes niveles de atención gracias al trabajo en red, es una prioridad toda vez que se deba dar respuestas en el contexto de equipos de salud integrados en una misión común, como es la de permitir que la población satisfaga y ejerza su derecho a la salud.

Conclusiones

Las experiencias presentadas dan cuenta de los avances programáticos, pero fundamentalmente de los aprendizajes invaluable de los gestores de las redes y de los equipos de salud, que sientan las bases para llevar a cabo procesos de reforma mayores, tanto desde los niveles micro hasta los más globales.

Uno de esos aprendizajes lo constituyen las estrategias desplegadas para levantar las barreras idiosincráticas propias de nuestro sistema de salud demostrando que existen otras formas de trabajo y de vínculos entre los equipos de salud, las personas y las comunidades. En muchos casos el puntapié inicial fue dado por situaciones insostenibles que reclamaban una respuesta inmediata, en otros casos por personalidades motivantes y comprometidas con los objetivos del proyecto de **Redes**; y en otros por la propia tracción del Programa. Independientemente de los orígenes de los nuevos procesos, es menester destacar que se demostró la existencia de estrategias alternativas que conducen a otras respuestas, más coordinadas y basadas en un conocimiento más integral de las personas.

La coordinación de las diversas modalidades de trabajo se realizó en distintos niveles, así como intersectorialmente: participaron otras áreas ministeriales, programas, municipios, etc. **Redes**, así, se presenta como un programa articulador por excelencia, ya que no es posible gestionar ninguna red sin la participación de sus miembros y de los actores intervinientes. Tampoco es plausible abordar el proceso de salud-enfermedad-atención, estructuralmente complejo, sin esta múltiple articulación.

Los resultados alcanzados dan cuenta, además, tanto de los esfuerzos realizados como de la experiencia adquirida por los equipos de trabajo territoriales en cuanto al uso de herramientas de planificación, de monitoreo, organizacionales, de coordinación de equipos y actividades en general, entre otras. Estas capacidades los posicionan como gestores con mayores habilidades para pensar a la salud desde la perspectiva del trabajo articulado.

Todos estos resultados cobran pleno sentido en tanto modifican y mejoran la vida cotidiana de la población. Conocer las pequeñas historias detrás de cada proceso evidencia la magnitud y la profundidad de los cambios generados.

Aprender y buscar las mejores alternativas en pos de un sistema de salud cada vez más equitativo, accesible, inclusivo y de calidad es la impronta que **Redes** le dio a cada una de sus líneas de trabajo. Es, en definitiva, transitar un camino que amplíe y garantice el derecho a la salud. Continuar en este camino es ahora el desafío.

