

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
**MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS
DE SALUD**

**FACTORES QUE FORTALECEN EL SISTEMA DE REDES
INTEGRADAS DE SALUD EN SUS TRES NIVELES, EN LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR**

MAESTRANDO

Dra. Marcela Alejandra Tripolone

LA RIOJA, JULIO DE 2016

**FACTORES QUE FORTALECEN EL SISTEMA DE REDES
INTEGRADAS DE SALUD EN SUS TRES NIVELES, EN LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO CARDIOVASCULAR**

MAESTRANDO: Marcela Alejandra Tripolone

TRIBUNAL DE TESIS

DEDICATORIA

A MIS HIJOS, POR SER MI FUENTE DE ENERGIA Y
A MIS PROFESORES, POR MOTIVARME.

AGRADECIMIENTOS

A mi Director de Tesis, Dr. Gabriel Acevedo, de la UNC., por la claridad en sus explicaciones y por su acompañamiento constante.

A la Licenciada Ana María Gordillo, por su asesoramiento.

A los docentes de la Maestría de Gerencia en Salud de la Cohorte 2012-2013 dictada en la provincia de La Rioja, por sus capacidades docentes y por generar inquietudes en los maestrandos.

Al personal de salud de Zona Sanitaria I de la provincia de La Rioja, por facilitarme información y tiempo para poder realizar la presente tesis.

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

ÍNDICE

	Pág.
I. Resumen	10.
II. Summary.....	11
III. Introducción.....	12.
III.1. Motivación y justificación de la investigación.....	12.
III. 2. Formulación del problema.....	12.
III.3. Objeto de estudio.....	13.
IV. Objetivos de la investigación.....	14.
V. Marco Teórico	16.
V.1. Reseña de la implementación del SRIS a nivel global.....	16.
V.2.Redefinición del concepto de salud y de los modelos de atención.....	17.
V.3.Estructura de los Servicios integrados de salud.....	22.
V.4.Implementación del sistema de redes en América Latina.....	26.
V.5. Implementación del Sistema de Redes en Argentina.....	35.
V.6. Implementación del sistema de Redes en La Rioja.....	65.
VI. Diseño Metodológico.....	87.
VI.1 Hipótesis.....	88.

VI.2 Tipo de estudio.....	88.
VI.2.a) Encuestas.....	88.
VI.2.b) Entrevistas.....	90.
VI.3. Recolección de datos.....	90.
VI.3.a) Recolección de datos de encuestas.....	90.
VI.3.b) Recolección de datos de entrevistas.....	91.
VI.4 Análisis de datos.....	94.
VI.4.a) Entrevistas.....	94.
VI.4.a) Encuestas.....	95.
VII. Resultados.....	100.
VII.1. Resultados de encuestas.....	100.
VII.2 Resultados de entrevistas.....	148.
VIII.Conclusiones.....	151.
Bibliografía.....	159.
Anexos.....	161.

I RESUMEN

Objetivos:

- Analizar el funcionamiento del Sistema de Redes Integradas de Salud en pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas de la Zona Sanitaria I de la provincia de la Rioja, en el año 2014.
- Detectar las debilidades y fortalezas del sistema, para optimizar su eficacia y eficiencia.
- Distinguir en qué nivel de la red se encuentran los obstáculos, para optimizar su funcionamiento.
- Identificar las etapas del sistema que funcionan bien, para reforzarlas.

Material y Método:

Tipo de estudio: Exploratorio cualitativo, Descriptivo – Explicativo. Se realizaron: revisión bibliográfica, entrevistas a mandos superiores e intermedios y encuestas al personal de salud de la Zona Sanitaria I de La Rioja.

Resultados: Las debilidades del sistema de redes integradas de salud en La Rioja son: falta de **comunicación** entre los niveles de atención, la **gobernanza** enclaustrada en la atención primaria, deficiente uso de la **referencia contra referencia**, así como del **seguimiento** del paciente en su proceso de salud enfermedad, la utilización de **protocolos** y la **capacitación** del personal. Las fortalezas son: inicio de áreas de **orientación al paciente**, intento de **informatización** de las historias clínicas y la **nominalización** de los pacientes.

REDES, SALUD INTEGRAL, REFERENCIA CONTRA REFERENCIA

II SUMMARY

Objetives: To analyze the operation of the System of Integrated Health Networks in cardiac patients or potentially cardiac patients of the health zone I of the province of La Rioja, in 2014, identify weaknesses and strengths of the system to optimize its effectiveness and efficiency, distinguish at what level of the network are obstacles to optimize their performance and identify which stages of the system work well to strengthen them.

Material and method:

Type of study: Qualitative Exploratory, Descriptive - Explicativo- in which literature review was conducted for this purpose interviews with upper and middle management and staff health surveys of I Health Zone of La Rioja were also conducted.

Results: the weaknesses of the system of integrated health networks in La Rioja are: **Miscommunication** between levels of care, **governance** cloistered in poor primary care use of **reference a counterreferral**, as well as monitoring the patient in the process of health disease, use of **protocols** and staff training start strengths **patient orientation** areas and attempt **computerization** of medical records and **patient nominalización**.

NETWORKS, HEALTH, INTEGRAL,

REFERENCED- COUNTERREFERRAL.

III. INTRODUCCIÓN

III.1 MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El motivo para llevar a cabo esta investigación surge como requisito para culminar los estudios en Gerencia y Administración en

Salud, y de la necesidad de indagar cómo está trabajando el sistema de redes integradas de salud pública en la provincia de La Rioja, el cual arroja una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, fundamentalmente las cardiovasculares.

La inquietud por el objeto de estudio elegido se origina de la observación diaria de la disfuncionalidad del sistema. La presente investigación pretende identificar la traba que impide la correcta aplicación del mismo. La finalidad es ofrecer un aporte constructivo a la red en nuestra área, Zona Sanitaria I, para brindar un acceso precoz al sistema, tanto en la prevención y el tratamiento oportunos de pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas; satisfacción de la demanda; disminución de la incidencia y secuelas y, por ende, ajustar los costos en salud para evitar duplicación de estudios y sobrecarga de algunos sectores del sistema.

III.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué factores facilitarían la aplicación y el funcionamiento del Sistema de Redes Integradas de Salud en pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas, en la provincia de La Rioja?

Los pacientes tienen derecho a recibir atención integral y continua que incluya prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación, a través del trabajo coordinado de todos los sectores o niveles de la salud.

Es imprescindible identificar el factor, sector, método o política de salud que produce la brecha entre la oferta del servicio en salud cardiovascular y la demanda del paciente y la patología, para optimizar los recursos y la RED, con el fin de prevenir, tratar y rehabilitar en dicha materia para ofrecer, con equidad e igualdad, servicios de calidad técnica y humana, con eficiencia, eficacia y efectividad, a los pacientes con riesgo cardiovascular desde su recepción integral, profesionales capacitados, diagnóstico, fluidez en caso de derivación a otro nivel de complejidad, tratamiento, tecnología apropiada, medicación, rehabilitación, seguimiento del paciente, continuidad, entre otros aspectos.

III.3. OBJETO DE ESTUDIO

Estudio de los factores pertinentes al funcionamiento eficaz, eficiente y equitativo del Sistema de Redes Integradas de Salud en pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas de la Zona Sanitaria I de la provincia de la Rioja, en el año 2014.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivo general**

Conocer el sistema de Redes Integradas de Salud para mantener, ajustar o modificar su funcionamiento y estrategia de evaluación en tanto sistema de salud de la provincia de La Rioja.

- **Objetivos específicos**

- a) Analizar las debilidades y fortalezas del Sistema de Redes Integradas de Salud en la provincia de La Rioja para su eficacia y eficiencia.
- b) Distinguir en qué nivel/es de la red se encuentran los obstáculos, para optimizar su funcionamiento.
- c) Identificar las etapas del sistema que funcionan correctamente, para reforzarlas.

IV.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- a) ¿Por qué el modelo teórico de redes integrales de salud no se logra implementar adecuadamente?
- b) ¿La falla en la implementación se encuentra en la gobernanza del sistema?
- c) ¿Por qué las redes integradas de salud son disfuncionales en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares?
- d) ¿Por qué los tres niveles de atención actúan como compartimentos estancos?
- e) ¿La comunicación es fluida entre las instituciones que componen la red?
- f) ¿Funcionan la referencia y contra referencia?

V. MARCO TEÓRICO

V.1. RESEÑA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE REDES INTEGRADAS DE SALUD A NIVEL GLOBAL

Con el transcurso de los años, el proceso de salud - enfermedad ha ido cambiando, así como el perfil epidemiológico de la población y las múltiples concepciones al respecto.

En los últimos 50 años, la mortalidad pasó del 20 por mil al 9 por mil, lo que implica un aumento de la expectativa de vida. A su vez, las causas de muerte por patologías crónicas, encabezadas por las cardiovascular/es, desplazaron a la mortalidad por patologías agudas.

En 2012, las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo. Las principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neuropatías crónicas.

Las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y relacionadas con la nutrición causaron en conjunto un 23% de las muertes en el mundo, y los traumatismos, un 9%. Estos datos se manifestaron sobre todo en los países desarrollados y en los en vías de desarrollo. Esto no ocurre en los países de bajos ingresos donde aún predomina la causa de muerte por patologías agudas.

En 2012, las enfermedades cardiovasculares fueron la causa de casi 17,5 millones de muertes en el mundo-3 de cada 10 de éstas, 7,4 millones fueron por cardiopatía isquémica, y 6,7 millones por accidentes cerebrovascular.

.....

V.2. REDEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN

Los cambios demográficos y de los determinantes de la salud, como el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y las comorbilidades; el aumento de la expectativa de vida de los ciudadanos, estilos de vida poco saludables, violencia, accidentes y problemas mentales, exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud.

Definición de salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" ¹. Aunque algunos autores están comenzando a proponer que se amplíe la definición al avance de las enfermedades crónicas, adosándoles la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la comunidad.

El modelo de atención de la salud pública estaba orientado a los servicios de atención de agudos; centrado en la enfermedad con una visión fragmentada en el individuo aislado del medio ambiente, con recursos destinados a la tecnología y especialidades hospitalarias.

Esto lleva a: falta de acceso a los servicios y de congruencia de los mismos con las necesidades de salud de los pacientes con enfermedades crónicas, pérdida de la continuidad de la atención, demanda reprimida, largas listas de espera, derivaciones tardías,

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad, con baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles y baja satisfacción de los ciudadanos.

Lo descripto llevó a la necesidad de reorientar el modelo de atención hacia una visión integral del individuo y su comunidad focalizada en el 1° Nivel de Atención y en el trabajo intersectorial.

La fragmentación del modelo de atención es lo que motiva su cambio, que se manifiesta en: falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los estudios, infraestructura instalada-ociosa en algunos sectores-, sobrecarga en los hospitales de agudo debido a la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada. Se elude así la consulta ambulatoria, admisión de pacientes en los hospitales, cuyos casos pueden resolverse en forma ambulatoria, lo que lleva muchas veces a la prolongación innecesaria de la estadía en los hospitales.

La debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria deriva en problemas de cantidad, calidad y distribución de los recursos, como las prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación internacionales que promueven y financian programas verticales, ocasionando mayor fragmentación del sistema.

Los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, condición urbana o rural, lo que llevó a un fenómeno de segregación poblacional sin posibilidad del ejercicio del derecho a la salud.

Todo esto motivó que las organizaciones internacionales evaluaran mecanismos para dar solución a estas problemáticas de las cuales surgieron las Redes Integradas de los Servicios de Salud.

El 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de la Salud, se aportaron nuevos comentarios que proponen un marco conceptual y operativo para entender las RISS, las cuales presentan instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas y proponen una “hoja de ruta” para implementarlas en los países de América Latina.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como:

“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y, que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.²

No requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.

Optimizar la accesibilidad del sistema al reducir la fragmentación del cuidado asistencial y mejorar la eficiencia global evita la duplicación de estudios, disminuye los costos de producción y responde mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

² OPS mayo2010 documento Redes integradas de salud. Concepto, hoja de ruta y opciones de políticas para su implementación en América Latina. Serie la renovación de la atención primaria de la Salud en América Latina N°4 Washington.

Se propone un primer nivel de atención multidisciplinario que cubra a toda la población y sirva como puerta de entrada al sistema que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad, lo que facilitaría la intervención en los determinantes sociales de la salud y permitiría elaborar diagnósticos de la situación de salud de la población y de su medio ambiente, en particular de los grupos más vulnerables, con el objetivo de generar una base de datos capaz de ser actualizada y que facilite la planificación y la elaboración de proyecciones futuras sobre las necesidades, demandas y ofertas de servicios para esa población. Exige amplia participación de sus actores y efectores bajo una gobernanza única que se ocupe del alcance de los objetivos de la Red; éstas deben rendir cuentas tanto de sus resultados clínicos como económicos.

Los mandatos globales y regionales que propician el desarrollo de modelos de atención más equitativos e integrales fueron inspirados por la Declaración de Alma-Ata, la cual sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS), “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia , conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados”³; ratificado por los Estados Miembros de OPS en el año 2005 como parte del proceso de renovación de la APS en las Américas. El artículo III de la Declaración de Montevideo, dice:

³ Conferencia de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre atención primaria_de 1978 capítulo VII punto N°6

[...]“los modelos de atención de salud deben fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención” [...].⁴

En junio de 2007, La Agenda de Salud para las Américas, señala: “Fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos” ⁵

En julio del mismo año, el Consenso de Iquique, afirma: “la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales”.⁶

La Asamblea Mundial de Salud de OMS aprobó la Resolución WHA62.12 sobre APS, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de salud. Señala:

“[...]a situar al individuo como elemento central de la prestación de la atención de salud adoptando, según proceda, modelos de prestación centrados en los niveles locales y distritales que proporcionen servicios integrales de atención primaria de salud, incluidos la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados paliativos, integrados y coordinados en función con las necesidades, asegurando, al mismo tiempo, que los sistemas de envío de casos sean eficaces”⁷.

⁴ OPS en el año 2005. La renovación de la atención primaria en América Latina Declaración de Montevideo, artículo III.

⁵ Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 **párrafo 49**.

⁶ Consenso de Iquique Chile Julio 2007 en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, párrafo 6. Secretaría General _ Iberoamericana I Cumbre ' Secretaria-Geral ... www.redeblh.fiocruz.br/media/consensoiquique.pdf.

⁷ 63.ª Asamblea mundial de la salud Resolución WHA62.12 sobre APS, 1,3 apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf

Lo que indica que se deberían prestar servicios de atención primaria integrales, incluyendo promoción de conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas la salud, prevención de enfermedad, cuidados curativos y paliativos, que están integrados con los otros niveles de atención y coordinados de acuerdo con necesidades específicas; al mismo tiempo que aseguren una referencia efectiva al cuidado secundario y terciario.

La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.”⁸

V.3. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD

Modelo asistencial

Debe definir y nominar la población (personas mayores de 6 años con cobertura pública exclusiva), territorio a cargo, tener amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud; determinar la oferta de servicios de salud y una red de establecimientos de salud que presten servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; que integre los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas con atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y diversidad de la población.

⁸ OMS Informe sobre la salud en el mundo, capítulo VII párrafo 4
www.who.int/whr/2003/chapter7/es

Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubra toda la población y sirva como puerta de entrada al sistema, integre y coordine la atención para satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población con prestaciones de servicios especializados que se ofrezcan en entornos extra hospitalarios; asegurar la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el proceso de salud, desarrollar vínculos profundos con los individuos, las familias y la comunidad, facilitando la participación y la acción intersectorial. Debe, además, desempeñar el rol de coordinar los servicios y el flujo de información a través de toda la red, sin importar dónde se ubica el sitio o el nivel de atención.

.

Gobernanza y estrategia

La gobernanza de las RISS requiere la presencia de miembros con gran dedicación y preparación específica. Las responsabilidades incluyen la organización, definición de la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; así como coordinar a los diferentes órganos de las entidades que la componen, donde la participación social puede tener distintos niveles de expresión.

Es su función, también, asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo mediante el monitoreo y la evaluación de los resultados y procesos, así como normalizar las funciones clínicas y administrativas.

Alinear la cooperación internacional, buscando el desarrollo de las RISS, la integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas dentro del sistema de salud.

Organización y gestión

La asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica por medio de esquemas de atención ambulatoria, hospital de día, cuidados en el hogar y de enfermería, creación de centros ambulatorios de especialidad y, por otra parte, reestructuración de los hospitales que lo requieran. Modelos de co-provisión de servicios a través de guías de práctica clínica y protocolos de atención.

Asignación de recursos

Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad considerando sus dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales a lo largo de toda su vida. La colaboración intersectorial requiere valores compartidos entre los sectores que la integran y la participación de éstos en consejos consultivos, comités y grupos de trabajo.

El personal multidisciplinario de salud debe moverse a través de toda la red de servicios, tales como hogares, escuelas, lugares de trabajo; así como los especialistas pueden proveer servicios de salud en distintos niveles de atención, con gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico, recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

Realización de historia clínica electrónica

Es intención de la red lograr la informatización de la atención primaria: *especializada, hospitalaria y domiciliaria*, donde cada paciente tenga un identificador común y único, así como la utilización de términos, definiciones de estándares con una base de datos accesible para todos los miembros de la red, donde se registren los datos clínicos, estadísticos y administrativos (tipo de afiliación, costos, sexo edad, etc.), preservando la confidencialidad de la historia clínica del paciente.

Es, además, un instrumento de ayuda para la toma de decisiones, por ejemplo, para evaluar los circuitos de derivación más próximos al domicilio del paciente y donde se le brinde lo que necesite, con mayor eficiencia y eficacia.

El sistema de información permite la elaboración de objetivos estratégicos y actualización diaria de los datos sobre: actividad asistencial, consumo de recursos, estado económico; calcular indicadores y determinantes de la salud, la demanda y utilización de los servicios, la trayectoria del paciente, independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica y la satisfacción de los usuarios.

La Gestión Basada en Resultados (GBR) y la asignación de incentivos

Es una estrategia por la cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios claramente definidos, monitoreados y evaluados alcancen los resultados propuestos a través de rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS, tales como: prestadores, gestores, aseguradoras y decisores políticos. Mediante la implementación de un sistema de incentivos y rendición de cuentas

se busca promover la integración de la red como un todo; para ello el sistema de asignación de recursos debe permitir que se responsabilice a cada unidad operativa de flexibilidad, en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y transferencia de la capacidad de compra de las unidades operativas.

El desarrollo de RISS no es de fácil implementación debido a que la mayoría de los sistemas no pueden dismantelar totalmente sus estructuras y reemplazarlas de forma inmediata por nuevas estructuras compatibles, por lo tanto, los esfuerzos de reestructuración deben comenzar desde las estructuras ya existentes.

Para el cambio paulatino del paradigma en sistema de salud es imprescindible el financiamiento adecuado y la asignación de incentivos alineados con las metas de la red.

Los mecanismos utilizados para la gestión basada en resultados deberán estar respaldados por políticas públicas que impulsen las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un marco jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible.

V.4. IMPLEMENTACION DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD EN LATINOAMERICA

Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socio-económicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. Las RISS deben disponer

de todos los niveles de atención: proveer servicios electivos y de urgencia, proporcionar cuidados agudos de largo plazo y paliativos en situaciones en que los gestores de servicios de salud no cuentan con todos los niveles de atención ni con todos los servicios necesarios. La materialización de este atributo se puede lograr mediante la integración virtual con proveedores de distinta naturaleza ya sean públicos o privados.

Se pretende integrar entre sí los programas focalizados en enfermedades, riesgos, en poblaciones específicas, tanto en los servicios de salud personales y de salud pública.

Las principales barreras en la implementación de las RISS, según los estudios realizados por las entidades internacionales, son:

- 1) Modelo de atención centrada en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria
- 2) Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- 3) Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- 4) Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud.
- 5) Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios.
- 6) Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración.
- 7) Trabas jurídicas y administrativas.
- 8) Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

V.4.a).LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Esfuerzos de integración de servicios de salud en países de América Latina y el Caribe.

- *BOLIVIA*

“El Modelo se plantea desde una perspectiva social e integral que parte de un enfoque que prioriza: La salud, como un derecho humano fundamental y de obligación suprema del Estado.

La salud declarada como una Política Central del Estado, por tanto, la organización y responsabilidad es del Estado a través del Ministerio de Salud, los Servicios Departamentales y los Municipios. La identificación y transformación de los determinantes de salud-enfermedad. Visión científica e integral, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la reparación y rehabilitación de la enfermedad. El modelo de atención tiene como característica principal el asumir la atención en salud independientemente de su nivel de complejidad y, organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar continuidad de la atención, hasta la resolución de los problemas”.

- *BRASIL*

“Se torna necesaria la garantía de la accesibilidad al sistema de atención básica, principalmente con la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia, para promover el acceso e

integración entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Para reducir los problemas de fragmentación, es necesario trabajar en los siguientes puntos: mejorar el financiamiento de la salud para, en lo mínimo, 10% del PIB, formación de gestores calificados para la salud, mejorar el nivel de información y trabajar la falta de continuidad de las políticas públicas, con la implementación de un Plan Nacional de Acción que busque impulsar las redes integradas de servicios de salud.”

- CHILE

“La formación del Servicio Nacional de Salud, luego con la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud y actualmente, con la Reforma de Salud, que promueve la gestión de redes a través del Consejo Integrador de las redes asistenciales.”

- *EL SALVADOR*

Ley de creación del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo Establecer un modelo de organización de los establecimientos de salud de los miembros del sistema en redes funcionales para la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de calidad, equidad y continuidad.

- *GUATEMALA*

Modelo coordinado de Atención en Salud cuyo objetivo es Ejecutar un modelo de atención integral entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación del Paquete de Servicios Básicos en los departamentos de Escuintla y Sacatepéquez. Esta experiencia duró solamente hasta el año 2003.

- *MÉXICO*

Iniciativa: Integración funcional del Sistema de Salud.

Objetivo: Propiciar la convergencia de los servicios de salud y la portabilidad del seguro de salud entre distintas instituciones del sector, tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

- *COSTA RICA*

Cada nivel cumple su rol en cuanto a la recuperación de la salud, pero ésta es un producto social que se asienta en el primer nivel de atención, concebida bajo los principios de la seguridad social y son proveídos por la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la red pública de Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), áreas de salud y hospitales (periféricos, regionales, nacionales generales y especializados).

- *PERÚ*

Iniciativa: Lineamientos para la conformación de redes.

Objetivo: Promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.

- *REPÚBLICA DOMINICANA*

“En el año 2005 se definió la “Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reforma en Salud”, concebida como un instrumento de coordinación de las acciones relevantes que las diferentes instituciones del sector salud debían poner en marcha para avanzar en el proceso de reforma. La agenda plantea cuatro grandes propósitos en relación con la reforma sanitaria:

- 1- Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, con base en las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública.
- 2- Organización y estructuración de las Redes Regionales de Servicios Públicos de Salud.
- 3- Acceso equitativo a medicamentos de calidad.
- 4- Garantía de aseguramiento para toda la población, con énfasis en los más pobres.”

- *PARAGUAY*

Definieron estructuras de gestión, correspondientes a los territorios que forman parte de la Red, dependientes, en su conjunto, de las Direcciones Regionales de Salud con una perspectiva integrada de las instancias de gestión de la Red, lo que constituye la expresión operativa del cambio en la atención de salud y es, a la vez, instrumento para universalizar prestaciones integrales de salud.

- *URUGUAY*

Iniciativa: Sistema Nacional Integrado de Salud.

Objetivo: Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz,

tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.

- *VENEZUELA*

Iniciativa: Red de Salud del distrito metropolitano de Caracas.

Objetivo: Reorientar el modelo de atención basado en las necesidades de calidad de vida y salud de la población, dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando universalidad y equidad. Integrado de Salud creación XLVI

- *COLOMBIA*

“ En el marco del Programa de Modernización y Reorganización de Redes, del Ministerio de la Protección Social, varios departamentos y el Distrito Capital han realizado estudios orientados a la reorganización de la red pública hospitalaria, en los cuales, basándose en la ubicación geográfica de las instituciones de salud existentes en el departamento, se generan unas redes para referencia y contra-referencia de pacientes para la atención a la población pobre no asegurada y la población subsidiada, contratada por las Empresas Sociales del Estado (ESE). Estas propuestas distan mucho del concepto de Redes Integradas, no cumplen con los atributos esenciales de las RISS”.⁹

⁹ Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile – Catalogación Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011. cap 5 pag. 203-263.

La OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar de servicios de salud integrales:

[...] “La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.¹⁰

El concepto de continuidad de la atención se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como:

[...] “el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”.¹¹

La caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son importantes cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población y, por consiguiente, en la demanda de los servicios de salud.

El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las patologías crónicas y de la comorbilidad que desafía la capacidad de respuesta de los servicios actuales. El aumento de la prevalencia de

10

¹¹SERIE La Renovación de la Atención N Redes Integradas de Servicios de Salud Primaria de Salud N°4 en las Washington, D.C.: OPS, © 2010 capítulo 2 párrafo 3
FUENTE: Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R.

enfermedades crónicas requiere, además, una mayor integración entre el cuidado del primer nivel de atención y el de las especialidades. Algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Las RISS facilitarían el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención y a otros más complejos cuando fueran requeridos; evitarían la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejorarían los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente y facilitarían la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.

“Un ejemplo claro de buenos resultados de sistemas integrados de servicios de salud lo constituye la comparación de Redes integradas en California y el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS). Entre los sorprendentes resultados del estudio, la comparación demostró lo siguiente: “i) los miembros de KP tuvieron unos servicios del primer nivel de atención más convenientes y completos y un acceso más rápido a servicios especializados e ingresos hospitalarios que el NHS británico; ii) las tasas de hospitalización aguda ajustada a la edad en KP son un tercio de las del NHS para condiciones tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirugía de cadera y accidente cardiovascular, mientras que el rendimiento general del sistema es mejor; y iii) KP consigue estos resultados a través de un uso más eficiente de los hospitales, la integración de sus servicios de salud y la utilización óptima de los sistemas de información”.¹²

Las RISS se basan en proyectos provinciales y nacionales enfocados en las problemáticas extraídas del diagnóstico de situación, con el objetivo de alcanzar el mejor desarrollo de los atributos de las redes

¹² SERIE La Renovación de la Atención N Redes Integradas de Servicios de Salud Primaria de Salud N°4 en las Washington, D.C.: OPS, © 2010 capítulo 3 pag 39.

en las poblaciones a cargo, tanto a nivel local como nacional, debido a que en el extenso territorio nacional (y aun en las mismas provincias) hay problemáticas y realidades muy dispares, por ello, cada una puede adaptar instrumentos diferentes y otros comunes para alcanzar los objetivos estratégicos, para los cuales en nuestro país se realizaron capacitaciones en *nominalización* de la población, capacitaciones para los CAPS, *guías clínicas* para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías prevalentes. *Formularios de empadronamiento*, de factores de riesgo de preclasificación y de clasificación, tabla de riesgo cardiovascular global, formularios de seguimiento para los cuales se dictan capacitaciones para su implementación.

Políticas de Salud como el Plan Federal Salud 2010- 2016 es fortalecer los procesos de planificación sanitaria, asegurando la participación del sistema sanitario en la formulación de políticas y posicionando las prioridades sanitarias de la comunidad.

V.5. IMPLEMENTACION DE LAS REDES INTEGRADAS DE SALUD EN LA ARGENTINA

Operativa de Remediar más redes.

El Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL) se financia parcialmente con el Préstamo Banco Interamericano de Desarrollo BID N° 1903 – OC/AR. Su objetivo es definir y reglamentar las partes correspondientes del Programa y la articulación entre ellas.

Objetivos: fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud en las provincias argentinas, como parte del proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria de

la Salud (EAPS), con el fin último de contribuir a mejorar el estado de salud de la población; desarrollar un modelo de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas cuyos resultados sanitarios constituyan medidas concretas y objetivas de la mejora del funcionamiento de las redes provinciales, programas de gestión de suministros y formación de los recursos humanos de salud orientados a la promoción y prevención; fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud Nacional y los Ministerios de Salud Provinciales (MSP), implantando un sistema de monitoreo y evaluación (SME) de gestión por resultados del funcionamiento de las redes de APS.

Este Programa se concentrará en impulsar los objetivos que resulten de los consensos alcanzados entre la nación y las provincias en torno a la construcción de un modelo sanitario integrado, basado en la implementación de redes de salud y a la EAPS para asegurar la accesibilidad de la población más vulnerable del país a los servicios de salud y garantizar la continuidad del proceso de atención. Para ello se otorgará asistencia técnica y financiera a:

a) *proyectos provinciales* orientados a la consolidación de las redes de salud y asistencia técnica para la formulación e implementación de los referidos proyectos provinciales de consolidación de redes;

c) *la provisión de insumos y recursos*, a través de la adecuación y consolidación de las acciones desarrolladas por el Programa Remediar, la implementación de programas de desarrollo de recursos humanos y un fondo de incentivos a ser distribuido en función de la captación, nominalización y seguimiento de personas con Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2) con Riesgo cardiovascular Global (RCVG) moderado y alto; como también del cumplimiento de indicadores de gestión de redes y metas del propio proyecto;

- d) *el desarrollo de herramientas de planificación* y la implementación de un sistema de monitoreo y evaluación de gestión por resultados;
- e) *actividades de capacitación* en gestión de redes, gestión sanitaria y esquemas terapéuticos, y
- f) *otras actividades* destinadas a la articulación y coordinación de acciones destinadas al fortalecimiento de las redes de salud, actividades de participación comunitaria.

Se espera que cada provincia, sobre la base del diagnóstico inicial, defina la combinación de actividades más pertinentes para la consolidación de sus redes.

Se elaborarán, convalidarán, difundirán y supervisarán en terreno los instrumentos de gestión de las enfermedades crónicas priorizadas.

Las acciones a desarrollar y los resultados a alcanzar por cada Proyecto Provincial se formalizarán a través de *compromisos de gestión anuales entre la nación y la provincia*. Estos compromisos vincularán las transferencias de recursos a los resultados constatados. Para que la provincia reciba estos incentivos, será requisito que la población cubierta por las redes seleccionadas represente al menos el 30 % de la población provincial que sólo cuenta con cobertura pública de salud. Los recursos desembolsados deberán ser utilizados exclusivamente en:

- a) asistencia técnica;
- b) capacitación del personal en operación en las redes de salud;

- c) otorgamiento de incentivos al personal de las redes seleccionadas, el cual no podrá exceder el 50% de los fondos recibidos en el marco del proyecto durante cada año calendario;
- d) mejora de los sistemas de información y seguimiento;
- e) logística, en términos del propio diseño, organización e implementación del sistema o bien en aspectos específicos relacionados con la capacidad de acopio y distribución de insumos, transporte, intercomunicación, etc.;
- f) infraestructura (obras menores de rehabilitación, mantenimiento de edificios y equipos),
- g) provisión de equipamiento;
- h) desarrollo de acciones extramuros, de prevención de enfermedades y de promoción de la salud.

La correcta aplicación de estos recursos y el grado de avance de los Proyectos Provinciales será verificada por el MSAL y por la Auditoría Externa contratada por el Programa. Los resultados de estos controles condicionarán los montos anuales disponibles para incentivos y/o la continuidad del financiamiento de dichos proyectos; provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud, Programa Remediar, desarrollo de Recursos Humanos, planificación, información, monitoreo y evaluación del programa.

El costo estimado de este Programa es el equivalente de U\$S 287.5 millones, que será financiado mediante un aporte local equivalente a U\$S 57.5 millones y un préstamo del BID de U\$S 230 millones. El aporte local estará a cargo íntegramente del gobierno nacional, sin compromiso de repago para las jurisdicciones participantes.

El Plazo de Ejecución de este programa de inversión será de 5 años.

En cuanto a la ejecución, el prestatario será la República Argentina. El Organismo Ejecutor del Programa será el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios (SPPS) del Organismo Ejecutor.

La Unidad de Financiamiento Internacional de Salud tiene la misión de coordinar los diferentes aportes externos y orientar sus desarrollos acorde con las políticas y estrategias establecidas por el MSAL. Asimismo, tiene entre sus objetivos, coordinar el portafolio de proyectos con financiamiento externo del sector salud para alcanzar mayor eficacia.

La SPPS, además de sus direcciones de línea, posee dentro de su estructura, unidades ejecutoras de los programas que cuentan con financiamiento externo, como el Plan Nacer y el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública financiados por el Banco Mundial; el Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud financiado por la Unión Europea, y los Programas Remediar y Médicos Comunitarios que son actualmente financiados por el BID en el marco del PROAPS (Contrato de Préstamo 1193/OC-AR) y cuyas estructuras serán integradas a la estructura del FEAPS.

En las provincias se constituirá una Unidad de Gestión Provincial (UGP).

En cuanto a la instrumentación legal de la ejecución del Programa, se apoya en las redes de los servicios públicos de salud, las cuales son administradas por las provincias y/o municipios. La ejecución del Programa será a través de Convenios Marco y Compromisos de Gestión Anuales. Una vez firmado el Convenio Marco, las provincias deberán designar un representante del área de salud de su Gobierno, quien será el responsable, a nivel provincial, de la ejecución del Programa y deberá constituir una Unidad de Gestión Provincial.

Otras instituciones intervinientes: Consejo Federal de Salud, Comisión de Formulario de Medicamentos de Remediar, Universidades, sociedades científicas e instituciones especializadas, organizaciones de la sociedad civil.

Estructura organizativa para la ejecución (UEC)

Contará con dos gerencias departamentales que serán las responsables de la ejecución de los componentes: Gerencia Departamental de Proyectos Provinciales y Gerencia Departamental de Planificación y Gestión de Medicamentos y opera en el ámbito de la SPPS.

Director Nacional del Programa y sus responsabilidades primarias

Establecer prioridades de acción, aprobar la programación de actividades y los esquemas operativos de conducción, coordinación, ejecución y evaluación de los distintos componentes y subcomponentes, aprobar los manuales de operación y de procedimientos relacionados con la ejecución, los balances y el presupuesto general del programa, así como responsabilizarse de su cumplimiento. Representar al programa ante el Ministerio de Economía, representar al Gobierno Nacional ante los Gobiernos Provinciales.

Otras instituciones intervinientes

Consejo Federal de Salud, Comisión de Formulario de Medicamentos de Remediar, universidades, sociedades científicas e instituciones especializadas y las organizaciones de la sociedad civil.

Podrán participar del componente todas aquellas provincias que deseen establecer proyectos provinciales de FRS de acuerdo con las normas del Programa. Las Provincias que deseen ser elegibles deberán cumplir con los siguientes requisitos: haber suscripto el Convenio Marco en forma conjunta con la nación y una vez elegida, designar un representante del área de salud de su gobierno, que integrará la UGP y será el responsable, a nivel provincial, de la ejecución. Cada provincia será asistida técnicamente y supervisada por la UEC. Definirá las redes de salud priorizadas, las cuales deberán representar al menos el 30% de la población provincial mayor de seis años de edad que sólo cuenta con cobertura pública de salud. Seleccionará el equipo de asistencia técnica provincial para la elaboración del Diagnóstico de Redes de Salud seleccionadas y el correspondiente proyecto para su fortalecimiento que deberá ser girado a la UEC, para su aprobación. Abrirá una cuenta del proyecto provincial de FRS, la cual deberá ser notificada a la UEC.

Elaborará un Proyecto Provincial de FRS, será enviado a la UEC para la aprobación por parte del Director Nacional. Una vez aprobado, la provincia estará en condiciones de dar comienzo a las tareas de Empadronamiento, Clasificación, y Seguimiento de pacientes con DBT2 y/o HTA con RCVG moderado o grave. Los mencionados proyectos deberán contener la información detallada en el instructivo correspondiente.

Acordará y suscribirá con la nación, *compromisos de gestión anuales* orientados a la ejecución de los Proyectos Provinciales de FRS, delimitando el ámbito de acción a nivel de red. En caso de corresponder redes de dependencia local, firmará convenios de adhesión y gestión con los municipios intervinientes.

Las provincias elegidas recibirán de la nación los beneficios del programa, para lo siguiente:

a) Asistencia técnica para la elaboración del diagnóstico de redes de salud; diseño e implementación del proyecto provincial de FRS, desarrollo de sistemas de información e instrumentos de planificación, monitoreo y evaluación.

b) Capacitación a través del desarrollo de talleres:

- Talleres de capacitación para la gestión de redes.
- Capacitación en gestión sanitaria orientada al desarrollo de capacidades para la organización y conducción de redes de salud.
- Capacitación y actualización en lineamientos terapéuticos vigentes.
- Inversión en equipamiento para la implementación del proyecto provincial de FRS.

Respecto a los anticipos, la UEC fijará anualmente el monto, a efectos de facilitar la ejecución de las actividades requeridas para el proyecto provincial. Se prevén desembolsos iniciales de un 10% del monto máximo por jurisdicción, previa aprobación del respectivo proyecto provincial y firma del *compromiso de gestión anual* tiene como objetivo financiar las acciones iniciales de implementación de los proyectos provinciales. La devolución del mismo será deducida a partir de la tercera transferencia y durante el plazo de un año, descontándose por cuatrimestre el 33% del adelanto. El mencionado plazo de un año podría extenderse en caso de resultar el descuento superior a la transferencia generada en el cuatrimestre. El incentivo global asignado a cada provincia será desembolsado cuatrimestralmente en función al cumplimiento progresivo de las metas establecidas en el *compromiso de gestión anual*.

El fondo de incentivos se distribuirá en forma primaria entre las jurisdicciones en función de la población con cobertura pública exclusiva de salud, de acuerdo con datos del INDEC, Encuesta Permanente de Hogares y Áreas Técnicas del MSAL.

Si una provincia presenta pocos avances limitados, la nación podrá dar por terminados los efectos surgidos de los documentos base firmados de común acuerdo. Los recursos no utilizados pasarán a integrar el fondo de distribución secundaria, que será asignado de forma proporcional a las jurisdicciones que estén cumpliendo con las metas comprometidas y tengan interés de ampliarlas.

El monto máximo de las transferencias por incentivos será distribuido de la siguiente manera:

- a) incentivo por empadronamiento, representará el 20% del total de los fondos a ser transferidos;
- b) incentivo por clasificación según riesgo de los pacientes, 40% del total de recursos a ser transferidos para incentivar la categorización del RCVG de la población empadronada, el contacto de los de mayor riesgo con un esquema o protocolo de cuidados que estandariza los procedimientos y hace más homogénea la calidad de la atención.
- c) incentivo por seguimiento adecuado; representará otro 40%, buscando la adhesión de los pacientes a los esquemas de cuidados definidos y su seguimiento por parte del servicio de salud.

Cuadro de incentivos

La Provincia informará cuatrimestralmente a la UEC sobre la evolución de cada una de las metas. Esta información será auditada en forma periódica en sus aspectos médico, operativo y financiero. El resultado de estas auditorías podrá determinar recortes en las transferencias, así como penalidades, tal como se detalla en el *compromiso de gestión anual*, relacionados con evaluación del proceso de empadronamiento y de emisión de los listados correspondientes; revisión de la consistencia y pertinencia del procedimiento de cruce de bases de datos de padrones para constatar

el registro legal de identificación de las personas empadronadas, y evaluación de su pertinencia al grupo objetivo del programa; validación del mecanismo de registro y monitoreo de los indicadores y seguimiento de los pacientes. Incluirá además la supervisión en terreno de los instrumentos de gestión de las enfermedades crónicas, tales como la ficha de registro de datos clínicos y metabólicos y/o la historia clínica de cada paciente.

Normas para acceder a las transferencias cuatrimestrales por incentivos

La UGP debe enviar a la UEC, dentro de los 40 primeros días posteriores al cierre del cuatrimestre, la información con el contenido y formato que se detalla en el *compromiso de gestión anual*.

Las Transferencias por incentivos con sus eventuales deducciones, serán giradas por la Nación a la cuenta habilitada por la Provincia, dentro de los 45 días posteriores a que la UEC reciba la documentación requerida en el presente RO y *compromiso de gestión*.

Los procesos condicionantes de las transferencias, llevados a cabo por la UGP serán supervisados y auditados por la UEC, en forma directa y a través de la auditoría externa:

- a) controles sobre el cumplimiento de los proyectos provinciales de FRS aprobados;

- b) controles sobre la administración de las cuentas del proyecto provincial de FRS;

- c) controles sobre la gestión de padrones de beneficiarios inscriptos, clasificados y seguidos, y

d) controles sobre el cumplimiento de planes que integran el *compromiso de gestión*.

Certificación de gasto en salud

Dentro de los 60 días corridos desde la terminación de un año fiscal, la Provincia deberá informar a la UEC el gasto de la Provincia presupuestado y ejecutado por todo concepto, debidamente certificado por el contador general de la provincia o autoridad equivalente.

Reportes de Indicadores

Los reportes de cumplimiento de metas de indicadores deberán ser generados por la UGP.

Empadronamiento

El procedimiento de empadronamiento consiste en la identificación e inscripción de la población elegible del Programa (mayores de 6 años con cobertura pública exclusiva) tanto en CAPS como en hospitales públicos.

Cada provincia definirá el Plan de Acción del proyecto provincial y deberá procurar alcanzar, a través de actividades extramuros y de empadronamiento activo, a la población elegible que habitualmente no concurre a los centros de salud. Para favorecer la nominalización, la provincia recibirá de la UEC información relacionada con la distribución por sexo y grupos etarios, indicativa con cobertura pública exclusiva, y podrá reforzar aquellos tramos etarios que por sus

características tienen un mayor riesgo de padecer alguna de las patologías crónicas, por ejemplo, mayores de 50 años.

A los efectos de su inclusión en los padrones del proyecto provincial de FRS, podrán considerarse los beneficiarios de otros programas nacionales, provinciales o municipales, siempre que cuenten con cobertura pública exclusiva y que se haya completado la información requerida por el proyecto provincial de FRS para el empadronamiento.

La UEC emitirá la normativa correspondiente a los efectos de la inclusión de los beneficiarios.

Clasificación de pacientes según RCVG

Todos aquellos beneficiarios que en las preguntas referidas a los datos de riesgos relevados en el formulario de empadronamiento obtuvieron un puntaje equivalente de 4 o más, se considerarán beneficiarios inscriptos pre-seleccionados para ser clasificados por RCVG y determinación de HTA y DMT2.

El contacto de dicho beneficiario con el efector del primer nivel al cual fue asignado es a través de los agentes sanitarios; constituye el elemento nodal de la clasificación. Seguimiento de aquellos beneficiarios nominalizados, que hubieran sido diagnosticados hipertensos o diabéticos y clasificados con RCVG moderado o alto, constituirán el padrón. Asimismo, la población de la red con HTA o DBTM2, que ya se encuentre bajo programa provincial o municipal de DBT y/o de HTA, podrá ser incluida en la clasificación de RCVG aún si el resultado de dicha clasificación de RCVG fuera leve, dado que ya están bajo tratamiento y sus parámetros clínicos se encuentran controlados. Es condición para esta población, así como para el resto de los clasificados, que el seguimiento de sus cuadros clínicos sea efectuado desde el primer nivel de atención con constancia en los

registros clínicos de ese nivel. La no presentación de dicho padrón en el lapso estipulado implicará la renuncia por parte de la provincia a solicitar financiamiento vinculado con los programas mencionados.

El conjunto mínimo de intervenciones del programa deberá constar en una ficha de seguimiento acorde con la *historia clínica* o equivalente, según normativa vigente de la provincia, la cual se iniciará con la clasificación del beneficiario.

Provisión de insumos estratégicos

Se inicia con la firma del convenio marco entre la nación y la provincia. Hasta tanto sea suscripto por las partes, se prevé la continuidad en las entregas de los botiquines a través del PROAPS. El objetivo es asegurar el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales y consulta médica en el PNA. Los criterios de asignación de medicamentos entre provincias y entre centros de salud de una provincia serán establecidos por el nivel central y aprobados por el COFESA. La provincia deberá disponer de los recursos de contrapartida necesarios para la correcta ejecución del subcomponente, garantizando la gratuidad en el acceso a los medicamentos.

Una vez suscripto el convenio marco, la provincia designará un representante del área de salud de su gobierno (responsable provincial), que integrará la UGP y será el responsable a nivel provincial. Actuará como nexo entre la provincia y la nación y tendrá la responsabilidad de que los CAPS cumplan con las normas de responsabilidad profesional provinciales y federales vigentes en materia de prescripción y dispensa de medicamentos.

Deberá: gestionar qué directores y/o responsables de los CAPS remitan en tiempo y forma, los formularios o registros que éste estipule

para integrarlos al SIP; promover y colaborar en las actividades de comunicación, difusión y monitoreo; organizar y llevar a cabo acciones de capacitación y concientización, así como promover y difundir la incorporación de la CEPS-AP en los CAPS; participar de los encuentros provinciales como representante de la provincia.

Será su responsabilidad elaborar y presentar semestralmente un informe de estimación de necesidades orientado a complementar el suministro de medicamentos entre nación y provincia, que contenga el disponible de medicamentos a nivel provincial; el nivel de stock existente en los CAPS bajo Programa; la previsión de consumo de los CAPS según la demanda proyectada que pudieran resultar del análisis de base epidemiológica (investigaciones y estudios desarrollados ad hoc); los diagnósticos de situación provinciales y municipales y los requerimientos que resulten de la implementación de los proyectos provinciales de FRS. Asegurar la calidad de los registros por parte de los profesionales a su cargo y promover la firma de *compromisos de gestión anuales* entre la nación y las provincias, orientados a complementar el suministro de medicamentos.

Criterios de elegibilidad

- a) ser CAPS, priorizando los situados en zonas de mayor pobreza, a partir de la información relevada en las provincias con Reglamento Operativo – REMEDIAR +REDES;
- b) realizar un promedio de consultas mensuales de 300 o más;
- c) ofrecer por lo menos 16 horas semanales de atención médica y 6 horas semanales de enfermería profesional o auxiliar;
- d) contar con un depósito seguro y confiable donde guardar la mercadería entregada por el programa;

e) no cobrar, bajo ningún concepto, la atención en el CAPS ni los medicamentos.

Las excepciones previstas a los criterios de elegibilidad para servicios públicos de salud contemplan los siguientes requisitos y categorías:

a) hospitales de baja complejidad y unidades sanitarias móviles de atención ambulatoria cuya actividad principal y predominante sea la atención primaria de la salud a población en condiciones de pobreza y que no existan CAPS sin internación en la zona de influencia. Deben disponer de una solicitud escrita de la autoridad provincial. Las unidades de atención móviles deben contar con un efector público con domicilio fijo de referencia que se identifique como la base de operaciones del móvil o "centro de referencia" y actúe como receptor y custodia de la mercadería y poseer atención médica profesional;

b) servicios penitenciarios: deben disponer de una solicitud escrita de la autoridad correspondiente, poseer atención médica profesional, cumplir con los criterios de depósito, conservación y gratuidad de los medicamentos e insumos provistos por el programa, y

c) secretarías de bienestar o extensión universitaria: deben brindar atención médica de nivel primario exclusivamente y gratuita a la población objetivo del programa, que tenga calidad de alumno regular.

La auditoría externa verificará el cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los efectores de salud que reciben medicamentos.

Sistema de suministro

Entregará el botiquín únicamente al personal autorizado por la provincia a prestar conformidad e informado a la UEC y asentará el acto en un remito.

La UEC brindará asistencia técnica a las provincias para realizar y supervisar los procedimientos de redistribución (clearing) de medicamentos e insumos entre los CAPS o lugares autorizados ad hoc, con el objetivo de optimizar el uso de los recursos.

Asimismo, la UEC podrá asistirlos técnicamente si fuese necesario proceder a la destrucción de los medicamentos e insumos no aptos para consumo. No obstante, la responsabilidad por esta operatoria corresponde exclusivamente a las provincias.

La ejecución del componente de formación de RRHH

Una vez firmado el convenio marco entre nación y provincia, suscripto el mismo, la provincia designará un representante del área de salud de su Gobierno, que integrará la UGP y será el responsable a nivel provincial. Tiene por objetivo reorientar y reforzar la formación de los recursos humanos de salud hacia la EAPS capacitando a los integrantes del equipo de salud de los CAPS para intervenir en las comunidades, con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Terapéutica racional en atención primaria de la salud

Se formará y capacitará en *Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud* (TRAPS) a los profesionales médicos que se desempeñen en los CAPS y efectores de las redes priorizadas. Se estructurará en tres módulos independientes, cada uno de los cuales desarrollará temas prevalentes en APS.

Los cursos se desarrollarán preferentemente mediante la modalidad semipresencial y se adaptarán a las diferentes realidades provinciales. Se incluirán actividades tutoriales bajo distintas

modalidades, acorde con las características del grupo de becarios. El Programa elaborará y distribuirá el material bibliográfico pertinente y se creará un cuerpo científico-pedagógico denominado Comité de Expertos, conformado por representantes de universidades. La conformación y coordinación estará a cargo de la UEC.

Para el dictado del curso se convocará a las Facultades de Medicina agrupadas en la Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina (AFACIMERA) y la UBA; se realizará un Convenio con las unidades académicas que adhieran. Se asignará a cada provincia un número de vacantes que representará aproximadamente el 10% del total de profesionales que se desempeñan en efectores Remediar + Redes. En caso de que resultara excesiva la inscripción en una zona determinada y ocurriera lo contrario en otras, se reasignarán las becas a aquellas provincias. El programa remitirá a la Facultad el listado de becarios preinscriptos en la convocatoria realizada y asignados a esa unidad. La Facultad será la encargada de realizar la inscripción definitiva y remitir al programa el listado de los becarios. El número mínimo para abrir un grupo es de 12 (doce) becarios y el mínimo para sostener un grupo es de 7 (siete); por debajo de ese número, desde la UEC se considerará el cierre de la cursada. Los becarios que cumplan con los requisitos de regularidad y hayan aprobado la evaluación final obtendrán la certificación por parte de la Facultad.

Costos

a) fijos

El programa financia los costos becario/mes. Para el cálculo del monto dinerario a transferir por las becas, se tendrán en cuenta tanto los costos fijos como los variables en que la facultad debe incurrir para el normal desarrollo de la cursada. Un director del programa por cada universidad durante los meses de cursado, docentes facilitadores, un

docente cada 30 becarios, serán los responsables del dictado de la capacitación presencial y de la tutoría a distancia y administrativos, encargados de la gestión administrativa y organizativa de los cursos.

Gastos operativos son los destinados al normal funcionamiento del curso: alquiler de aulas, medios audiovisuales, gastos de mantenimiento del soporte para las tutorías remotas (campus virtual).

b) variables

En cuanto a viáticos, el monto será fijado por el Director Nacional del programa en base a un porcentaje de los montos establecidos para sus consultores, así como pasajes y gestión administrativa que se obtiene calculando el 10 (diez) % de la suma de todos los ítems anteriores.

El MSAL transferirá los fondos por becario. Para ello, la universidad deberá contar con una cuenta bancaria especial destinada a dicho propósito. Al inicio del curso se hará la primera transferencia por el monto total de lo calculado del costo por alumno inscripto.

La facultad realizará la rendición de los fondos en tiempo y forma, conforme a los mecanismos requeridos desde el nivel central. La transferencia número cuatro estará sujeta al envío por parte de la universidad de la planilla en la que se informará la asistencia más el resultado de la evaluación final realizada por los alumnos.

Capacitación sobre cuidado de medicamentos

Se efectuará un curso de capacitación sobre cuidado de medicamentos al personal encargado de entregarlos que se desempeña en los CAPS; almacenamiento, cuidado, distribución y fármaco vigilancia, así como consejos para adherencia a los

tratamientos de acuerdo con las características propias de cada provincia.

Programa médicos comunitarios

El objetivo es el fortalecimiento de los recursos humanos del primer nivel de atención, con el fin de contribuir a la implementación de la EAPS como aporte a la atención integral. El programa posee tres etapas:

Etapa I: Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Promueve la cooperación entre el equipo de salud y la comunidad en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dentro y fuera del Centro de Salud. Destinado a profesionales del equipo de salud del PNA que se desempeñan en Centros de Salud o en Centros de Integración Comunitaria (CIC).

La modalidad es teórico-práctica y en servicio. Realizarán trabajos integradores anuales y un trabajo integrador final. Se estructura en 10 módulos que se cursan a lo largo de 10 bimestres.

Las actividades presenciales son dictadas por universidades, dos encuentros por módulo; se debe cumplir un total de 404 horas reloj.

Para el dictado del curso, el programa será distribuido desde el nivel central. Todos los profesionales participantes recibirán una beca de formación. Los becarios que cumplan con los requisitos de regularidad y hayan aprobado el examen final, obtendrán la certificación por parte de la facultad.

Etapa II: Posgrado en Metodología de la Investigación aplicada a la Salud Social y Comunitaria.

Los becarios que hayan finalizado el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, haciendo eje en la adquisición de herramientas de

investigación que permiten profundizar el conocimiento de Reglamento Operativo – REMEDIAR +REDES para dar respuesta a la problemática concreta de salud situadas en comunidades atendidas por el primer nivel de atención, tendrán la posibilidad de diseñar proyectos y estrategias de intervención para algunos problemas de salud priorizados.

La modalidad de formación es teórico-práctica y en servicio, con tutorías en terreno, evaluaciones al finalizar cada módulo y un trabajo integrador final. Consta de 5 módulos que se cursan a lo largo de 5 bimestres hasta llegar a un total de 168 horas reloj (dos encuentros por módulo). El material impreso con los contenidos es provisto por el nivel central. Todos los profesionales participantes reciben una beca de formación. Los alumnos que aprueben el proyecto final recibirán el título otorgado por la Universidad.

Etapa III: Curso de Formación en Salud Social y Comunitaria.

Continúa la formación de las dos etapas previas y se incorporan los integrantes de los equipos de salud que no cumplen funciones profesionales (agentes sanitarios, promotores de salud, auxiliares de enfermería y administrativos). La modalidad es teórico-práctica y en servicio e incluye material impreso de autoaprendizaje, clases presenciales y tutorías en terreno. El material impreso con los contenidos es provisto, como en los otros casos, por el nivel central.

Está compuesto por 6 módulos a lo largo de 6 bimestres, con un total de 220 horas y evaluación de cada módulo, en la que se valorarán las actividades realizadas por el becario durante la cursada, así como su participación. El alumno deberá cumplir con el 75 % de asistencia en las actividades presenciales de cada módulo.

Capacitación operativa en terreno

Se realizarán las acciones necesarias para prestar asistencia técnica y operativa en terreno a los efectos de garantizar el correcto desenvolvimiento de los mecanismos de redistribución (clearing) de medicamentos e insumos entre efectores, de los procedimientos delineados por las áreas pertinentes para el tratamiento de los medicamentos no aptos para su uso y del fortalecimiento de las acciones de fármaco vigilancia. En coordinación con los responsables provinciales y con las distintas instancias se realizarán las acciones para garantizar la utilización de la CEPS-AP, el adecuado registro del CMDB y otros instrumentos que hagan a la operatoria del programa, así como el correcto registro de datos primarios por parte de los efectores de Remediar y redes priorizadas por los proyectos provinciales de FRS. Entre las actividades previstas se incluyen la coordinación del diseño gráfico, la impresión y la distribución de los materiales pedagógicos elaborados. Se elaborará un Plan Anual de Capacitación Operativa.

Fortalecimiento del rol de rectoría de los MSP

Fortalecer institucionalmente las estructuras jurisdiccionales responsables de gestionar las redes de salud, desarrollará herramientas y tecnologías que puedan transferirse a los efectos de mejorar la calidad en materia de diagnóstico, planificación de necesidades y recursos, y seguimiento (monitoreo y evaluación) de actividades, diseñar y ejecutar el plan provincial de fortalecimiento de las redes, preparar y presentar los informes cuatrimestrales de cumplimiento de metas e indicadores. Se promoverá la firma de *compromiso de gestión anual* entre nación y provincias orientado al mejoramiento de los sistemas de información que garanticen un nivel mínimo de operación requerido.

Sistemas de información

El Sistema de Información deberá proporcionar información acerca de: monitoreo de los resultados acordados entre las provincias y la nación, los indicadores del marco lógico que midan el desempeño, así como de la(s) evaluación(es) del Programa. También realizará el seguimiento de las condiciones de operación de los efectores, de la producción de servicios y de la utilización y stock de medicamentos y brindará información y análisis para el fortalecimiento del rol de Rectoría del MSAL y los MSP.

Es responsabilidad de este componente articular todas las actividades mencionadas con las demás actividades desarrolladas por el Sistema Nacional de Estadística y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud con el objetivo de fortalecer el proceso de integración del Sistema de Información en Salud iniciado por el MSAL.

Deberá coordinar las acciones necesarias para garantizar el nivel mínimo adecuado para el flujo de información, equipamiento, herramientas y procesos en los Ministerios Reglamento Operativo – REMEDIAR +REDES

Fuentes del sistema de información

Los datos compilados mediante la estrategia del CMDDB, los formularios que registran datos transaccionales y de actividad en CAPS, correspondientes al programa, los informes operativos producidos por las respectivas gerencias, subgerencias, unidades y áreas del programa en su nivel central.

Informes atinentes a las actividades que, verificadas y consolidadas generan el devengamiento de los incentivos previstos en el Programa, registro de los avances semestrales producidos por las UGP, recepción y utilización de insumos, actividades prestacionales y

acciones de referencia contra referencia. Los informes ad hoc, producidos por la UEC y por las Auditorías Externas.

Informes y registros que surjan de la evaluación y monitoreo de procesos y resultados desde los niveles provinciales. Los estudios de utilización de medicamentos, así como también de todas aquellas actividades de investigación que se desarrollen en el seno del programa, sean éstas propias o contratadas.

Compilado de informes acerca del nivel de cumplimiento de las directivas y pautas operativas emitidas para asegurar la integridad, confiabilidad y respaldo documental de la información prestacional y técnico-administrativa en los nodos de validación y carga jurisdiccionales, para incorporar tales registros a las *bases de datos nacionales*.

Desarrollo de software y soporte informático

Deberá efectuar de forma continua el relevamiento de las necesidades del soporte informático del Programa para poder realizar el análisis funcional que permita posteriormente el diseño global y detallado de la solución técnica informática en función de la documentación recibida en tiempo y forma, la cual refleje con claridad y detalle el desarrollo de los procesos internos vinculados con la necesidad de informatizarlos, así como el desarrollo de formularios de carga de información y/o la adaptación de otros ya existentes.

Este sistema de Información dispondrá de una base de datos que permitirá procesar y almacenar de manera adecuada los datos recibidos y/o transferidos por el Programa en el marco del desarrollo de las actividades previstas.

Deberá poseer acceso por parte de los usuarios, resguardar la confidencialidad, integridad y seguridad de los datos.

Planificación nivel central

Le corresponde consolidar anualmente el POA, en forma coordinada con las diversas unidades organizativas que conforman el programa, elaborando los requerimientos y realizando los comentarios y ajustes metodológicos pertinentes.

El POA discrimina los gastos e inversiones por trimestre y actividades; se elabora conforme a las pautas que establezca la coordinación general del programa para su posterior elevación a la UFI-S, a los resultados y previa no objeción del BID. Realizará las replanificaciones pertinentes cuando corresponda, con base en la factibilidad y disponibilidad de fondos.

Su función es, también, ajustar la distribución de medicamentos, proponer criterios de diseño de redes, articular con la Dirección Nacional de Garantías de Calidad y los distintos programas vigentes una clasificación de los CAPS.

Deberá desarrollar herramientas que permitan a las UGP estimar y proyectar necesidades en términos de cantidades, distribución y gastos relacionados con el abastecimiento de insumos críticos y equipamiento a las redes.

Encuentros regionales-provinciales

Articulación entre el nivel central del programa y autoridades sanitarias pertenecientes a los niveles de gobierno provincial, para optimizar la distribución de medicamentos e insumos del Programa en función de las realidades de las distintas jurisdicciones, que permita hacer más eficiente la asignación de los recursos. Los que desempeñen el rol de la figura de responsable regional, serán los encargados de mantener la relación con las instancias jurisdiccionales en todas aquellas actividades que faciliten el desarrollo de las

actividades previstas en el programa, sobre todo a la gestión de medicamentos.

Monitoreo y evaluación

Esta área es la responsable de la supervisión y el control de las actividades realizadas por el programa y del desarrollo de indicadores y metodologías de relevamiento para medir el grado en el cual los procesos son cumplidos en sí mismos y en relación con los resultados esperados.

Serán efectuadas por personal de la UEC en base a diseño e instrumentación de un *marco lógico del proyecto y un cuadro de resultados por componente*, incluyendo las variables críticas para el control del mismo e indicadores relacionados esencialmente con la evolución de las acciones de apoyo a las Provincias en la elaboración y ejecución de los Programas locales y planes de FRS.

Evolución y grado de cumplimiento de *compromiso de gestión anual* y de los procesos de empadronamiento, clasificación por riesgo y seguimiento de pacientes por parte de las provincias. Evolución de las actividades de capacitación, formación y desarrollo de RRHH. Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los efectores de APS, eficiencia en el manejo de los stocks, Clearing que indica la eficiencia de los envíos.

Despliegue del fortalecimiento del rol de rectoría del MSAL y los MSP, en relación con la transferencia de tecnologías de gestión y asistencia técnica a funcionarios responsables de los proyectos provinciales.

Monitoreo de los programas y evolución de resultados esperados con una frecuencia trimestral. Podrán establecerse frecuencias mayores cuando las circunstancias del Programa así lo requieran, las que emitirán sugerencias de acciones correctivas. Se basa en un formato

de indicadores básicos provenientes del *marco lógico* y de los objetivos generales y específicos establecidos por la coordinación general.

El monitoreo de las metas de empadronamiento, clasificación por riesgo y seguimiento serán realizadas por el nivel central en base a información proporcionada por las provincias y/o por información relevada por el nivel central.

Evaluación intermedia

Evaluación de los procesos y el modo en que se desarrollan las actividades previstas en los distintos componentes en función del logro de resultados previstos. Se evaluará el nivel de pertinencia de los procesos operativos del programa en todos sus componentes: cumplimiento de las pautas de gestión clínica; ejecución presupuestaria y criterios de asignación de fondos; desarrollo de las estrategias para la sustentabilidad; nivel de articulación y coordinación de las distintas instancias de la red.

Evaluación final

Se aplicará la metodología de evaluación estimativamente cuatro meses antes de la finalización de las actividades previstas en las correspondientes a cada uno de los componentes que permitan evaluar de forma sistemática y coordinada la evolución de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, adoptando como indicadores aquellos parámetros que se encuentren directamente relacionados con los resultados esperados, con la ejecución del programa en su conjunto. Serán efectuadas por personal de la UEC, con colaboración de áreas técnicas del MSAL y/o por firmas o profesionales especializados contratados a tal efecto.

Auditorías externas del programa

Conforme a lo acordado entre el Gobierno y el BID, la auditoría externa del Proyecto será efectuada por la entidad de fiscalización nacional o una entidad de auditores externos independientes aceptables al Banco y realizada de acuerdo con los requerimientos de dicha entidad.

Los objetivos de las auditorías externas consisten en verificar el grado de cumplimiento de las normas del programa y de los procesos críticos de la gestión del programa.

Hay tres tipos de auditoría:

a) Auditoría Operativa

Su función es verificar el cumplimiento de los procesos previstos por el Programa para desarrollar sus actividades centrales y alcanzar los objetivos establecidos. Audita los procesos críticos involucrados en el empadronamiento de los beneficiarios, incluyendo la validación del mecanismo de registro, la revisión de la consistencia y pertinencia del procedimiento de cruces de bases de datos de padrones, y la verificación de la correspondencia entre beneficiarios empadronados y personas físicas.

Audita los procesos logísticos involucrados en la entrega efectiva de medicamentos a los beneficiarios y los procesos involucrados en las inversiones para garantizar el mínimo de funcionamiento del sistema de información.

b) Auditoría Financiera

Realiza un examen integrado de los procesos de adquisiciones y la documentación de soporte de las solicitudes de desembolsos

presentadas al BID y debe emitir un informe financiero al mes de diciembre de cada año que incluirá:

- 1) dictamen sobre el examen integrado de los procesos de adquisiciones y de las solicitudes de desembolso presentadas al Banco en el semestre inmediatamente anterior;
- 2) dictamen sobre el cumplimiento de las cláusulas contractuales de carácter contable financiero;
- 3) informe de evaluación del sistema de control interno relacionado con el programa;
- 4) dictamen sobre la información financiera del programa.

En el primer año de ejecución, la auditoría operativo financiera deberá emitir dos informes semestrales: 30 de junio y 31 de diciembre, se presentarán al Banco el 31 de agosto y 28 de febrero del primer año.

c) Auditoría Médica

Verifica la clasificación por riesgo de los beneficiarios empadronados, controla la calidad de atención de la población seguida y el cumplimiento de los lineamientos terapéuticos y seguimiento de los pacientes. Además, el control en terreno de los instrumentos de gestión de las enfermedades crónicas, de la ficha de registro de datos clínicos y metabólicos y/o la historia clínica de cada paciente del consumo de medicamentos, provistos a través de la correspondencia entre las patologías y los medicamentos prescritos.

Elabora conclusiones y recomendaciones para la mejora de los procesos controlados y se revisa junto con la UEC cada cuatro meses.

Los costos de auditoría externa formarán parte del costo del programa.

Área de comunicación

Posee la función de desarrollar estrategias de comunicación del programa para contribuir a mejorar el fortalecimiento de las redes provinciales de APS y el rol rector del MSAL y los MSP, así como los contenidos para la producción y el diseño de todas las formas de comunicación como afiches, folletería, publicaciones, guías metodológicas y manuales de capacitación, gráfica en general, materiales audiovisuales, página web, que serán financiados por la Gerencia de Apoyo Operativo. Es responsable de la identidad visual del Programa hacia la comunidad.

Aspectos generales

Las normas y los procedimientos que se seguirán para las contrataciones del programa durante su ejecución se deberán ajustar a lo previsto en el contrato de préstamo, en las políticas del BID y en las disposiciones complementarias a las que refiera el mismo. En cambio, en las adquisiciones financiadas con recursos de contraparte, rigen los procedimientos establecidos en la normatividad local, siempre y cuando ésta no se contraponga a los principios del Banco. En estos casos, la UEC / UFIS y el BID verificarán el estricto cumplimiento de la legislación local.

La UEC podrá realizar actividades de capacitación, de referentes regionales del programa y gastos menores para la ejecución del proyecto, a través del Fondo Rotatorio Especial (FRE), el cual será reglamentado por la normativa que disponga el Director Nacional del Programa. El reglamento del FRE y la Caja Chica deberán contar con la no objeción previa del BID. Todas las adquisiciones de bienes y

servicios deberán estar incluidas en el plan de adquisiciones aprobado previamente por el BID.

La UEC, a través de la UFIS, enviará al BID copia de todos los contratos que se financien total o parcialmente con los recursos del préstamo. El BID no reconocerá gastos por concepto de contratos no incorporados a sus registros.

La LPI completará guía de verificación de procesos de adquisiciones y se presentará al BID conjuntamente con el resto de la documentación de la licitación. Esta Guía podrá también ser utilizada en las LPN.

Contenidos mínimos de los proyectos provinciales

El éxito de los procesos desarrollados por el Programa Remediar encontró la necesidad de abordar el fortalecimiento de la EAPS, integrando acciones orientadas a producir cambios en los procesos de gestión de redes de salud. Tuvo en cuenta el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del Primer Nivel, de un modo más amplio, que incluya al conjunto de los efectores (servicios) públicos de salud y los integre con lógica de red mediante mecanismos de referencia y contra-referencia integrando otros programas del nivel central que persiguen objetivos similares y duplican los esfuerzos de registro del personal de salud y así ampliar la capacitación del RRHH al conjunto del equipo de salud.

Al mismo tiempo, incluirá un nuevo componente orientado al fortalecimiento de redes de salud mediante la transferencia de tecnologías de gestión, capacitación de recursos humanos y asistencia para la formulación e implementación de proyectos provinciales de fortalecimiento de redes de salud de APS.

El primer paso consistirá en la realización de un diagnóstico de redes, que es clave para el proyecto provincial. Los actores que forman las

redes deberán estar involucrados en la confección y en las intervenciones locales en APS. Se presenta, además, como una oportunidad para promover un cambio en el modelo de atención y gestión acorde con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

El responsable de la UGP será el encargado de asegurar la ejecución de las tareas de desarrollo e implementación de Remediar + Redes en la provincia y estará a cargo de la coordinación ejecutiva de todas las áreas que conforman la UGP descritas en el convenio marco de adhesión al programa.

V.6. RESEÑA Y FUNCIONAMIENTO DE REDES EN LA PROVINCIA DE LA RIOJA

Sistema de Salud en la Provincia de la Rioja

El plan de salud para La Rioja introduce un modelo de servicio sanitario que responde a las necesidades de la provincia, con soluciones propias y líneas de cambio en sintonía con la evolución de patologías y los sistemas sanitarios del país.

Las líneas de intervención de salud se darán a través de:

- a) atención primaria de salud;
- b) mejoramiento de la salud materno infantil;
- c) regionalización de la atención de la salud;
- d) informatización;
- e) capacitación de recursos humanos;
- f) emergencia, y

g) vigilancia epidemiológica.

Objetivos programáticos:

a) programas de prevención, control y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares, degenerativas y cáncer;

b) salud materno infantil;

c) inmunizaciones;

d) control de enfermedades metabólicas (diabetes);

e) control de enfermedades respiratorias agudas;

f) erradicación de vectores;

g) alimentación y nutrición;

h) salud ambiental;

i) salud dental;

j) control de la zoonosis;

k) control de enfermedades de transmisión sexual;

l) prevención de accidentes;

m) salud mental;

n) asistencia integral al discapacitado;

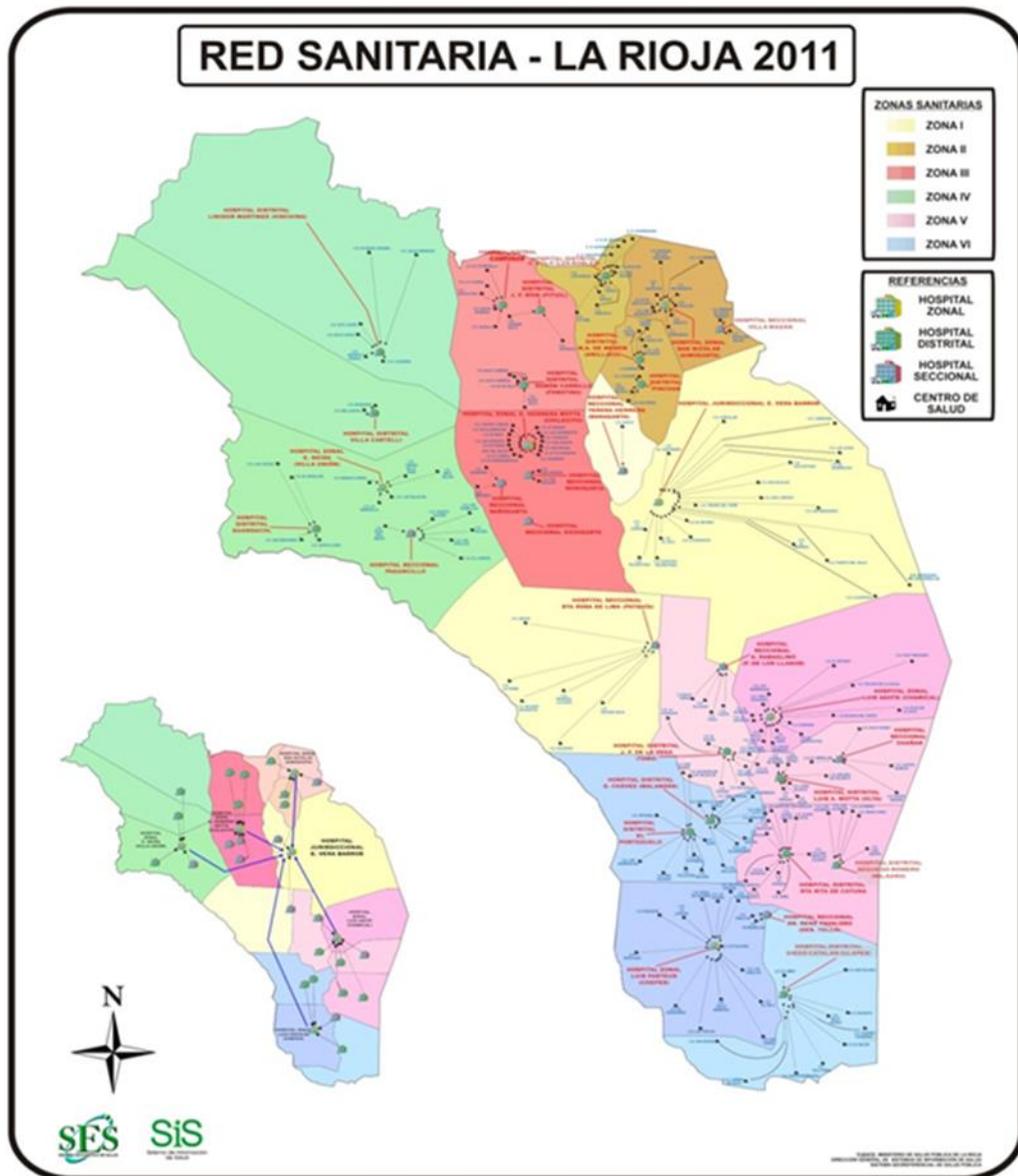
o) donación de órganos;

p) hemoterapia (Banco y donación de sangre), y

q) prevención de adicciones.

Adhesión de la provincia a programas nacionales de salud como: *Plan Nacer, Programa Federal de Salud (PROFE), Remediar y Sumar.*

Figura 5.1 Mapa de Red Sanitaria de la provincia de La Rioja



Fuente: Ministerio de Salud de la provincia de La Rioja.

Tabla 5.1: Distribución demográfica por zona sanitaria

Población por Zona Sanitaria		
Zona Sanitaria	Habitantes x Zona Sanitaria	%
I	184.976	56
II	23.495	7
III	55.425	17
IV	14.144	4
V	30.949	9
VI	22.864	7
TOTAL	331.847	100%

Fuente: Censo 2010

Tabla 5.2: Distribución del RRHH por zona sanitaria

RRHH por Zona Sanitaria			
Zona Sanitaria	Médicos	CPS	Hospitales
I	466	44	3
II	44	29	5
III	106	30	7
IV	24	23	5
V	46	53	7
VI	36	45	5
Total Provincia	722	223	32

Fuente: Ministerio de Salud de la Rioja 2013 en base a censo 2010.

Tabla 5.3: Correlación entre RRHH y zona sanitaria

RRHH por Zona Sanitaria



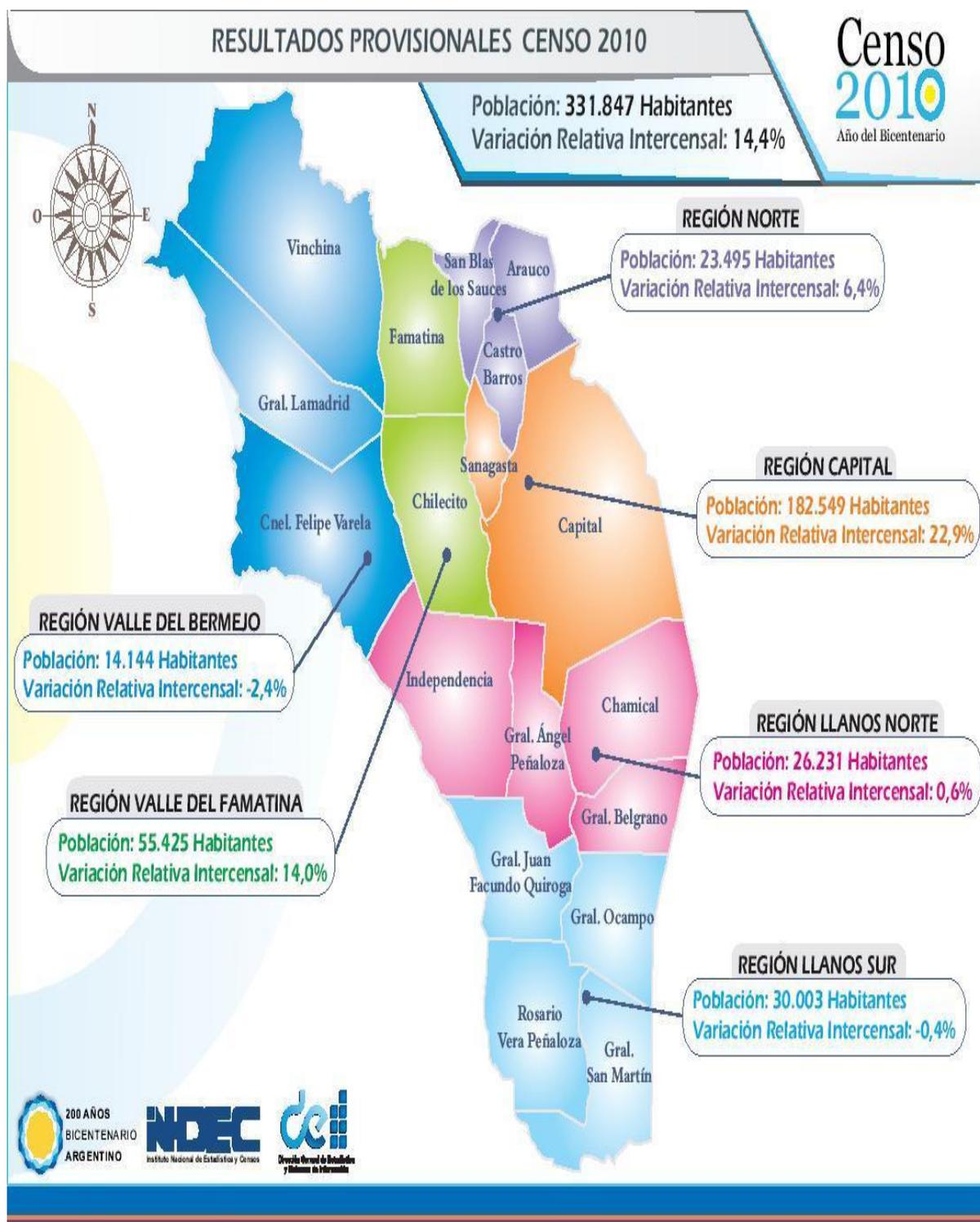
ZONA SANITARIA	MEDICOS	ENFERMERAS <i>C/formación Universitaria</i>	RELACION
I	466	231	2:1
II	44	23	2:1
III	106	29	3:1
IV	24	20	1:1
V	46	52	1:1
VI	36	17	2:1
TOTAL PROVINCIA	722	372	2:1

Fuente: Ministerio de Salud de la Rioja 2013 en base a censo 2010

Datos con incidencia en la organización y aplicación del Sistema de Redes Integradas de Salud

Características de la población del área de influencia:

Figura 5.2: Mapa de población de la provincia de La Rioja Censo 2010.



Fuente INDEC

- *Indicadores demográficos.*

Se registran tres cambios demográficos importantes:

Tabla 5.4: Población, crecimiento, densidad



SUPERFICIE Y POBLACIÓN

	Sup. (en km ²)	2001		2010		Crec. Pobl. (var %)	Densidad 2010 (hab./km ²)
		N°	%	N°	%		
Provincia de La Rioja	89,680	289,983	0,8	333,642	0,8	15,1	3,2
Filial La Rioja	89,680	289,983	0,8	333,642	0,8	15,1	3,2
Región Noroeste	875,090	7,026,077	19,4	7,763,706	19,4	10,5	8,9
Nacional	3,745,997	36,260,130	100,0	40,117,096	100,0	10,6	10,7

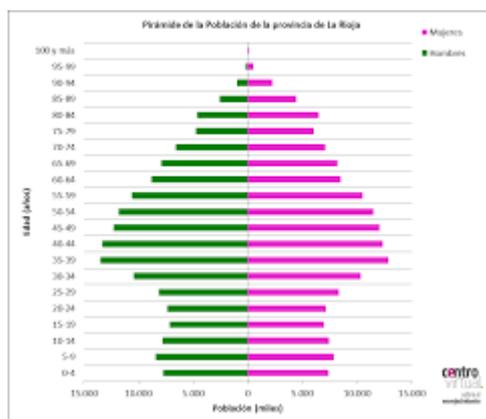
Fuente: Elaboración propia en base a CNPV'01 y CNPV'10 - INDEC
La densidad media nacional es de 14,4 hab./km², excluyendo la Antártida e Islas del Atlántico Sur

Fuente: Elaborado por grupo de estudio de maestría en gerencia de salud 2012- 2013 La Rioja.

- a) Desaceleración del crecimiento demográfico; envejecimiento de la población ligado al aumento de la esperanza de vida, actualmente se encuentra en los 65 años y se estima llegue a los 78 años en el 2029. Esto lleva aparejado una nueva realidad social, económica y de salud que es la asistencia y contención del creciente aumento de la masa de adultos mayores. La caída de la natalidad provoca envejecimiento demográfico, pero a su vez la mayor masa de población de edad avanzada determina que, a pesar de la mejora en las condiciones de salud, se produzca un

mayor número de muertes anuales y, por ende, un mayor valor de la tasa bruta de mortalidad.

Grafico 5.1: Pirámide Poblacional de La Rioja 2010



Fuente censo 2010

- b) La concentración urbana debido a desventajas sociales y económicas en las zonas rurales y pequeñas poblaciones han llevado a sus habitantes a emigrar hacia las zonas urbanas en busca de mejores condiciones de vida, produciendo un aumento de la densidad poblacional en las urbes sin el debido acompañamiento de infraestructura y servicios en los cuales están incluidos los servicios de salud.

Tabla N°5.5:

Distribución de la Población de La Rioja.

POBLACION SEGÚN CENSOS

Región	Departamento	Censo 2001	Censo 2010 (*)	Variación Intercensal	Variación Relativa Intercensal
				2001-2010 (*)	2001-2010 (*)
TOTAL		289.983	333.642	43.659	15,1%
NORTE		22.090	23.613	1.523	6,9%
	ARAUCO	13.720	15.418	1.698	12,4%
	CASTRO BARROS	4.322	4.268	-54	-1,2%
	SAN BLAS DE LOS SAUCES	4.048	3.927	-121	-3,0%
CAPITAL		148.576	183.340	34.764	23,4%
	CAPITAL	146.411	180.995	34.584	23,6%
	SANAGASTA	2.165	2.345	180	8,3%
VALLE DEL FAMATINA		48.619	55.295	6.676	13,7%
	CHILECITO	42.248	49.432	7.184	17,0%
	FAMATINA	6.371	5.863	-508	-8,0%
VALLE DEL BERMEJO		14.490	14.113	-377	-2,6%
	VINCHINA	2.834	2.731	-103	-3,6%
	CNEL. FELIPE VARELA	9.939	9.648	-291	-2,9%
	GRAL. LAMADRID	1.717	1.734	17	1,0%
LLANOS NORTE		26.076	27.030	954	3,7%
	INDEPENDENCIA	2.405	2.427	22	0,9%
	GRAL. ANGEL V. PEÑALOZA	3.127	3.073	-54	-1,7%
	CHAMICAL	13.383	14.160	777	5,8%
	GRAL. BELGRANO	7.161	7.370	209	2,9%
LLANOS SUR		30.132	30.251	119	0,4%
	GRAL. JUAN F. QUIROGA	4.546	4.108	-438	-9,6%
	GRAL. OCAMPO	7.331	7.145	-186	-2,5%
	ROSARIO VERA PEÑALOZA	13.299	14.054	755	5,7%
	GRAL. SAN MARTIN	4.956	4.944	-12	-0,2%

Fuente: Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2001 y 2010

(*) Resultados Definitivos-VARIABLES SELECCIONADAS - CNPHYV 2010

- *Indicadores socioeconómicos;*

Tabla 5.6: Tasa de actividad, empleo, desocupación.

Indicadores Socio-Ocupacionales	1° Trimestre 2011			1° Trimestre 2012		
	La Rioja	Región Noroceste	Total País	La Rioja	Región Noroceste	Total País
	(en %)			(en %)		
Tasa de Actividad	42,7	42,4	45,8	42,0	42,4	45,5
Tasa de Empleo	40,0	39,2	42,4	39,7	39,3	42,3
Tasa de Desocupación	6,2	7,6	7,4	5,3	7,2	7,1
Tasa de Subocupación demandante	7,0	8,7	5,8	4,3	5,6	5,0
Tasa de Subocupación no demandante	3,3	2,1	2,4	2,0	0,5	2,4
Ingreso medio	\$ 2.191	\$ 2.047	\$ 2.699	\$ 2.931	\$ 2.786	\$ 3.447
Ingreso medio deciles 8, 9 y 10	\$ 4.343	\$ 4.074	\$ 5.311	\$ 5.682	\$ 5.585	\$ 6.868

Fuente: Elaboración propia en base a EPH - INDEC

- *Indicadores de nivel de salud*

Epidemiológicos

Con los cambios demográficos, sociales y económicos, han cambiado los patrones de salud y enfermedad.

La transición epidemiológica, caracterizada por la coexistencia de enfermedades crónicas y accidentes con enfermedades infecciosas, varía en función de los cambios demográficos y de los procesos de urbanización e industrialización.

A medida que disminuye la fecundidad, aumenta la población mayor de 65 años y con ello la carga de enfermedades no transmisibles que

nos obligan a repensar la forma en que asegurar una vida saludable para este grupo etario de personas, puesto que se produce un desfase entre la oferta de prestaciones las demandas actuales, lo que produce un cambio de escenario sin precedentes a los responsables de la elaboración de políticas para mantener los niveles de seguridad social, económica, y de la oferta de servicios de salud de calidad al segmento de la población de edad avanzada.

Dado que la nueva carga de enfermedad está en gran parte determinada por factores de riesgo que provienen de conductas y hábitos de vida que pueden ser modificados anticipadamente, es necesario dar mayor importancia a las políticas de salud preventivas.

- *Indicadores de cobertura de salud*

Dentro de una familia el gasto en salud alcanza el 37 %¹³ del ingreso familiar y es considerablemente mayor en las familias de bajos recursos.

El gasto de bolsillo en salud es entre el 16 % y 40 %¹⁴ mayor en las mujeres que en los hombres.

Tabla 5.6: Población y tipo de cobertura.

INDICADORES DE SALUD

Tipo de cobertura	Población	
	La Rioja	
	Nº	%
Obra social (incluye PAMI)	101,183	54.4
No paga ni le descuentan	70,287	37.8
OS, y mutual/prepaga/servicio de emergencia	9,070	4.9
Mutual/Prepaga/Servicio de emergencia	4,767	2.6
Planes y seguros publicos	419	0.2
Ns./Nr.	186	0.1
Total	185,912	100.0

Fuente: EPH 1º trimestre 2011 a 4º trimestre 2011, INDEC.

	Tipo de cobertura de salud					Total
	Obra Social (*)	Prepaga		Programas y planes públicos	Sin cobertura	
		A través de OS	Contratación voluntaria			
La Rioja	48.1	9.5	2.3	2.0	38.1	100.0
Total nacional	46.4	10.6	5.1	1.8	36.1	100.0

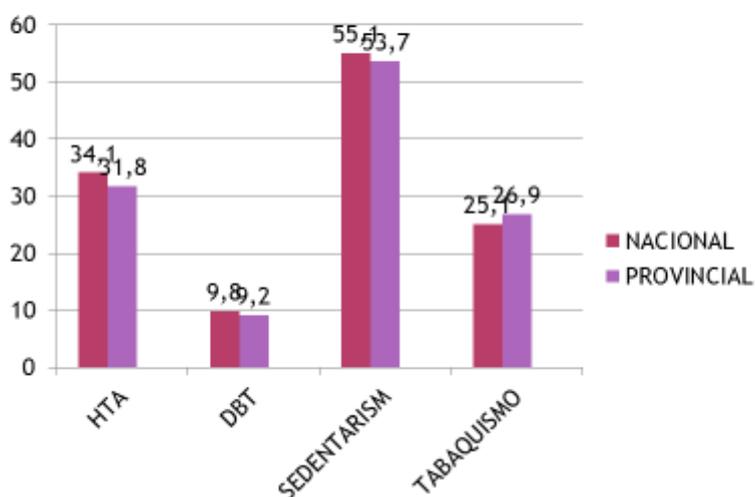
*Fuente: Elaboración propia en base a CNPV'10
(* Incluye PAMI)
Universo: Población en viviendas particulares*

- *Indicadores de estilo de vida*

Situaciones de stress y mala alimentación (dieta con excesivo consumo de sal, grasas e hidratos de carbono) son factores generadores de problemas cardiovasculares. Se suma escasa actividad física, falta de descanso y recreación sana; hábitos tóxicos como tabaquismo alcoholismo, cocaína, paco.

Grafico 5.2: encuesta Nacional de Factores de Riesgos.

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2013



Fuente: Encuesta nacional de factores de riesgos, grafico elaborado por ECNT La Rioja 2014.

V.6.a) ORGANIZACIÓN DE LA RED SANITARIA DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA

Información obtenida a través del análisis de entrevistas a directores de REDES y de ECNT de la provincia de La Rioja.

El Programa Redes se desarrolla en la provincia de La Rioja desde el año 2011. Se comenzó con un diagnóstico de la red seleccionada, inscrita en la Zona Sanitaria I (zona urbana). Condiciones del proyecto: los efectores de la red debían ser efectores Remediar (recibir botiquín del programa Remediar) con lo cual de los 22 CAPS

de la ciudad capital se trabaja con 21 de ellos. Esto se debe a que el nacimiento del programa redes es a través del programa remediar + redes. Hacia principios del 2014 el programa Redes se desprende del Remediar y logra una identificación propia. Luego del diagnóstico antes mencionado se elaboró un proyecto a tres años de ejecución con consultoría nacional. Éste tiene financiamiento internacional a través de reembolsos y el pago de incentivos por logro de objetivos. El monitoreo de evolución del proyecto son veinte indicadores que se miden cada cuatro meses desde la unidad ejecutora central, es decir, Programa Redes Nación, mediante auditoría externa.

El objetivo del proyecto es fortalecer las estrategias de atención primaria de la salud, generando redes de trabajo de manera transversal, así como también entre el PNA y el SNA

El proyecto está elaborado sobre un plan operativo anual físico y un plan operativo anual financiero.

La matriz, marco lógico, presenta cuatro componentes:

- a) sistema de referencia y contra referencia;
- b) integración de procesos institucionales;
- c) mecanismos definidos de ingreso al sistema de salud, y
- d) red de laboratorio organizada, ágil y fortalecida.

Implementación de ficheros cronológicos y su impacto en el registro Cardiovascular Global de Redes: fueron instalados para unificar criterios de registros, homogeneizarlos y tener un mecanismo de seguimiento para los pacientes con enfermedades crónicas.

Tabla 5.7 Ficha cronológica

FICHA CRONOLÓGICA ECNT
RB<10% RM<20% RA 20<30% RMA >0=30% (1)
Fecha de Nac.: [][][][][][] H. C. N°: [][][][][][]

CENTRO DE SALUD: SECTOR: CASA / FAMILIA: [][][][]
Apellido y Nombre: Domicilio:
Diagnóstico: DBT T1 DBT T2 DBT T2 IR HTA IC IRC CA EPOC SP OBES GI GII GIII

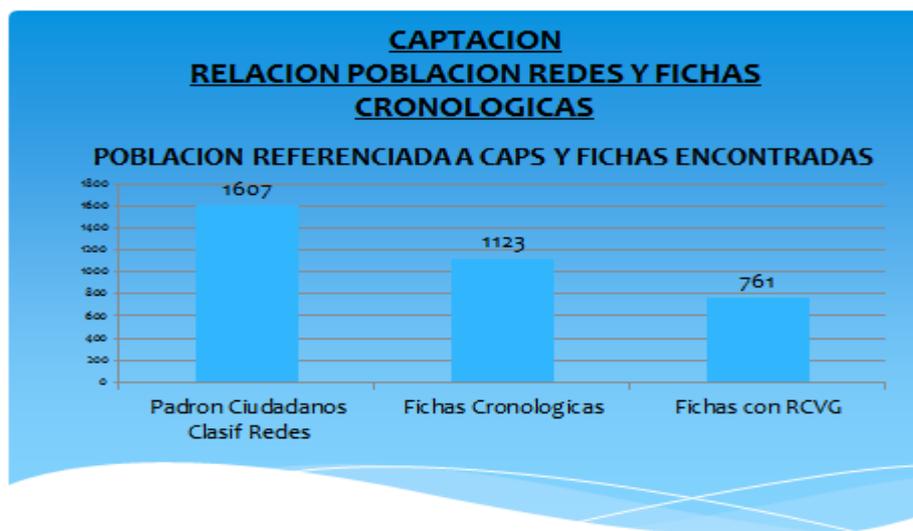
RCVG	IMC	Hbg	FG	MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

OBSERVACIONES X CITACIONES- CONTROL CUMPLIDO- CM- CONTROL MEDICO
(1)ENCERRAR CON UN CIRCULO SEGÚN SEA RB<10% RM<20% RA 20<30% RMA >0=30% RB(RIESGO BAJO) RM(MEDIANO RIESGO) RA (ALTO RIESGO)
RMA(RIESGO MUY ALTO)-RCVG(Riesgo cardiovascular Global)- IMC (Índice de masa Corporal)- Hbg(hemoglobina Glcosilada)-
FG(Filtrado Glomerular) Sobre peso 25 a 29- Obesidad GI 30 a 35- Obesidad GII 35 a 40- Obesidad GIII + de 40 - FG >=90
IRC G° 1- FG 60 a 89 IRC G° 2- FG 30 a 59 IRC G° 3- FG 15 a 29 IRC G° 4- FG < 15 o diálisis IRC G° 4

Fuente: ECNT (*Enfermedades Crónicas No Transmisibles*) del Ministerio de Salud de La Rioja.

Los ficheros cronológicos fueron distribuidos en la mayoría de los centros primarios de salud y no se registró una correlación del llenado de los mismos con la densidad poblacional de cada centro de salud primario. (Graf 5.3y 5 .4).

Grafico 5.3: Distribución de fichas cronológicas.

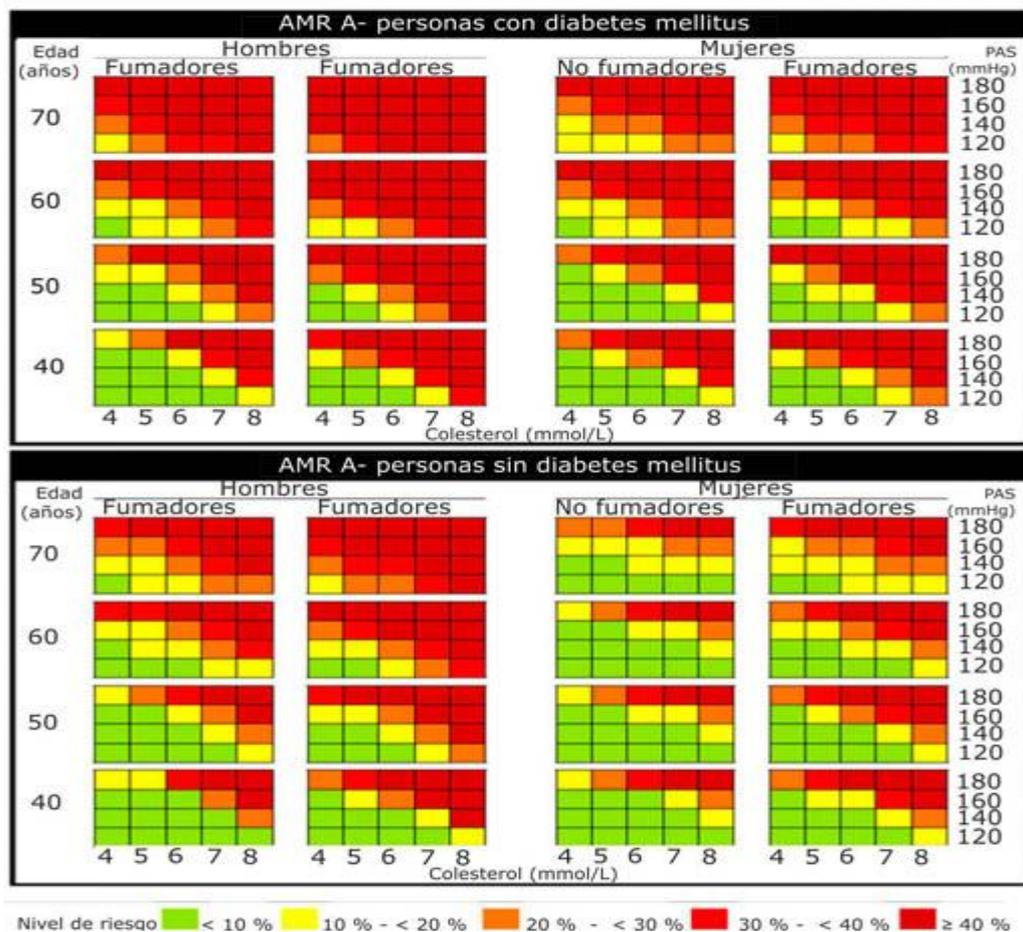


Fuente ECNT ministerio salud de La Rioja.

Dentro de la programática de Redes se realiza la nominallización y el empadronamiento de la población a cargo. Se llena un formulario que comprende datos que permiten en segunda instancia la clasificación para estimar el riesgo cardiovascular global (RCVG) mediante la información del empadronamiento más el acto médico según corresponda, utilizando la guía de bolsillo Clasificación de Riesgo Cardiovascular Global (OMS, 2008). Una vez calculado el RCVG, se continúa el seguimiento con los ficheros cronológicos.

Figura 5.4:

Anexo 1. Tabla de predicción del riesgo AMR A de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo



Fuente Prevención de las enfermedades cardiovascular OMS 2008

Como resultado de ese empadronamiento en la Zona Sanitaria I de la provincia de La Rioja obtuvieron que más del 50 % de la población nominalizada tenía un riesgo cardiovascular global moderado a alto.

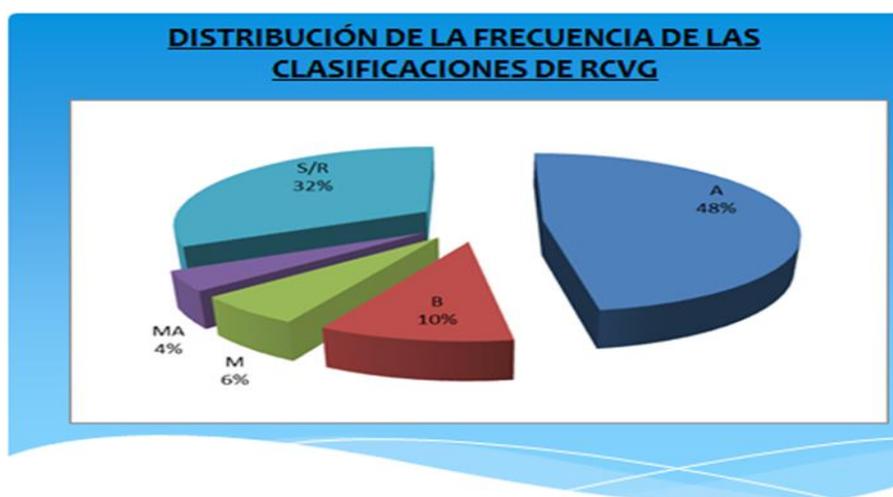
Tabla 5.8

MORBILIDAD
DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LAS
CLASIFICACIONES DE RCVG

ALTO	534	47,55%
BAJO	115	10,24%
MOD	67	5,96%
MUY ALTO	45	4,00%
S/R	362	32,23%
TOTAL	1123	100,00%

Fuente ECNT ministerio salud de La Rioja.

Gráfico 5.5



Fuente informe ECNT sobre los registros realizados por REDES.

De los pacientes clasificados, a su vez, no continuaron con seguimientos y registros óptimos aproximadamente en el 58 % de los mismos, al ser de una calidad inferior.

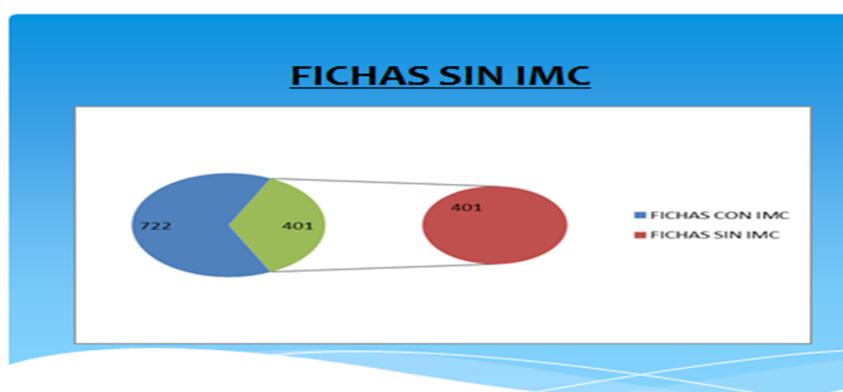
Tabla 5.9

CALIDAD					
REGISTROS DE CALIDAD SUPERIOR: tienen nro de HC, RCVG, IMC y al menos un DX. REGISTROS DE CALIDAD INFERIOR: no cumplen las condiciones de la categoría SUPERIOR.					
CALIDAD DEL REGISTRO	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
REGISTRO DE CALIDAD INFERIOR	626	55,74 %	55,74 %	52,78 %	58,67 %
REGISTRO DE CALIDAD SUPERIOR	497	44,26 %	100,00 %	41,33 %	47,22 %
TOTAL	1123	100,00 %	100,00 %		

Fuente ECNT La Rioja evaluacn del registro de REDES.

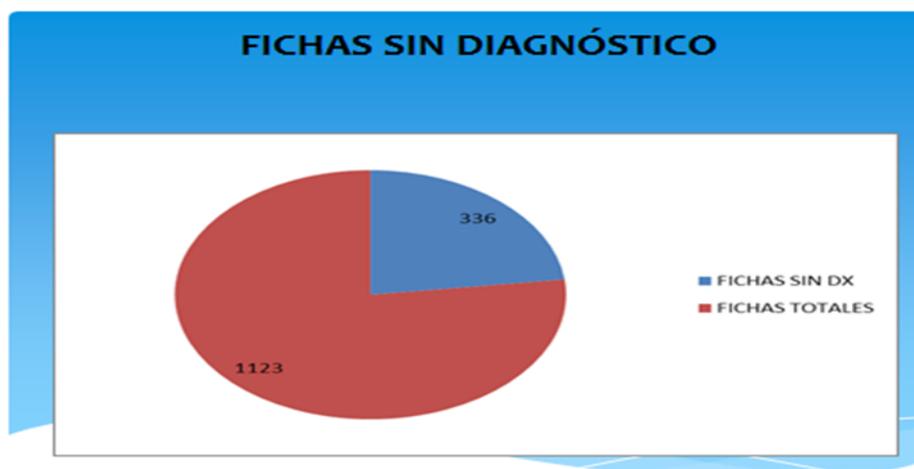
Los motivos de baja calidad de registro fueron varios. Por ejemplo: falta de valoración del índice de masa corporal, aproximadamente en el 60 % de los registros (gráfico N  5.6); falta de diagnostico, cerca del 25% de los casos; falta de fechas en un 40% (gráf. 5.7 y 5.8 respectivamente).

Gráfico 5.6



Fuente informe ECNT sobre los registros realizados por REDES.

Gráfico 5.7



Fuente informe ECNT sobre los registros realizados por REDES.

Gráfico 5.8



Fuente informe ECNT sobre los registros realizados por REDES.

La morbilidad, de acuerdo con los datos aportados en las entrevistas a la Dirección de ECNT y el aporte de su estadísticas de la evaluación del registro de los ficheros cronológicos, se infiere que dentro del registro de pacientes con riesgo cardiovascular global, los

diagnósticos en lo referente a materia cardiovascular corresponden a HTA (hipertensión arterial) 51,15 %, DBT (diabetes) 20 % aproximadamente, y obesidad 42%.

Tabla 5.10

MORBILIDAD - DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS		
DX	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	555	51,15%
DBT	208	19,17%
DBT T2	105	9,68%
DBT T1	11	1,01%
DBT HTA	3	0,28%
DBTT2 IR	1	0,09%
SP	26	2,40%
OBES	42	3,87%
GI	35	3,23%
GII	20	1,84%
GIII	12	1,11%
IC	18	1,66%
EPOC	8	0,74%
IR	4	0,37%
CA	2	0,18%
OTROS	35	3,23%
TOTAL	1085	100,00%

Fuente ECNT ministerio salud de La Rioja.

Gráfico 5.6:



Fuente ECNT ministerio salud de La Rioja.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Exploratorio Cualitativo, Descriptivo – Explicativo-Transeccional.

Se consideró apropiado el tipo de estudio para la descripción e interpretación cuali-cuantitativa del fenómeno ***factores pertinentes al funcionamiento eficaz, eficiente y equitativo del Sistema de Redes Integradas de Salud en la atención del paciente cardíopata o potencialmente cardíopata de la provincia de la Rioja en el año 2014***, a través del análisis de la Zona Sanitaria I, desagregada en los grupos que la conforman: centros primarios de salud (CAPS) con sus equipos interdisciplinarios; atención de primer nivel de complejidad; Hospital Dr. Enrique Vera Barros, con sus áreas programáticas, especialistas, estudios complementarios e intervenciones; atención de segundo nivel de complejidad y atención hospitalaria altamente especializada médica y tecnológicamente; tercer nivel de complejidad, respecto de 13 categorías seleccionadas: de la percepción del acceso de los pacientes cardíopatas y potencialmente cardíopatas a los distintos niveles de atención, y de la atención de integral de los pacientes con otras variables que van a estar representadas por las 11 preguntas restantes de la encuesta al personal de Salud de Zona Sanitaria I.

VI 1 HIPÓTESIS

- 1) La delimitación de funciones técnico-administrativas, posiciones y roles del Sistema de Redes Integradas de Salud es difusa.
- 2) Hay falta de conocimiento y formación por parte del personal y autoridades de salud, sobre el sistema de redes integradas de salud.
- 3) La gobernanza única del Sistema de Redes Integradas de Salud inscrita en el primer nivel es un obstáculo para la interacción de los tres niveles.
- 4) Los tres niveles del Sistema de Redes Integradas de Salud se caracterizan por la ausencia de referentes.
- 5) El sistema de referencia y contra referencia de datos del Sistema de Redes Integradas de Salud es inadecuado, lo cual impacta en su funcionamiento.

VI 2 SELECCIÓN DEL TIPO DE MUESTRA

VI.2.a) ENCUESTAS.

Para las encuestas:

La muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio estratificado.

Constituido por el grupo de médicos/as, enfermeros/as, agentes sanitarios y administrativos/as que trabajan dentro del Sistema de

Redes Integradas de Salud, elegidos al azar, según el personal que estuvo disponible en el momento de la encuesta.

Universo o población.

Personal de Zona Sanitaria I dentro del sistema de Redes Integradas de Salud.

Grupo poblacional

Personal de Salud de Zona Sanitaria I que participa de REDES, Hospital Enrique Vera Barros (Servicio de Cardiología y Consultorio Externo), veinticuatro (24) Centros Primarios de Salud (CAPS), sólo veinte (20) de los cuales están incluidos en el Sistema de Redes Integradas de Salud.

Unidad de análisis

Constituido por el grupo de médicos/as, enfermeros/as, agentes sanitarios y administrativos/as que trabajan dentro del Sistema de Redes Integradas de Salud, excluyéndose al personal que no tiene relación con el sistema de REDES.

VI.2.b). MUESTRA PARA ENCUESTAS.

Muestra:

Para Encuesta:

Se encuestó a 12 de los 20 centros primarios de los cuales se tomó un enfermero, un médico, un administrativo y un agente sanitario de cada uno de los centros y del hospital E. Vera Barros del Servicio de Cardiología.

CAPS 12

Hospital1

Médicos: 13

Enfermeros/as13 Agentes Sanitarios13 Administrativos13.

Para Entrevistas:

Muestra:

La muestra fue seleccionada por muestreo discrecional.

Se entrevistó a mandos intermedios y superiores del Hospital Vera Barros y de Zona Sanitaria I.

Universo o población.

Personal de Zona Sanitaria I dentro del sistema de Redes Integradas de Salud.

Grupo poblacional.

Mandos superiores e intermedios de Zona Sanitaria I.

Unidad de análisis.

Mando Superior del Hospital E. Vera Barros.

Mando Intermedio del Hospital E. Vera Barros.

Mando Superior de Enfermedades Crónicas no transmisibles. (ECNT).

Mandos Superiores de REDES.

Mandos Intermedios de CAPS.

VI 3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

VI. 3.a) RECOLECCION DE DATOS DE ENCUESTA.

A la muestra se le aplicaron las siguientes técnicas para la recolección de los datos:

1) Encuestas a los diferentes agentes de salud de Zona Sanitaria I.

Se realizaron encuestas a médicos clínicos, generalistas y de familia, a enfermeros, agentes sanitarios, administrativos de los CAPS y a cardiólogos, administrativo y enfermero del Hospital Enrique Vera Barros, de Zona Sanitaria I.

Objetivos: Indagar el conocimiento sobre qué es una red integral de salud que poseen los distintos nodos del Sistema de Redes Integradas de Salud de La Rioja. Deducir cómo están funcionando las redes en nuestra provincia en materia cardiovascular.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA ANONIMA

Administrada a recursos humanos de los CAPS y Hospital Enrique Vera Barros.

Objetivos: Indagar el conocimiento sobre qué es una red integral de salud que poseen los distintos nodos del Sistema de Redes Integradas de Salud de La Rioja. Deducir cómo están funcionando las redes en nuestra provincia en materia cardiovascular.

Encuesta anónima al personal de Zona Sanitaria I.

Institución:

Sector de trabajo:

Dedicación:

Antigüedad en el desempeño de su función:

1. ¿Conoce Ud. lo que implica el Sistema de Redes Integradas de Salud?

SI NO MEDIANAMENTE

2. ¿Conoce el área de cobertura de la Institución a la que pertenece?

SI NO MEDIANAMENTE

3. ¿Sabe cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura?

SI NO MEDIANAMENTE

4. ¿Se trabaja con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular?

SI NO MEDIANAMENTE

5. ¿Utilizan la referencia y contra referencia?

SI NO MEDIANAMENTE

6. ¿Se relaciona su nivel de atención con los otros niveles?

SI NO MEDIANAMENTE

7. ¿Tienen referentes en el área cardiovascular en los distintos niveles de atención?

SI NO MEDIANAMENTE

8. ¿Se hace un seguimiento personalizado en pacientes cardíopatas y con riesgo cardiovascular?

SI NO MEDIANAMENTE

9. ¿La comunicación entre los tres niveles de atención es fluida?

SI NO MEDIANAMENTE

10. ¿El registro del historial clínico del paciente es completo y de buena calidad?

SI NO MEDIANAMENTE

11. ¿Considera Ud. que el paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia?

SI NO MEDIANAMENTE

12. ¿Considera Ud. que la atención de salud del paciente cardiovascular es integral?

SI NO MEDIANAMENTE

13. ¿Recibe capacitación en el área cardiovascular y del sistema de redes integrados de salud?

SI NO MEDIANAMENTE.

VI. 3.b). RECOLECCION DE DATOS DE ENTREVISTA.

Entrevistas a mandos superiores e intermedios.

Objetivos: Recabar información del conocimiento, grado de aplicación y percepción de las redes integrales de salud que poseen los mandos superiores e intermedios.

ENTREVISTA A MANDOS SUPERIORES E INTERMEDIOS.

Entrevistados

Hospital Dr. Enrique Vera Barros:

a) Director

b) Jefes de Servicio de Consultorio Externo y del Servicio de Cardiología

Director de REDES.

Director de ECNT.

Objetivo: Recabar información del conocimiento, grado de aplicación y percepción de las redes integrales de salud que poseen los mandos superiores e intermedios.

Tiempo: 20 minutos, aproximadamente

VI 4 ANALISIS DE LOS DATOS

VI 4. a). ENTREVISTAS.

Fueron elegidos de forma intencional determinados miembros de los mandos superiores e intermedios de Zona Sanitaria I, a los que se les aplicaron entrevistas guiadas de las cuales se extrajeron datos que se dieron respuesta a una serie de indicadores que se evaluaron, para lo cual se operacionalizaron las variables categóricas, subjetivas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DIMENSIÓN	
SISTEMA DE REDES INTEGRADAS DE SALUD	
<i>“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y, que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”¹⁵</i>	
CATEGORÍAS	
DELIMITACIÓN DE FUNCIONES (POSICIONES-ROLES)	COMUNICACIÓN ENTRE LOS TRES NIVELES
INDICADORES	
<i>Configuración más o menos permanente que adquiere una organización, a través de la asignación de status o posiciones y roles (conjunto de actividades) a sus miembros para el cumplimiento de ciertas funciones en relación con pacientes cardíopatas o potencialmente cardíopatas.</i>	<i>Es aquella transmisión de información que de manera organizada-planificada realiza una institución-organización, entre sus distintas áreas o niveles, para el cumplimiento de su objetivo: Establecer relaciones de calidad entre ella y la población a la que se dirige; pacientes cardíopatas o potencialmente cardíopatas.</i>

<ul style="list-style-type: none"> - Recepción del paciente. - Derivación del paciente - Referente en cada nivel. -Detección de pacientes en terreno. - Accesibilidad del paciente con y sin cobertura médica. -Manejo de tecnología-informática (formularios de empadronamiento y seguimiento). -Uso del protocolo de diagnóstico en la atención del paciente. -Porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular en el área de cobertura. -Coordinación de los órganos que componen la red. -Monitoreo y evaluación de los resultados procesos. -Capacitación del RRHH. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Visitas múltiples a diferentes sitios asistenciales por la misma demanda.</i> - <i>Orientación del paciente.</i> -<i>Instrumentos para comunicar los servicios del SRIS.</i> -<i>Coordinación de programas-proyectos nacionales, provinciales y municipales.</i> -<i>Software o soporte informático del sistema de referencia y contra referencia.</i> - <i>Registro de información, historia clínica (HC).</i> -<i>Ficheros cronológicos.</i> -<i>Abordaje inter niveles de la casuística.</i>
--	---

VI 4.b).ENCUESTAS.

Para la encuesta al personal de salud se tomó una muestra de 52 agentes, desagregados en 4 grupos: enfermeros, médicos, agentes sanitarios y administrativos de la población de 399 agentes de Zona Sanitaria I que participaban en forma directa en el sistema de REDES, ya sea en el reclutamiento, registro o seguimiento de pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas.

Los datos de la población fueron obtenidos del registro estadístico del personal de Salud Pública de la provincia de La Rioja 2014, mediante entrevista a la Secretaria de Estadísticas, quien facilitó lista del personal y función de cada uno. (anexo n°1).

Se visitó a 12 de los 20 centros primarios, seleccionados de acuerdo con los que poseían mayor área de cobertura, distribuidos en los 4 puntos cardinales y al servicio de Cardiología del Hospital Enrique Vera Barros. De cada centro se encuestó a un médico, un enfermero, un agente sanitario y un administrativo. Se excluyó a los que no cumplieran función dentro de la red de pacientes cardiopatas o potencialmente cardiopatas.

Las encuestas se realizaron en forma personal. Respondieron a las 13 preguntas formuladas sobre el sistema de Redes Integradas de Salud por: SI, NO o medianamente.

Una vez finalizadas las encuestas, se las cargó en una base de datos (anexo n°2). Posteriormente se las procesó y tabuló mediante el sistema informático estadístico de Infostant.

- 1) Inicialmente se analizó la frecuencia absoluta y relativa de las respuestas de las preguntas N° 1 a la N° 13, primero en forma desagregada por tipo de agente y luego de manera global.
- 2) Luego se analizó a través de tablas de contingencia, cada pregunta. La N° 11 es la que consideró como punto de referencia para el logro de los objetivos.
- 3) A continuación, se realizó contingencia con algunas variables que contenían indicadores relacionados.

Gráfico6.1 Agentes de salud de Zona Sanitaria I en relacion con REDES y la atencion de pacientes con riesgo cardiovascular global y cardiopatas.

PREGUNTAS ENCUESTAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14. MEDICOS	SI	NO	SI	SI									
15. MEDICOS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	M	M	SI	SI	SI
16. MEDICOS	SI	SI	M	M	SI	SI	SI	SI	M	M	NO	SI	NO
17. MEDICOS	M	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
18. MEDICOS	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	M	NO	NO	NO
19. MEDICOS	M	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
20. MEDICOS	M	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI
21. MEDICOS	SI	SI	SI	SI	M	M	NO	M	NO	SI	M	M	M
22. MEDICOS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	M
23. MEDICOS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	M	M	SI	SI	SI
24. MEDICOS	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	M	M
25. MEDICOS	M	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO
26. MEDICOS	SI	SI	M	NO	SI	SI	SI	M	NO	SI	M	M	SI
27. ADMINIST	M	SI	NO	SI	SI	SI	NO	M	NO	NO	NO	NO	NO
28. ADMINIST	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	M
29. ADMINIST	M	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
30. ADMINIST	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	M
31. ADMINIST	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO						
32. ADMINIST	SI	SI	SI	NO	SI	M	M	SI	SI	SI	SI	SI	M
33. ADMINIST	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI
34. ADMNIIST	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	M	SI	NO	SI	SI
35. ADMNIIST	M	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
36. ADMINIST	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	M	SI	SI	SI	SI	M
37. ADMINIST	SI	SI	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

PREGUNTAS ENCUESTAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
38. ADMINIST	SI	SI	SI	SI	M	SI	SI	SI	M	SI	M	SI	SI
39. ADMNIIST	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI						
40. AG SANITRIO	M	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	M	NO	NO	NO
41. AG SANITRIO	M	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	M	NO	N
42. AG SANITRIO	M	SI	M	M	M	SI	M	M	SI	M	NO	NO	M
43. AG SANITRIO	SI	SI	SI	M	M	SI							
44. AG SANITRIO	M	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
45. AG SANITRIO	M	M	NO	NO	M	M	NO	NO	NO	M	NO	NO	M
46. AG SANITRIO	SI	SI	M	SI	SI	SI	NO	SI	M	SI	SI	SI	SI
47. AG SANITRIO	SI	SI	NO	NO	SI	M	SI						
48. AG SANITRIO	SI												
49. AG SANITRIO	SI	N	M	SI	NO	SI	SI	M	SI	NO	NO	SI	SI
50. AG SANITRIO	M	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	M	SI	SI	M	SI
51. AG SANITRIO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	M	NO
52. AG SANITRIO	SI	SI	M	SI	SI	M	M	SI	M	SI	SI	SI	

VII RESULTADOS

VII .1. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE FRECUENCIAS DE LAS PREGUNTAS DE ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD RELACIONADO A REDES DE ZONA ZANITARI I

Tabla Nº 7.1 a la pregunta Nº1 desagregada por tipo de agente1. ¿Conoce Ud. I que implica el Sistema de Redes Integradas de Salud? Pregunta Nº 1 de encuesta personal de salud SI No medianamente.

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG1	1	3	0,23- m
ADMINISTRATIVO	PREG1	2	4	0,31-no
ADMINISTRATIVO	PREG1	3	6	0,46-si

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG1	1	6	0,46 -m
AG SANITARIO	PREG1	2	7	0,54-si

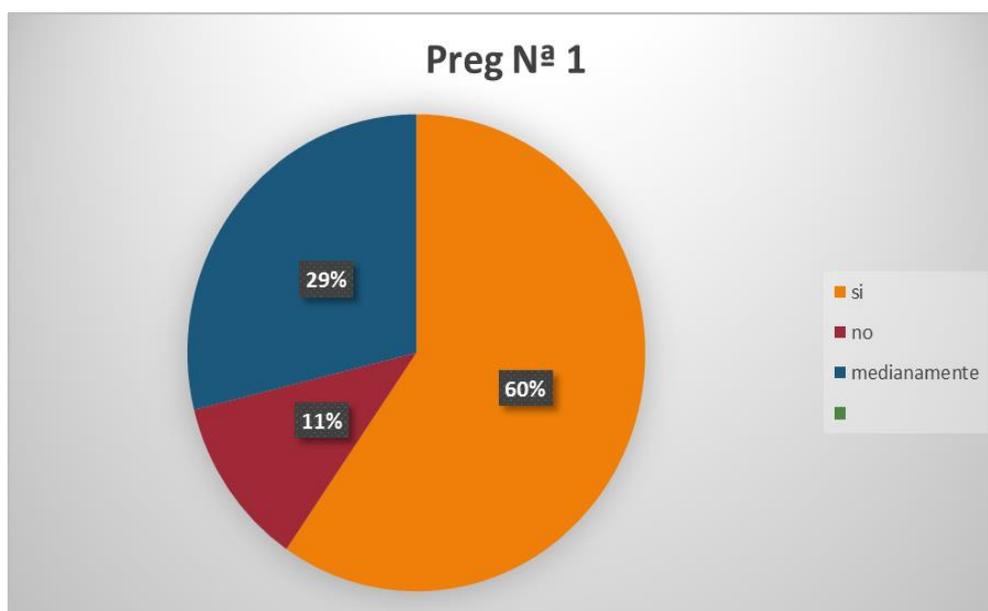
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG1	1	9	0,69-si
ENFERMERIA	PREG1	2	1	0,08-no
ENFERMERIA	PREG1	3	3	0,23-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG1	1	9	0,69- si
MEDICOS	PREG1	2	4	0,31-m

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:30:32 -
[Versión: 23/02/2016]

De lo anteriormente expuesto, se determinó que el 60% de los agentes de salud dice conocer lo que es el sistema de redes integradas de salud, un 29% lo desconoce y un 11% medianamente, como se puede observar en el gráfico 6.2.

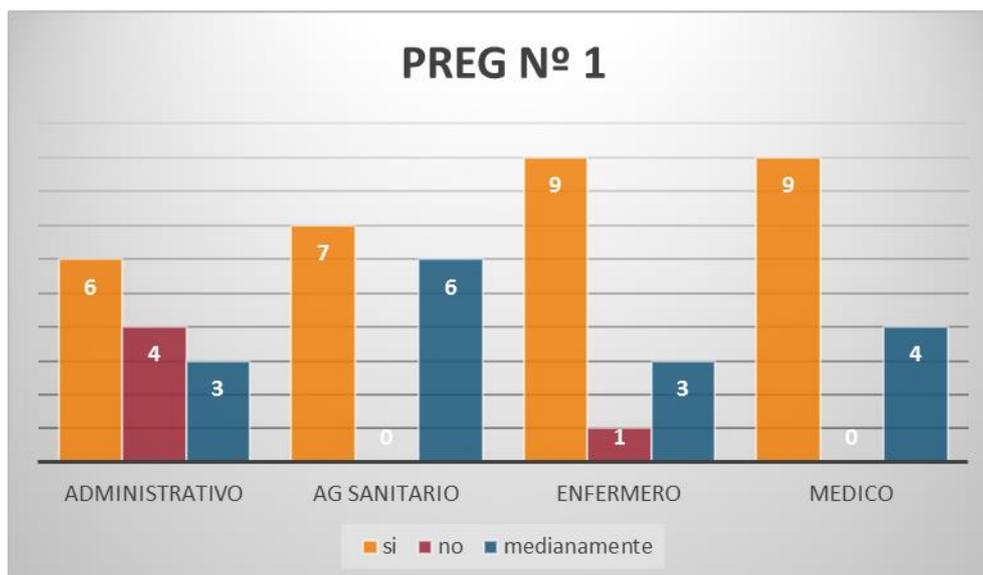
Gráfico 6.2: Frecuencias relativas y absolutas de las respuestas a la pregunta N°1



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Ahora bien, se desagregó por categorías según el tipo de agente. Se obtuvo que, al preguntarles si conocían lo que era el sistema de redes integradas de salud, aproximadamente el 50% de los agentes sanitarios y administrativos dijeron tener conocimiento de ello, así como casi el 70% de médicos y enfermeros. La mayor respuesta negativa a dicha pregunta se encontró en la categoría de administrativos, como se puede observar en el gráfico 6.3.

Gráfico 7.2: Respuestas a la pregunta N°1 desagregada por tipo de agente.



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias N 7.2 Pregunta N°2 de encuesta personal de salud
¿Conoce el área de cobertura de la Institución a la que pertenece? SI NO
MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 2	1	11	0,85-si
ADMINISTRATIVO	PREG 2	2	2	0,15-no

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 2	1	11	0,85-si
AG SANITARIO	PREG 2	2	1	0,08-no
AG SANITARIO	PREG 2	3	1	0,08-m

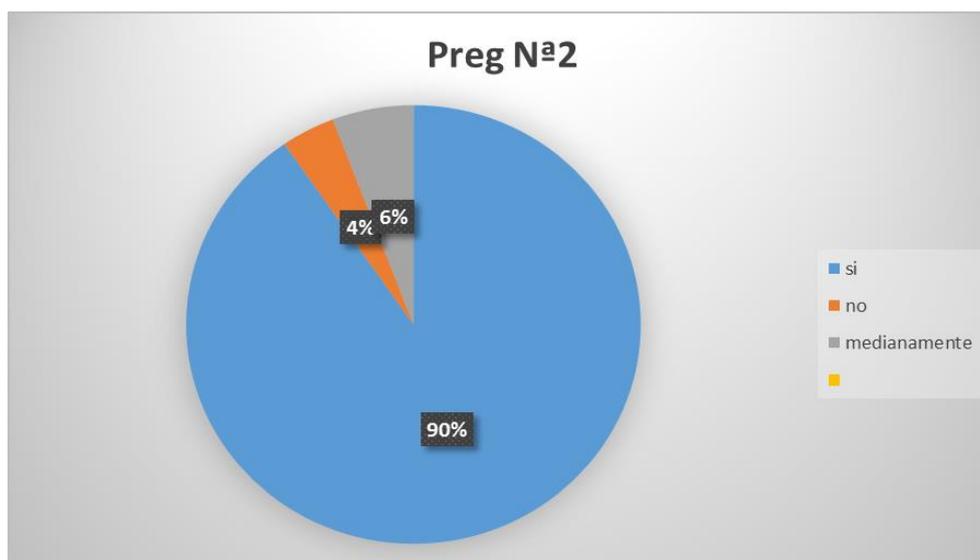
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 2	1	10	0,77-si
ENFERMERIA	PREG 2	2	1	0,08-no
ENFERMERIA	PREG 2	3	2	0,15-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 2	1	13	1,00

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:32:48 -
[Versión: 23/02/2016]

Del análisis de la pregunta N° 2 de la encuesta al personal de salud ¿Conoce el área de cobertura de la Institución a la que pertenece? El 90 % del total del personal respondió SI, como se observa en el Gráfico 7.3.

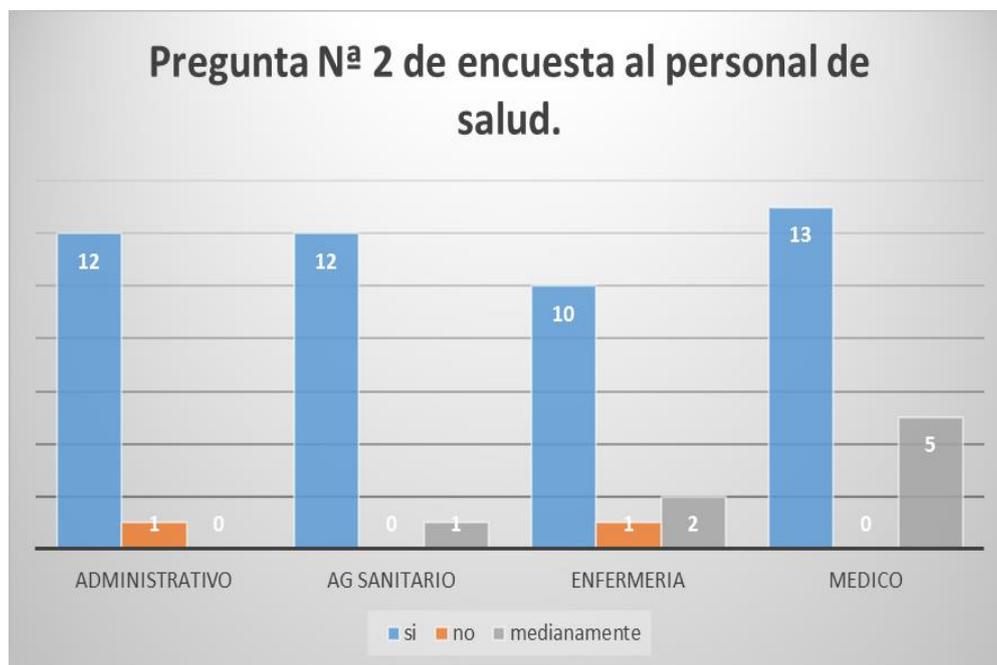
Gráfico 7.3 Respuesta a pregunta N2 ¿Conoce el área de cobertura de la Institución a la que pertenece?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Al desagregar las respuestas de la pregunta. N° 2 se observó prácticamente la misma tendencia que la general, con mayor porcentaje de respuesta en el grupo de médicos (gráfico. n° 7.4)

Gráfico 7.4: Respuesta a pregunta N2 desagregada por agente ¿Conoce el área de cobertura de la Institución a la que pertenece?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.3: Pregunta N^o3 de encuesta personal de salud ¿Sabe cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura SI NO MEDIANAMENTE(m)

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG3	1	8	0,62-no
ADMINISTRATIVO	PREG3	2	3	0,23-si
ADMINISTRATIVO	PREG3	3	2	0,15-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITRIO	PREG3	1	6	0,46-n
AG SANITRIO	PREG3	2	4	0,31-m
AG SANITRIO	PREG3	3	3	0,23-si
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG3	1	7	0,54-si

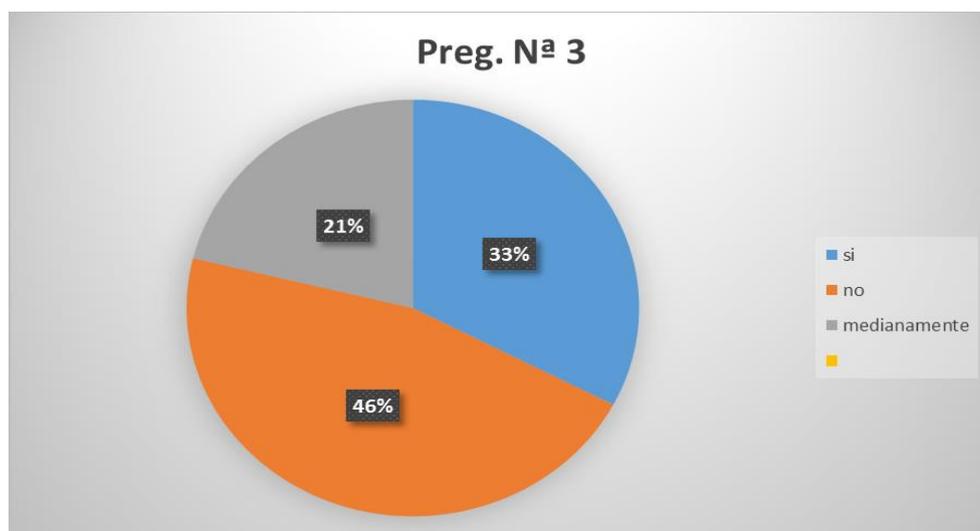
ENFERMERIA	PREG3	2	3	0,23-m
ENFERMERIA	PREG3	3	3	0,23-no

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG3	1	4	0,31-si
MEDICOS	PREG3	2	7	0,54-no
MEDICOS	PREG3	3	2	0,15-m

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:35:21 -
[Versión: 23/02/2016]

Cuando se analizaron en su globalidad las tablas de frecuencia, se mostró que cerca de la mitad de los agentes de salud no sabe cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura. Sólo el 33 % dijo tener ese conocimiento, como puede apreciarse en el gráfico 7.5.

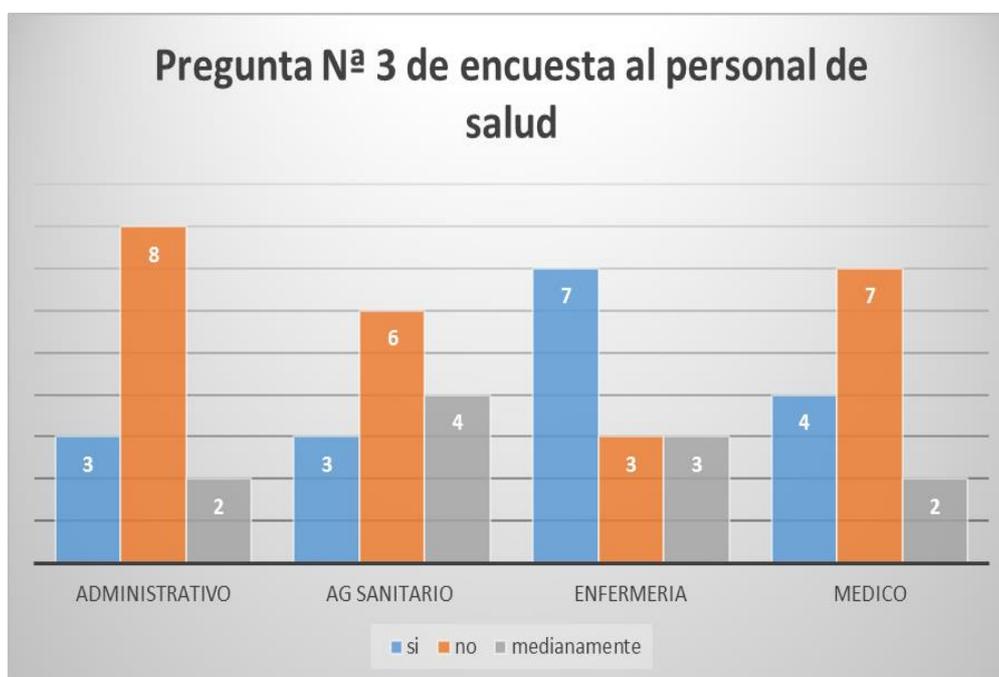
Gráfico 7.5 Pregunta N°3 de encuesta personal de salud. ¿Sabe cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Cuando se analizó por grupos de agentes, se observó que el único grupo que salió de la tendencia general, que desconocía el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura, fue el de enfermeros, que respondió SI en poco más de la mitad de las encuestas. Los tres grupos restantes fueron similares en su grado de desconocimiento. (Graf 7.6)

Grafico 7.6: Pregunta N°3 de encuesta personal de salud Desagregada por tipo de agente ¿Sabe cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.4: Pregunta N°4 ¿Se trabaja con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular?

SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 4	1	7	0,54-si
ADMINISTRATIVO	PREG 4	2	5	0,38-no
ADMINISTRATIVO	PREG 4	3	1	0,08-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 4	1	5	0,38-no
AG SANITARIO	PREG 4	2	6	0,46-si
AG SANITARIO	PREG 4	3	2	0,15-m

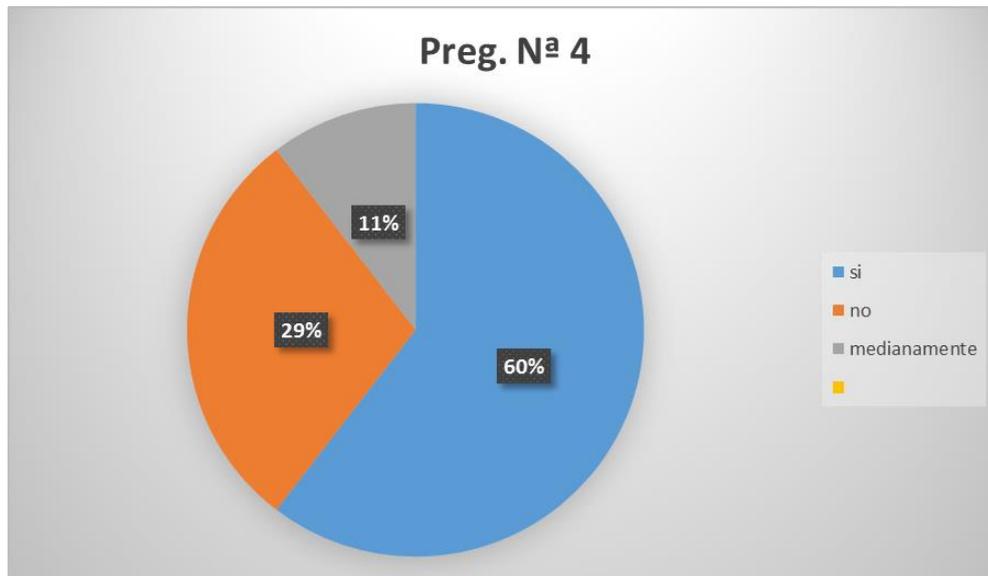
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 4	1	9	0,69si
ENFERMERIA	PREG 4	2	2	0,15-no
ENFERMERIA	PREG 4	3	2	0,15-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 4	1	9	0,69-si
MEDICOS	PREG 4	2	1	0,08-m
MEDICOS	PREG 4	3	3	0,23-no

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:36:00 - [Versión: 23/02/2016]

De lo antes expuesto, se determinó que el 60% del personal de salud respondió que sí trabaja con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular; el 29% no y el 11% medianamente. Se concluyó que el uso de protocolos es medianamente bajo, como se demuestra en el gráfico N° 7.7.

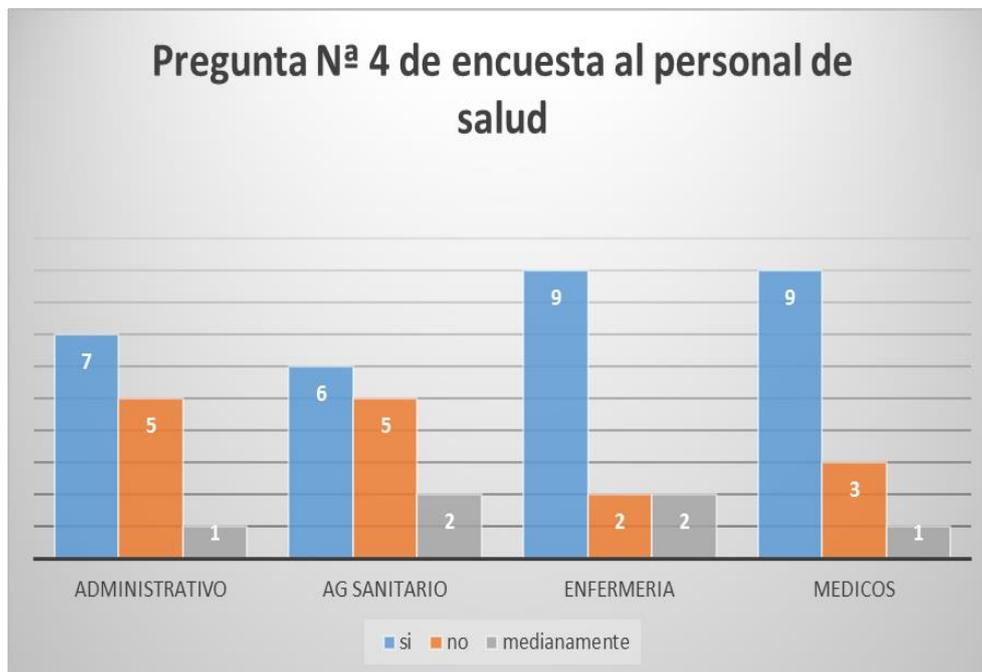
Grafico 7.7: Pregunta N°4 ¿Se trabaja con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Cuando se desagregó por tipo de agente, la tendencia cambió. La mayoría del grupo de médicos y enfermeros, en un 90% respondió que sí trabajaba con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular, seguidos por los administrativos con un 54% y por último los agentes sanitarios, con el 46%, como se observa en el gráfico N° 7.8.

Gráfico 7.8: Pregunta N°4 desagregada por tipo de agente. ¿Se trabaja con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.5: Pregunta N°5 de encuesta personal de salud. ¿Utilizan la referencia y contra referencia?

SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 5	1	7	0,54
ADMINISTRATIVO	PREG 5	2	4	0,31
ADMINISTRATIVO	PREG 5	3	2	0,15

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 5	1	2	0,15
AG SANITARIO	PREG 5	2	8	0,62
AG SANITARIO	PREG 5	3	3	0,23

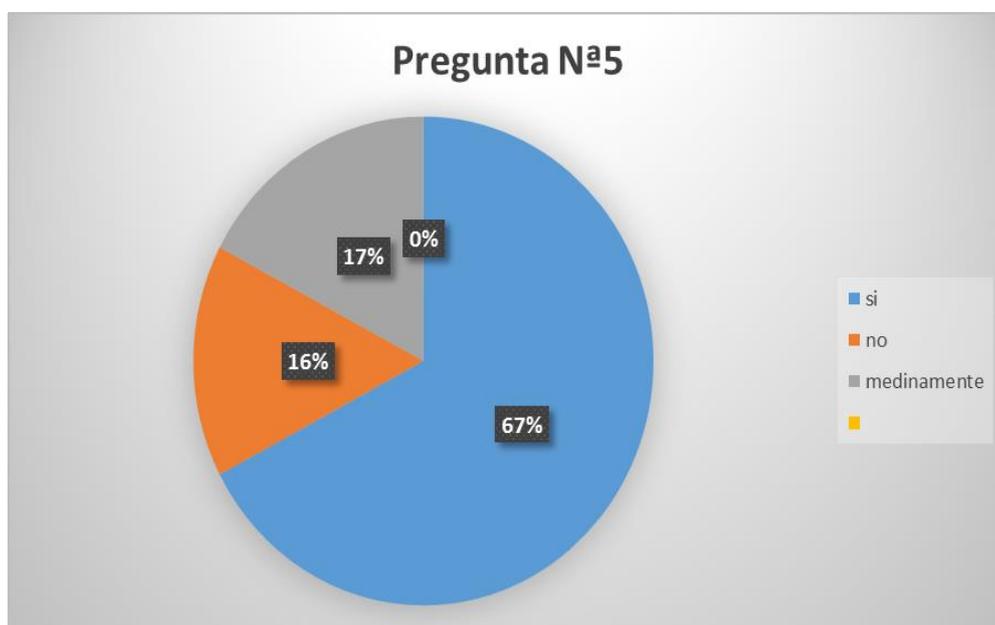
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 5	1	3	0,23
ENFERMERIA	PREG 5	2	10	0,77

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 5	1	11	0,85
MEDICOS	PREG 5	2	1	0,08
MEDICOS	PREG 5	3	1	0,08

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:37:00 -
[Versión: 23/02/2016]

Cuando se analizaron las respuestas de todos los grupos se observó que el 67% dijo que utilizaba la referencia contra referencia, como se observa en el gráfico 7.9.

Gráfico 7.9: Pregunta N°5 encuesta personal de salud ¿Utilizan la referencia y contra referencia?

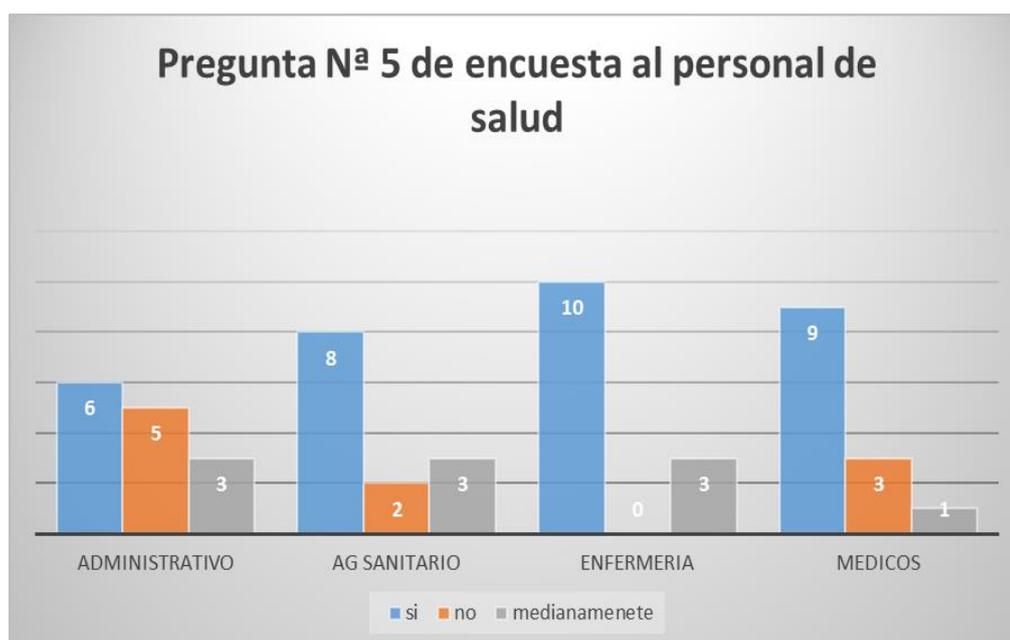


Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Del análisis por tipo de agente resultó que el grupo con mayor utilización de la referencia y contra referencia era el de los médicos,

seguido de los enfermeros-cada uno desde su injerencia en la misma- (Gráfico 7.10).

Gráfico 7.10: Pregunta N°5 encuesta personal de salud desagregada por tipo de agente ¿Utilizan la referencia y contra referencia?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.6 Pregunta N°6 de encuesta personal de ¿Se relaciona su nivel de atención con los otros niveles?

SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 6	1	7	0,54
ADMINISTRATIVO	PREG 6	2	4	0,31
ADMINISTRATIVO	PREG 6	3	2	0,15

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 6	1	11	0,85

AG SANITARIO	PREG 6	2	2	0,15
--------------	--------	---	---	------

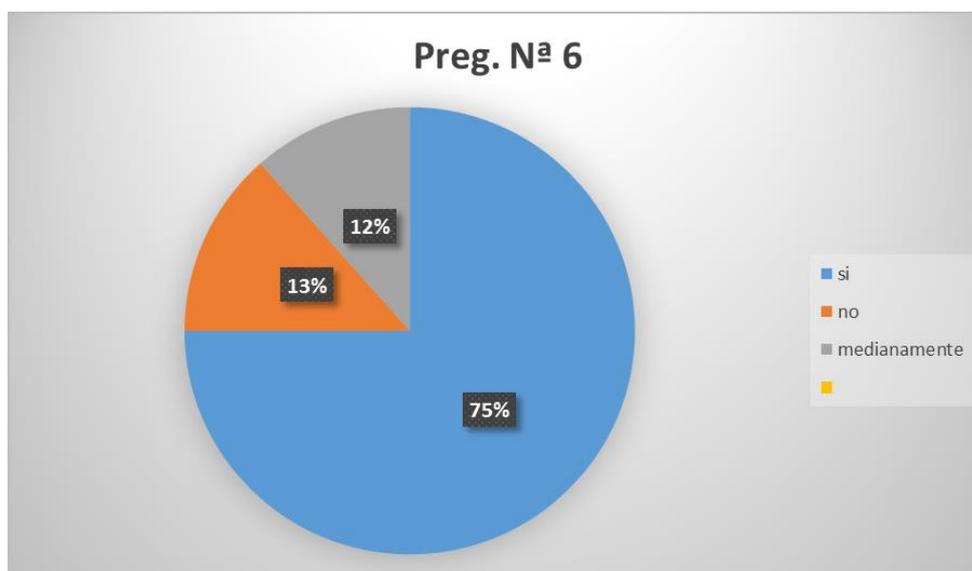
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 6	1	12	0,92
ENFERMERIA	PREG 6	2	1	0,08

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 6	1	9	0,69
MEDICOS	PREG 6	2	3	0,23
MEDICOS	PREG 6	3	1	0,08

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:37:37 -
[Versión: 23/02/2016]

Al analizar las respuestas del personal en general a la pregunta de si se relacionaban con los otros niveles de atención, un 75% respondió afirmativamente, un 13% que no y 12% medianamente. (Graf. 7.11).

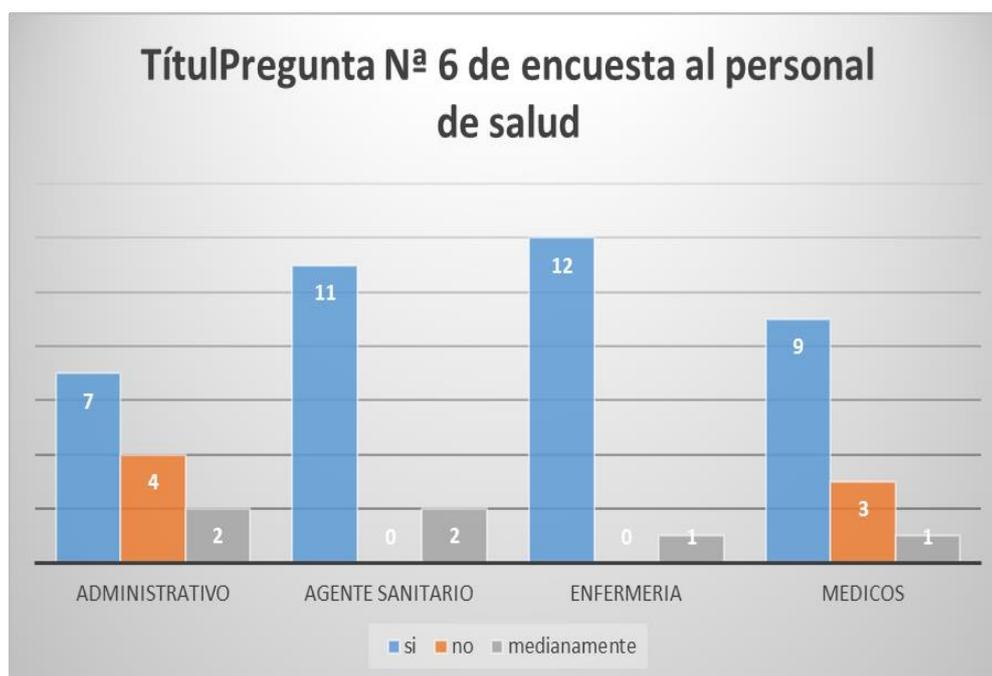
Grafico 7.11: Pregunta N°6 de encuesta personal de ¿Se relaciona su nivel de atención con los otros niveles?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Del análisis de los grupos por separado se observó que el mayor porcentaje que se relacionaba con los otros niveles de atención eran los de enfermería y los agentes sanitarios, seguidos por los administrativos, y en último lugar los médicos. (Gráf.7.12)

Gráfico 7.12: Pregunta N°6 de encuesta personal discriminada por grupo de agentes ¿Se relaciona su nivel de atención con los otros niveles?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tienen referentes Tablas de frecuencias 7.7: Pregunta N°7 de encuesta personal de salud. ¿Posee referentes en el área Cardiovascular en los distintos niveles de atención? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 7	1	8	0,62-no
ADMINISTRATIVO	PREG 7	2	3	0,23-si

ADMINISTRATIVO	PREG 7	3	2	0,15-m
----------------	--------	---	---	--------

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 7	1	6	0,46-no
AG SANITARIO	PREG 7	2	2	0,15-si
AG SANITARIO	PREG 7	3	5	0,38-m

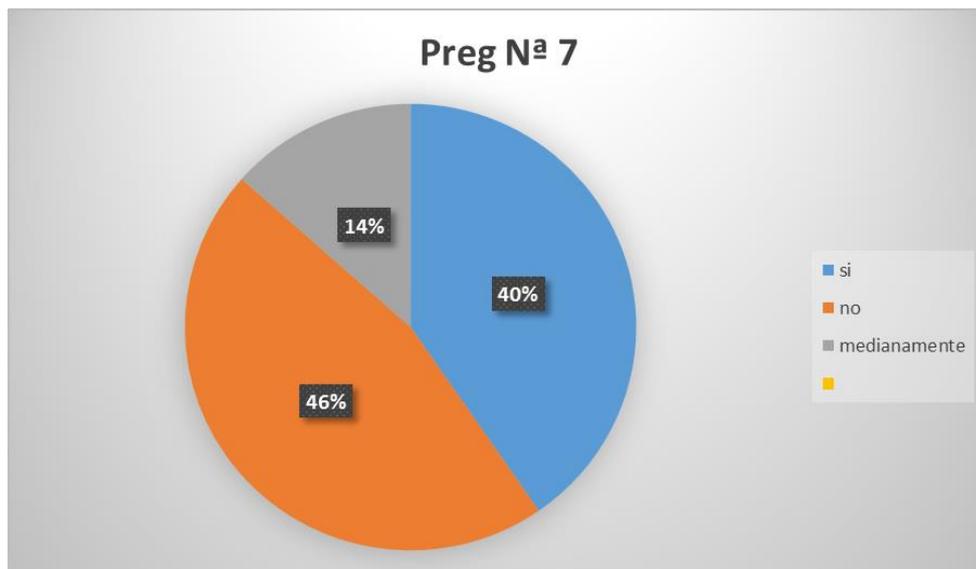
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 7	1	6	0,46-si
ENFERMERIA	PREG 7	2	3	0,23-m
ENFERMERIA	PREG 7	3	4	0,31-no

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 7	1	6	0,46_si
MEDICOS	PREG 7	2	7	0,54-no

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:38:11 -
[Versión: 23/02/2016]

De lo antes expuesto se observó que sólo el 40% poseía referentes en los distintos niveles de atención. El 60 % restante no tenía ningún referente y el 14 % medianamente, como puede observarse en el gráfico 7.11

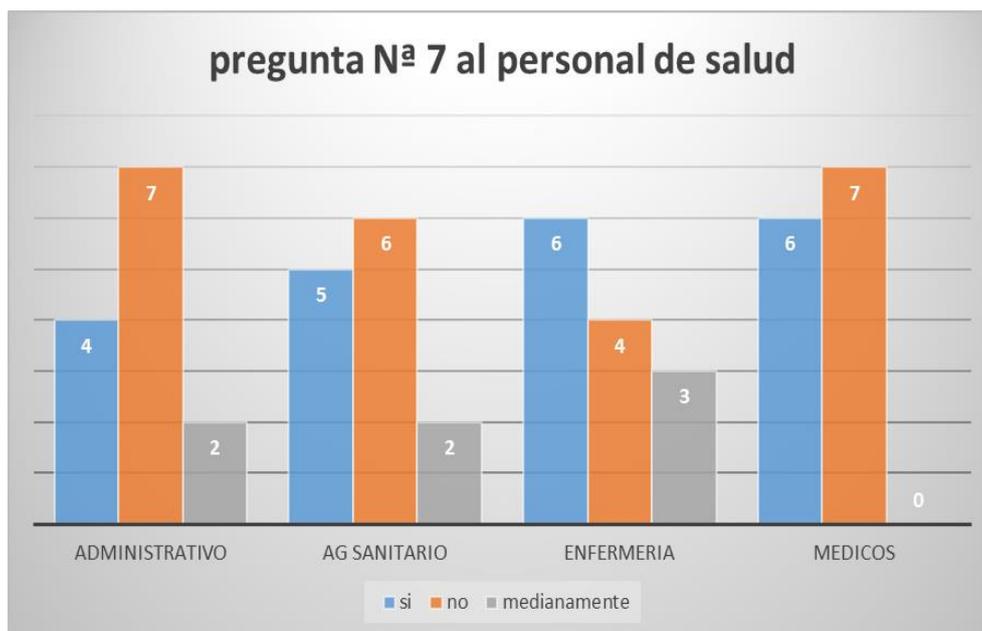
Gráfico 7.13: Pregunta N°7 encuesta personal de salud ¿Tienen referentes en el área Cardiovascular en los distintos niveles?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

, como se representa en el gráfico N° 7.14.

Gráfico 7.14: Pregunta N°7 de encuesta al personal de salud digregada por rupos ¿Tienen referentes en el área Cardiovascular en los distintos niveles?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.8: Pregunta n 8 de encuesta personal ¿Se hace un seguimiento personalizado en pacientes cardiopatas y con riesgo cardiovascular? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 8	1	3	0,23-m
ADMINISTRATIVO	PREG 8	2	5	0,38-si
ADMINISTRATIVO	PREG 8	3	5	0,38-no

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 8	1	10	0,77-si
AG SANITARIO	PREG 8	2	2	0,15-no
AG SANITARIO	PREG 8	3	1	0,08-m

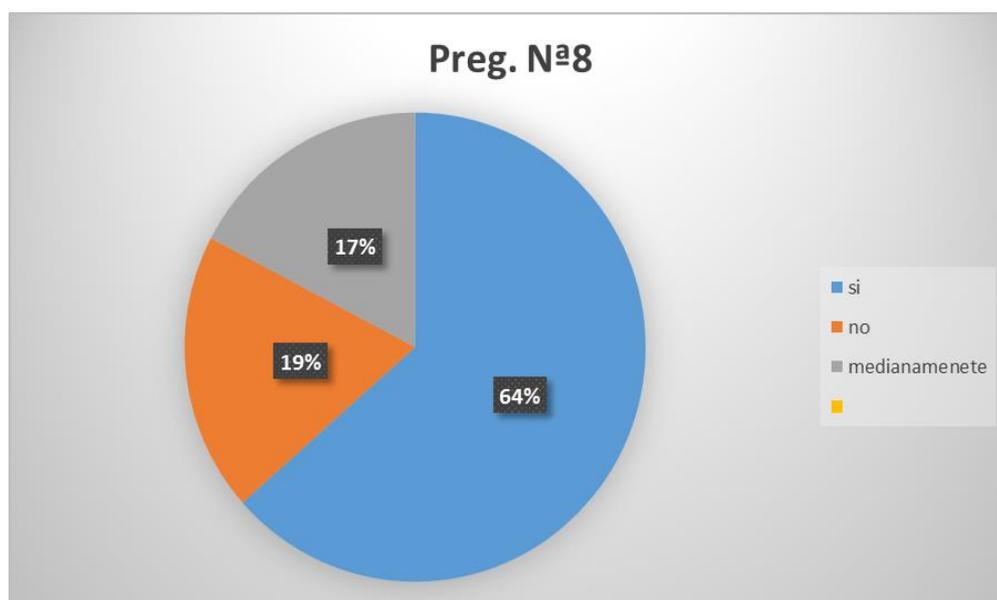
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 8	1	10	0,77-si
ENFERMERIA	PREG 8	2	3	0,23-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 8	1	10	0,77-si
MEDICOS	PREG 8	2	2	0,15-no
MEDICOS	PREG 8	3	1	0,08-m

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:39:14 -
[Versión: 23/02/2016]

El 64 % del personal respondió que sí se hacía un seguimiento personalizado de los pacientes cardíopatas o potencialmente cardíopatas, un 19% que no se hacía seguimiento y un 17 % que medianamente.

Gráfico 7.15: Pregunta n 8 de encuesta personal ¿Se hace un seguimiento personalizado en pacientes cardíopatas y con riesgo cardiovascular?

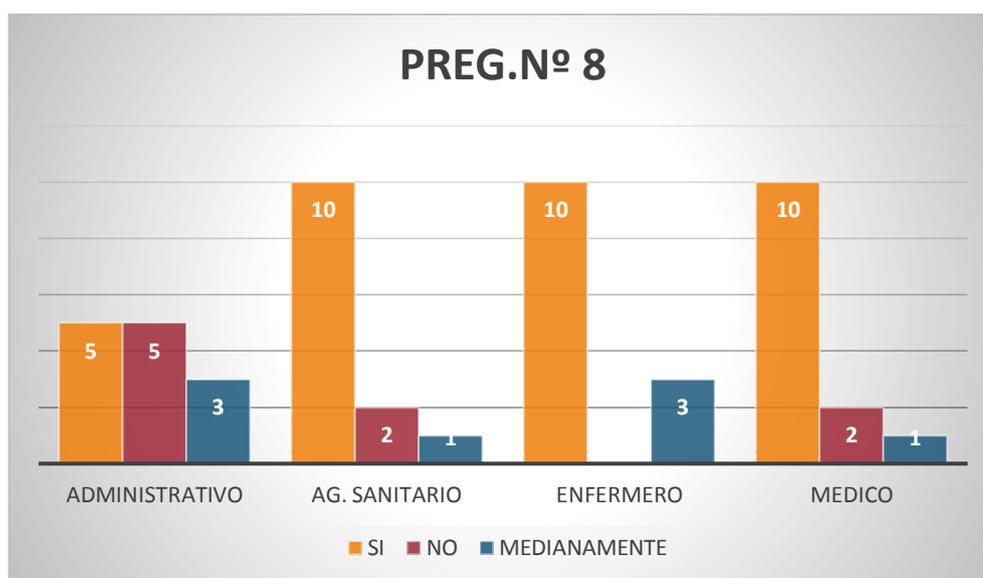


Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Al disgregar por tipo de agente, se observó que el 77%, tanto el grupo de enfermeros, médicos y agentes sanitarios, declaró que se hace un seguimiento personalizado en pacientes cardíopatas y con riesgo

cardiovascular, contra un 38% de los administrativos, como se puede observar en el gráfico N° 7.15.

Gráfico 7.15: Pregunta n 8 de encuesta personal ¿Se hace un seguimiento personalizado en pacientes cardiopatas y con riesgo cardiovascular?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

**Tablas de frecuencias N 7.9: Pregunta N° 9 de encuesta personal de salud
¿La comunicación entre los tres niveles de atención es fluida? SI NO
MEDIANAMENTE**

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 9	1	5	0,38
ADMINISTRATIVO	PREG 9	2	5	0,38
ADMINISTRATIVO	PREG 9	3	3	0,23

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 9	1	4	0,31
AG SANITARIO	PREG 9	2	6	0,46
AG SANITARIO	PREG 9	3	3	0,23

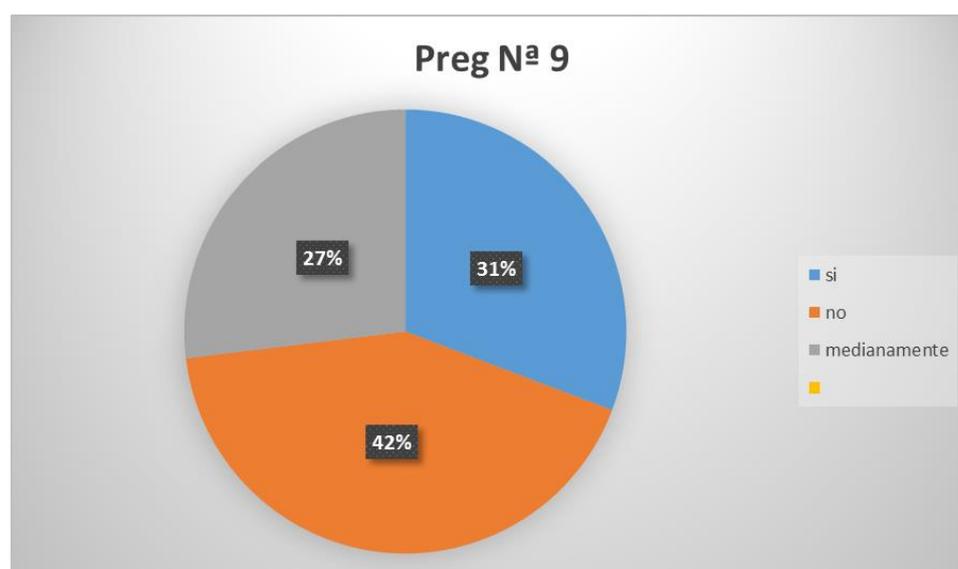
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 9	1	5	0,38
ENFERMERIA	PREG 9	2	4	0,31
ENFERMERIA	PREG 9	3	4	0,31

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 9	1	2	0,15
MEDICOS	PREG 9	2	3	0,23
MEDICOS	PREG 9	3	8	0,62

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:40:40 - [DS Versión: 23/02/2016].

Se detectó que de acuerdo con lo respondido en la pregunta de si la comunicación entre los tres niveles de atención es fluida, sólo el 31% respondió que sí, el 42% que no y el 27 que medianamente, de lo cual se infirió que el nivel de comunicación entre los niveles era muy bajo (Graf. 7.17).

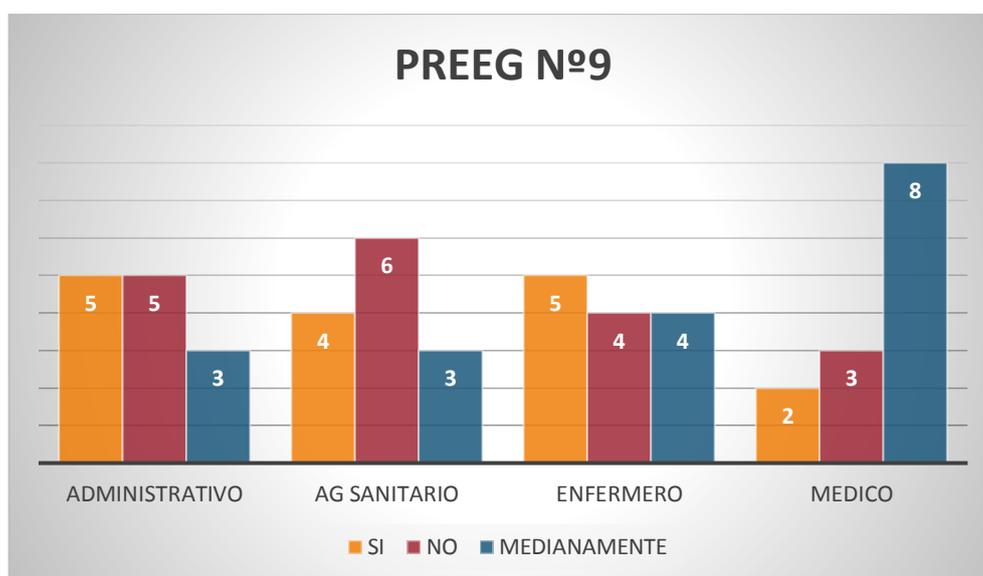
Gráfico 7.17: Pregunta N° 9 de encuesta personal de salud 1 ¿La comunicación entre los tres niveles de atención es fluida?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Al separar por grupos, se concluyó que el grupo que refirió que menos comunicación había entre los niveles fue el de los médicos, quienes respondieron SI sólo un 15%, NO un 62%, y medianamente un 23%. El resto de los grupos fueron homogéneos. Cerca del 50 % respondió que no había comunicación, como se puede observar en el gráfico N° 7.18.

Gráfico 7.18: Pregunta N° 9 de encuesta personal de salud según cada tipo de agente de salud ¿La comunicación entre los tres niveles de atención es fluida?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.10: Pregunta N°10 de encuesta personal ¿El registro del Historial clínico del paciente es completo y de buena calidad? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG10	1	3	0,23-no

ADMINISTRATIVO	PREG10	2	9	0,69
ADMINISTRATIVO	PREG10	3	1	0,08

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG10	1	3	0,23
AG SANITARIO	PREG10	2	2	0,15
AG SANITARIO	PREG10	3	8	0,62

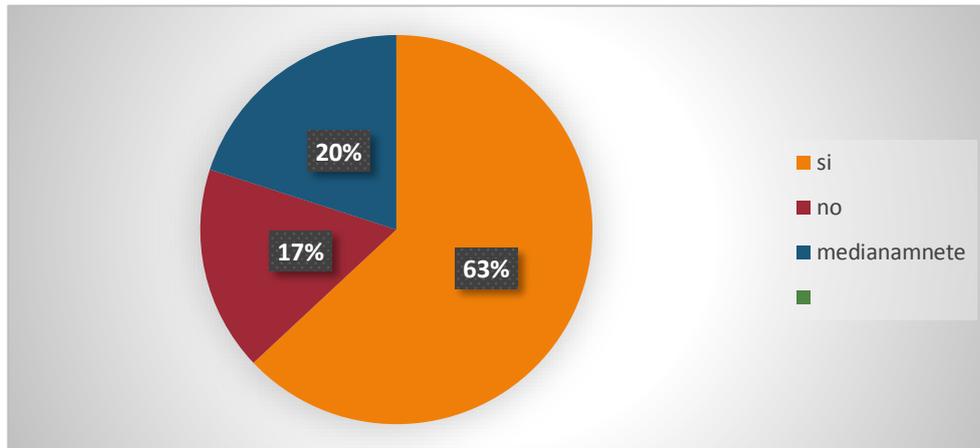
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG10	1	9	0,69
ENFERMERIA	PREG10	2	3	0,23
ENFERMERIA	PREG10	3	1	0,08

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG10	1	8	0,62
MEDICOS	PREG10	2	4	0,31
MEDICOS	PREG10	3	1	0,08

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:41:10 -
[Versión: 23/02/2016]

A la pregunta de si el historial clínico era completo y de buena calidad respondieron en forma global el 60% que sí, un 17 % que no y un 23 % medianamente (gráfico 7.19.).

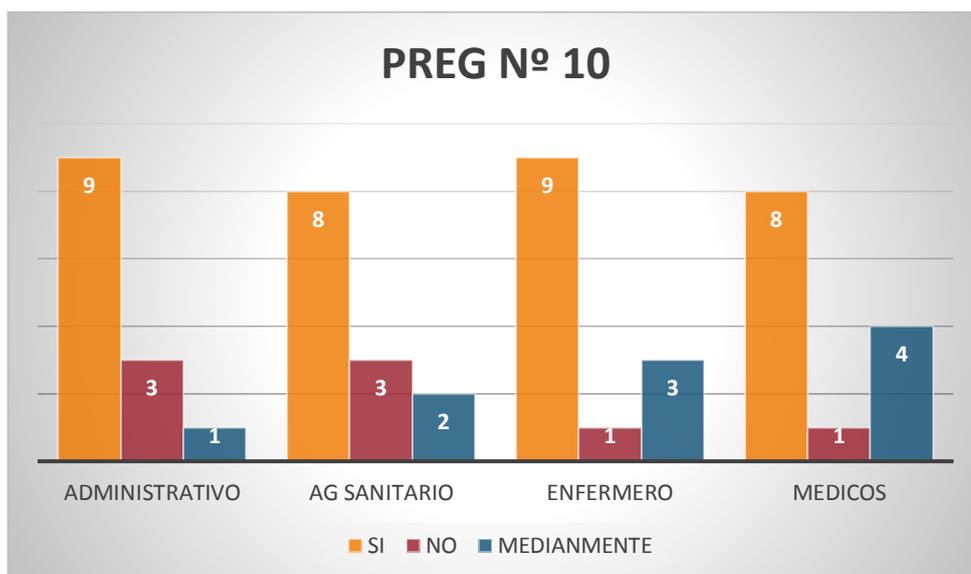
Gráfico 7.19: Pregunta N°10 de encuesta personal ¿El registro del Historial clínico del paciente es completo y de buena calidad?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Ahora bien, cuando se analizó cada tipo de agente por separado, se observó que todos los grupos respondieron en un 60% aproximadamente que el registro del Historial clínico del paciente es completo y de buena calidad. (gráfico. 7.20).

Gráfico 7.20: Pregunta N°10 encuesta personal dividida de acuerdo a tipo de agente ¿El registro del Historial clínico del paciente es completo y de buena calidad?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.11: Pregunta N°11 encuesta al personal ¿Considera Ud. que el paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG 11	1	7	0,46
ADMINISTRATIVO	PREG 11	2	5	0,38
ADMINISTRATIVO	PREG 11	3	1	0,15

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
AG SANITARIO	PREG 11	1	6	0,46
AG SANITARIO	PREG 11	2	1	0,08
AG SANITARIO	PREG 11	3	6	0,46

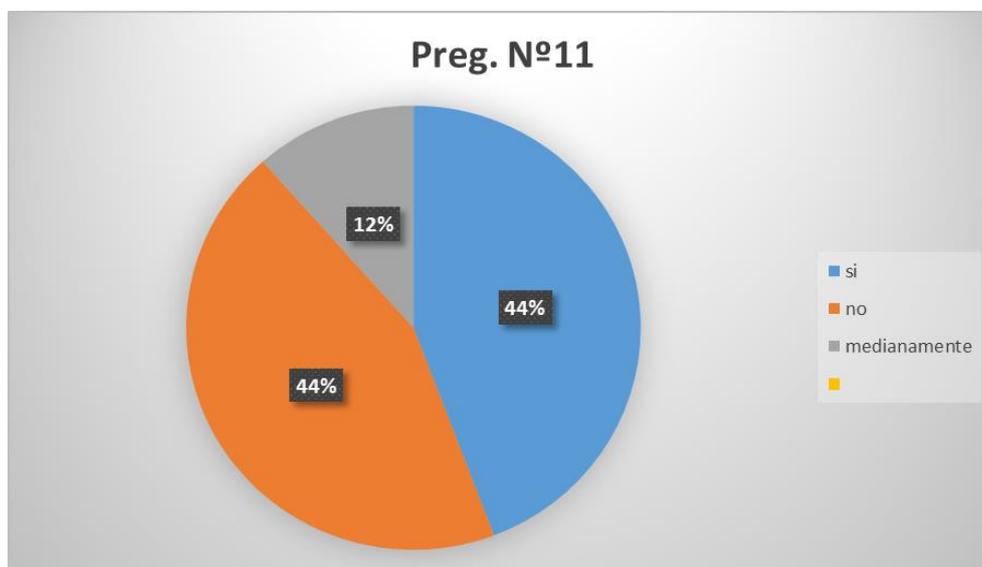
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 11	1	2	0,15
ENFERMERIA	PREG 11	2	5	0,38
ENFERMERIA	PREG 11	3	6	0,46

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 11	1	5	0,38
MEDICOS	PREG 11	2	6	0,46
MEDICOS	PREG 11	3	2	0,15

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:42:12 - [Versión: 23/02/2016].

Cuando se analizaron las respuestas del personal de salud a la pregunta ¿Considera Ud. que el paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia? Sólo el 44% respondió que sí, un 44% que no, y el resto que medianamente. Por lo cual se infiere que el acceso es sub óptimo, como se puede observar en la siguiente gráfica.

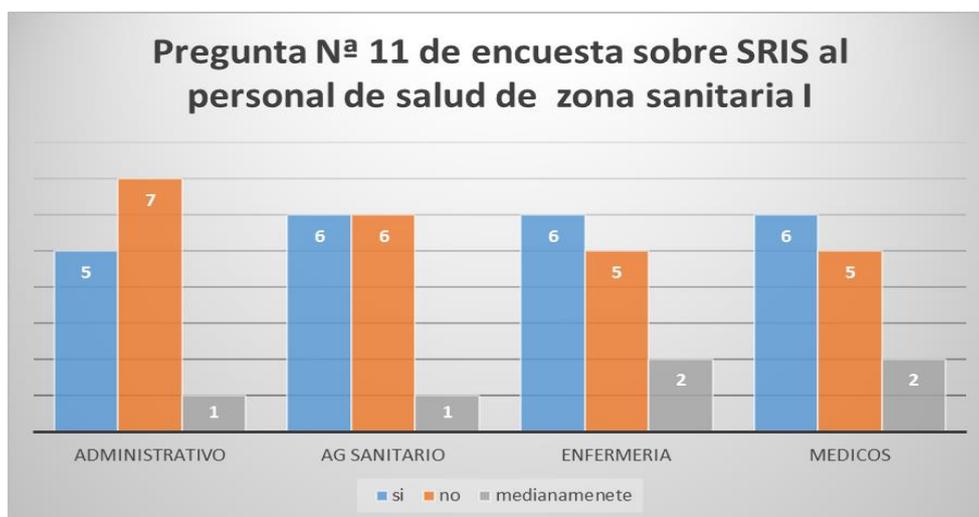
Gráfico 7.21: Pregunta N°11 encuesta al personal ¿Considera Ud. que el paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Cuando se disgregaron y analizaron los grupos por separado, se obtuvieron valores similares para todos los grupos. Alrededor del 40% de percepción de acceso del paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia, como se puede observar en el gráfico 7.22.

Gráfico 7.22: Pregunta N°11 encuesta al personal disgregada por tipo de agente. ¿Considera Ud. que el paciente cardiópata sin cobertura médica puede acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.12 Pregunta N°12 encuesta personal de salud ¿Considera Ud. que la atención de salud del paciente cardiovascular es integral? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	Categorías	FA	FR
ADMINISTRATIVO	PREG12	1	M	1	0,08-m
ADMINISTRATIVO	PREG12	2	NO	6	0,46-no
ADMINISTRATIVO	PREG12	3	SI	6	0,46-si

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	Categorías	FA	FR
AG SANITARIO	PREG12	1	M	3	0,23
AG SANITARIO	PREG12	2	NO	5	0,38
AG SANITARIO	PREG12	3	SI	5	0,38

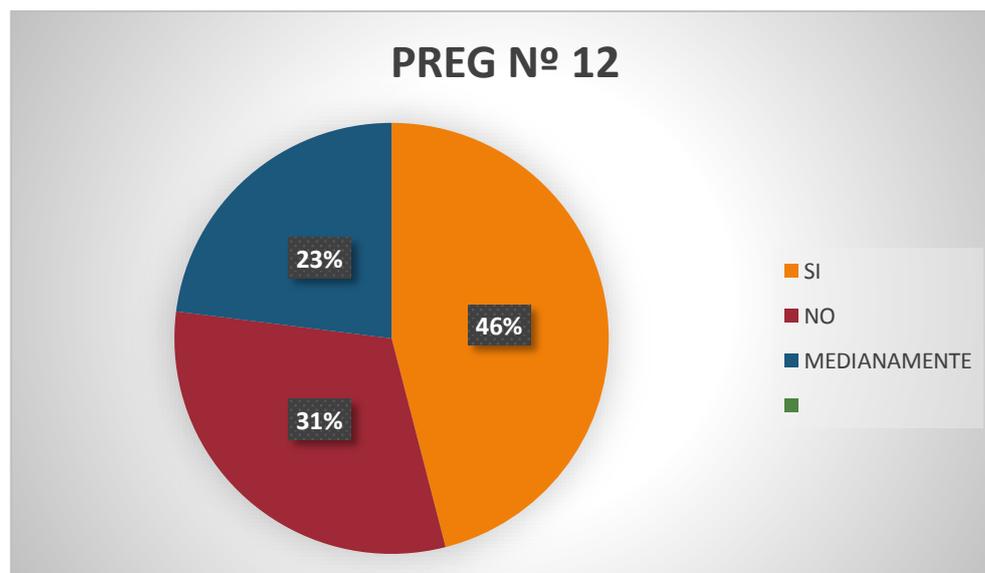
TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	Categorías	FA	FR
ENFERMERIA	PREG12	1	M	5	0,38
ENFERMERIA	PREG12	2	NO	2	0,15
ENFERMERIA	PREG12	3	SI	6	0,46

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	Categorías	FA	FR
MEDICOS	PREG12	1	M	3	0,23
MEDICOS	PREG12	2	NO	4	0,31
MEDICOS	PREG12	3	SI	6	0,46

C:\Users\Marcela\Documents\TABLA TESIS.IDB2: 26/06/2016 - 15:43:07 - [Versión: 23/02/2016].

Se observó que similar a la pregunta número 11, sólo el 46% de las respuestas fueron afirmativas para la consideración de que la atención de salud del paciente cardiovascular era integral, un 31% dijo que no y un 23 que era medianamente integral, como puede observarse en el gráfico 7.23.

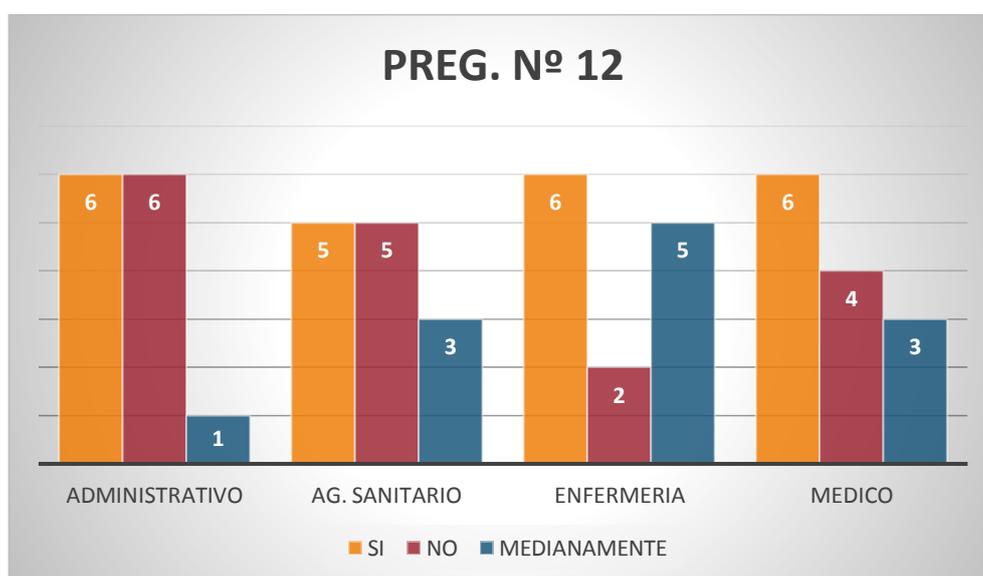
Gráfico 7.23: Pregunta N°12 encuesta personal de salud ¿Considera Ud. que la atención de salud del paciente cardiovascular es integral?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Cuando se analizó cada tipo de agente por separado, la respuesta vuelve a ser homogénea entre los grupos, al igual que en la pregunta N°11(Gráfico 7.24).

Gráfico 7.24: Pregunta N°12 encuesta personal de salud ¿Considera Ud. que la atención de salud del paciente cardiovascular es integral?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de frecuencias 7.13: Pregunta N°13 de encuesta personal ¿Recibe capacitación en el área cardiovascular y del sistema de redes integrados de salud? SI NO MEDIANAMENTE

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ADMINISTRATIVO PREG 13	1	3	0,23-m	
ADMINISTRATIVO PREG 13	2	5	0,38-si	
ADMINISTRATIVO PREG 13	3	5	0,38-no	

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
----------------	----------	-------	----	----

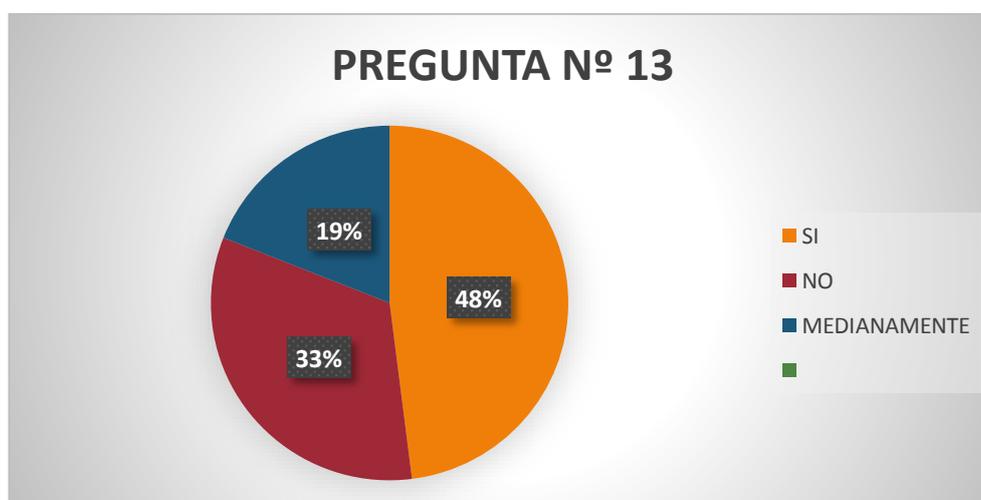
AG SANITARIO	PREG 13	1	5	0,33-no
AG SANITARIO	PREG 13	2	2	0,17-m
AG SANITARIO	PREG 13	3	6	0,50-si

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
ENFERMERIA	PREG 13	1	9	0,69-si
ENFERMERIA	PREG 13	2	3	0,23-no
ENFERMERIA	PREG 13	3	1	0,08-m

TIPO DE AGENTE	Variable	Clase	FA	FR
MEDICOS	PREG 13	1	5	0,38-si
MEDICOS	PREG 13	2	5	0,38-no
MEDICOS	PREG 13	3	3	0,23-m

Según la encuesta que se realizó, la mitad del personal respondió que recibía capacitación en el área cardiovascular y del sistema de redes integrados de salud, un 33% de que no y un 19 % que medianamente, como se ilustra en gráfico contiguo.

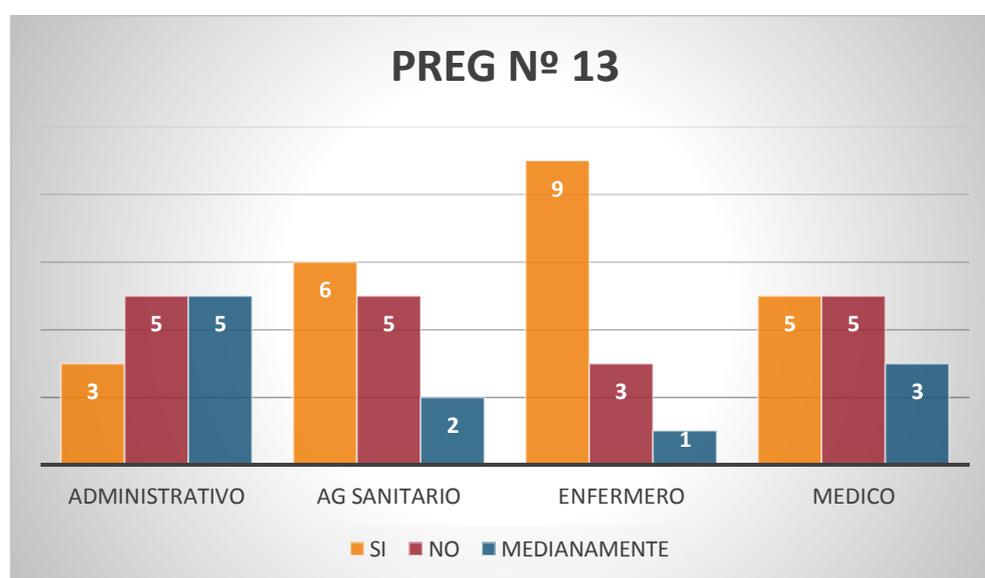
Gráfico 7.25: Pregunta N°13 de encuesta personal ¿Recibe capacitación en el área cardiovascular y del sistema de redes integrados de salud?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Cuando se observó en forma separada por tipo de agente, los que salieron de la media del grupo fueron los enfermeros, quienes indicaron que recibían capacitación en un 69%. (gráfico 7.26).

Gráfico 7.26: Pregunta N°13 encuesta personal según tipo de agente ¿Recibe capacitación en el área cardiovascular y del sistema de redes integrados de salud?



Fuente: elaboración propia en base a los resultados del presente trabajo.

Tablas de contingencia N° 14

Variable 11-1

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG1			
PREG 11	M	NO	SI	Total	
M	2	0	5	7	

NO	10	3	9	22
SI	4	2	17	23
Total	16	5	31	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	6,20	4	0,1849
Chi Cuadrado MV-G2	6,98	4	0,1372
Coef. Conting. Cramer	0,20		
Kappa (Cohen)	0,12		
Coef. Conting. Pearson	0,33		

No hay relación significativa entre el conocimiento de lo que implica el Sistema de Redes Integradas de Salud por parte del personal de salud involucrado en el mismo y la percepción de cobertura a la que puede acceder el paciente cardiópata sin obra social en los diferentes niveles de atención, complejidad y de rehabilitación en la provincia.

El mayor conocimiento por parte del personal de salud del RISS no implica un mayor acceso y cobertura del paciente cardiópata.

Tablas de contingencia N°15

Variables 11 - 2

Frecuencias absolutas

	En columnas: PREG 11			
PREG 2	M	NO	SI	Total
M	1	1	1	3
NO	0	3	1	4
SI	6	18	21	45
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valorgl	p
Chi Cuadrado Pearson	3,02 4	0,5547
Chi Cuadrado MV-G2	3,18 4	0,5278
Coef. Conting. Cramer	0,14	
Kappa (Cohen)	0,10	
Coef. Conting. Pearson	0,23	

El conocimiento del área de cobertura de la Institución a la que pertenece el agente, no está relacionado a que el paciente pueda acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia.

Tablas de contingencia N° 16

Variables 11 - 3

Frecuencias absolutas

En columnas: PREG 11				
PREG3	M	NO	SI	Total
M	3	4	4	11
NO	1	13	10	24
SI	3	5	9	17
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor gl	p
Chi Cuadrado Pearson	5,36 4	0,2524
Chi Cuadrado MV-G2	5,57 4	0,2339

Coef.Conting.Cramer	0,19
Kappa (Cohen)	0,18
Coef.Conting.Pearson	0,31

No hay relación entre el conocimiento que poseen los agentes de salud sobre cuál es el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular según la nominación del Sistema de Redes de Salud en su área de cobertura con la percepción de que el paciente pueda acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia.

Tablas de contingencia Nº 17

Variables 11- 4

Frecuencias absolutas

En columnas: PREG 11				
PREG 4	M	NO	SI	Total
M	2	3	1	6
NO	1	8	6	15
SI	4	11	16	31
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	4,61	4	0,3296
Chi Cuadrado MV-G2	4,50	4	0,3424
Coef. Conting. Cramer	0,17		
Kappa (Cohen)	0,16		

Coef. Conting. Pearson 0,29

El trabajar con protocolo en la atención de pacientes con riesgo cardiovascular no está relacionado con que el paciente pueda acceder a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia.

Tablas de contingencia N°18

Variables 11-5

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 5			
PREG 11	M	NO	SI	Total	
M	5	0	2	7	
NO	2	5	15	22	
SI	2	2	19	23	
Total	9	7	36	52	

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	18,69	4	0,0009
Chi Cuadrado MV-G2	15,05	4	0,0046
Coef. Conting. Cramer	0,35		
Kappa (Cohen)	0,28		
Coef. Conting. Pearson	0,51		

Hay relación significativa entre el uso de la referencia y contra referencia y la posibilidad de que el paciente cardiópata o potencialmente cardiópata sin cobertura médica, pueda acceder a los diferentes niveles de atención, complejidad y de rehabilitación en la provincia.

La falta de utilización de la referencia y contra referencia conlleva a la pérdida de acceso del paciente a la atención a través de los distintos niveles.e

Tablas de contingencia N° 19

Variables 11-6

Frecuencias absolutas

	En columnas: PREG 11			
PREG 6	M	NO	SI	Total
M	3	1	2	6
NO	0	5	2	7
SI	4	16	19	39
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	10,27	4	0,0361
Chi Cuadrado MV-G2	8,88	4	0,0642
Coef. Conting. Cramer	0,26		
Kappa (Cohen)	0,19		
Coef. Conting. Pearson	0,41		

La comunicación entre los niveles de atención y percepción de la posibilidad de que el paciente cardiópata o potencialmente cardiópata sin cobertura médica, pueda acceder a los diferentes niveles de atención, complejidad y de rehabilitación en la provincia, no tiene una

relación estadísticamente clara, por lo cual se desmenuzó según tipo de agente.

Tabla de contingencia N°20

TIPO DE AGENTE = ADMISTRATIVO

7. a)

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
TIPO DE AGENTE PREG 6		M	NO	SI	Total
ADMISTRATIVO	M	1	0	1	2
ADMISTRATIVO	NO	0	3	1	4
ADMISTRATIVO	SI	1	3	3	7
ADMISTRATIVO	Total	2	6	5	13

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	4,13	4	0,3884
Chi Cuadrado MV-G2	4,99	4	0,2883
Coef. Contin. Cramer	0,33		
Kappa (Cohen)	0,26		
Coef. Conting. Pearson	0,49		

TIPO DE AGENTE = AG SANITRIO

7 b)

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
TIPO DE AGENTE	PREG 6	M	NO	SI	Total
AG SANITRIO	M	0	1	1	2
AG SANITRIO	SI	1	5	5	11
AG SANITRIO	Total	1	6	6	13

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	0,20	2	0,9062
Chi Cuadrado MV-G2	0,35	2	0,8399
Coef. Conting. Cramer	0,09		
Coef. onting. Pearson	0,12		

TIPO DE AGENTE = ENFERMERIA

7 c)

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
TIPO DE AGENTE	PREG 6	M	NO	SI	Total
ENFERMERIA	M	1	0	0	1
ENFERMERIA	SI	1	5	6	12
ENFERMERIA	Total	2	5	6	13

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	5,96	2	0,0508
Chi Cuadrado MV-G2	4,28	2	0,1178
Coef. Conting. Cramer	0,48		

Coef. Conting. Pearson 0,56

TIPO DE AGENTE = MEDICOS

7d)

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
TIPO DE AGENTE	PREG 6	M	NO	SI	Total
MEDICOS	M	1	0	0	1
MEDICOS	NO	0	2	1	3
MEDICOS	SI	1	3	5	9
MEDICOS	Total	2	5	6	13

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	7,03	4	0,1343
Chi Cuadrado MV-G2	5,64	4	0,2279
Coef. Conting. Cramer	0,42		
Kappa (Cohen)	0,34		
Coef. Conting. Pearson	0,59		

Al realizar las tablas de contingencia por separado, nos da que no hay relación significativa en ninguno de los grupos de agentes de salud, determinándose que la comunicación entre los niveles de atención no está relacionada con la percepción de la posibilidad de que el paciente cardíopata o potencialmente cardíopata sin cobertura médica pueda acceder a los diferentes niveles de atención, complejidad y de rehabilitación en la provincia.

Tabla de Contingencia N° 21

Variables 11_7

Frecuencias absolutas

	En columnas: PREG 11			
PREG 7	M	NO	SI	Total
M	2	1	4	7
NO	2	15	8	25
SI	3	6	11	20
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	7,28	4	0,1220
Chi Cuadrado MV-G2	7,43	4	0,1150
Coef. Conting. Cramer	0,22		
Kappa (Cohen)	0,24		
Coef. Conting. Pearson	0,35		

No es significativa la relación entre la presencia de los referentes cardiovasculares y el acceso del paciente sin obra social a la atención en los diferentes niveles de atención.

La falta de referente cardiovascular no conlleva a la dificultad en el acceso a la atención a través de los 3 niveles de asistencia a los pacientes cardíopatas o con riesgo cardiovascular.

Tablas de contingencia N°22

Variables 11-8**Frecuencias absolutas**

	En columnas: PREG 11			
PREG 8	M	NO	SI	Total
M	4	4	2	10
NO	0	5	2	7
SI	3	13	19	35
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	10,95	4	0,0272
Chi Cuadrado MV-G2	10,27	4	0,0361
Coef. Conting. Cramer	0,26		
Kappa (Cohen)	0,25		
Coef. Conting. Pearson	0,42		

Hay una relación significativa entre el seguimiento del paciente cardiovascular o con riesgo y su acceso a los distintos niveles de atención.

Tabla de contingencia N° 23**Variables 11-9****Frecuencias absolutas**

	En columnas: PREG 11			
PREG 9	M	NO	SI	Total

M	4	3	7	14
NO	3	13	5	21
SI	0	6	11	17
Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	11,92	4	0,0180
Chi Cuadrado MV-G2	13,91	4	0,0076
Coef. Conting. Cramer	0,28		
Kappa (Cohen)	0,29		
Coef. Conting. Pearson	0,43		

La comunicación entre los niveles de atención se relaciona significativamente con el acceso a la atención a través de los 3 niveles de asistencia a los pacientes cardiopatas o con riesgo cardiovascular.

Tabla de contingencia N° 24

Variables 11-10.

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
PREG10	M	NO	SI	Total	
M	2	6	3	11	
NO	1	5	1	7	
SI	4	11	19	34	
Total	7	22	23	52	

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	6,03	4	0,1973
Chi Cuadrado MV-G2	6,35	4	0,1744
Coef.Conting.Cramer	0,20		
Kappa (Cohen)	0,20		
Coef.Conting.Pearson	0,32		

No es significativa la calidad de la historia clínica con la accesibilidad de los pacientes a la atención de los 3 niveles.

Tabla de contingencia N°25.

Variables 11-10-5

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
PREG10	PREG 5	M	NO	SI	Total
M	M	2	2	0	4
M	NO	0	1	0	1
M	SI	0	3	3	6
NO	M	0	0	1	1
NO	NO	0	2	0	2
NO	SI	1	3	0	4
SI	M	3	0	1	4
SI	NO	0	2	2	4
SI	SI	1	9	16	26
Total	Total	7	22	23	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	33,07	16	0,0072
Chi Cuadrado MV-G2	33,89	16	0,0056
Coef.Conting.Cramer	0,46		
Coef.Conting.Pearson	0,62		

Al relacionar la calidad del registro de HC del paciente y la referencia y contra referencia, incide en la accesibilidad del paciente a los diferentes niveles de atención.

Tablas de contingencia Nº 26

Frecuencias absolutas

En columnas: PREG 5				
PREG10	M	NO	SI	Total
M	4	1	6	11
NO	1	2	4	7
SI	4	4	26	34
Total	9	7	36	52

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	5,11	4	0,2760
Chi Cuadrado MV-G2	4,39	4	0,3557
Coef.Conting.Cramer	0,18		
Kappa (Cohen)	0,22		
Coef.Conting.Pearson	0,30		

La relación entre la utilización de la referencia y contra referencia y la buena calidad de la historia clínica del paciente probablemente no sea significativa debido a que el registro de la atención del historial clínico lo lleva sólo el referente y no el contra referente.

Por eso hay una subestimación de la importancia de la referencia y contra referencia en la construcción del historial del paciente, pero que sí se ve al interaccionarla con otras variables.

Tablas de contingencia Nº 27

Variables 11-12.

Frecuencias absolutas

		En columnas: PREG 11			
PREG12	M	NO	SI	Total	
M	4	3	5	12	
NO	1	13	3	17	
SI	2	6	15	23	
Total	7	22	23	52	

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	16,63	4	0,0023
Chi Cuadrado MV-G2	15,82	4	0,0033
Coef. Conting. Cramer	0,33		
Kappa (Cohen)	0,39		
Coef. Conting. Pearson	0,49		

Hay una relación altamente significativa entre la atención de salud integral del paciente cardiovascular y el acceso del

paciente cardiópata o potencialmente cardiópata sin cobertura médica a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia.

Tabla de contingencia N° 28

Variables 11- 13

Frecuencias absolutas

	En columnas: PREG 11			
PREG 13	M	NO	SI	Total
M	3	2	6	11
NO	1	12	2	15
SI	3	8	14	25
Total	7	22	22	51

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	13,48	4	0,0091
Chi Cuadrado MV-G2	13,88	4	0,0077
Coef.Conting.Cramer	0,30		
Kappa (Cohen)	0,32		
Coef.Conting.Pearson	0,46		

La relación la accesibilidad del paciente a los 3 niveles de atención y la capacitación brindada por redes es significativa.

Tabla de Contingencia N° 29

Variables 13- 1**Frecuencias absolutas**

PREG1	PREG 13	Total	Porcentaje
M	M	3	5,88
M	NO	9	17,65
M	SI	4	7,84
NO	M	2	3,92
NO	SI	3	5,88
SI	M	6	11,76
SI	NO	6	11,76
SI	SI	18	35,29
Total	Total	51	100,00

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	29,78	7	0,0001
Chi Cuadrado MV-G2	24,71	7	0,0009
Coef.Conting.Cramer	0,76		
Coef.Conting.Pearson	0,61		

La relación entre la capacitación brindada por Redes y el conocimiento del Sistema de Redes Integradas de Salud es altamente significativo.

Tabla de contingencia N° 30.

Variables 11- 13-1

Frecuencias absolutas.

		En columnas: PREG 11			
PREG1	PREG 13	M	NO	SI	Total
M	M	1	2	0	3
M	NO	1	7	1	9
M	SI	0	1	3	4
NO	M	0	0	2	2
NO	SI	0	3	0	3
SI	M	2	0	4	6
SI	NO	0	5	1	6
SI	SI	3	4	11	18
Total	Total	7	22	22	51

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	27,97	14	0,0144
Chi Cuadrado MV-G2	34,50	14	0,0017
Coef.Conting.Cramer	0,43		
Coef.Conting.Pearson	0,60		

La relación del conocimiento del sistema de Redes junto a la capacitación brindada por Redes es significativa en la accesibilidad del paciente cardíopata o probablemente cardíopata a los diferentes niveles de atención, pero la variable que determina el acceso es la capacitación.

Tablas de contingencia N 31

Variables 5-4**Frecuencias absolutas**

		En columnas: PREG 5			
PREG 4	M	NO	SI	Total	
M	4	0	2	6	
NO	2	3	10	15	
SI	3	4	24	31	
Total	9	7	36	52	

Estadístico	Valor	gl	p
Chi Cuadrado Pearson	12,35	4	0,0149
Chi Cuadrado MV-G2	9,98	4	0,0408
Coef.Conting.Cramer	0,28		
Kappa (Cohen)	0,24		
Coef.Conting.Pearson	0,44		

La relación entre la utilización de protocolos en atención del paciente cardiovascular y la utilización de la referencia y contra referencia es significativa.

La falta de protocolos conlleva en forma directa a la falta de utilización de la referencia y contra referencia; pero la falta de protocolo por sí solo no se relaciona directamente con la mayor accesibilidad de los pacientes cardiópatas y potencialmente cardiópatas a los diferentes niveles de atención de salud.

TABLA N^o 32 DE RESULTADO DE LAS ENTREVISTAS A MANDOS SUPERIORES E INTERMEDIOS.

Categorías	Indicadores	Mandos superiores Hospital.	Mandos Intermedios Hospital.	Mandos superiores ECNT	Mandos Superiores REDES	Mandos intermedios CAPS
DELIMITACIÓN DE FUNCIONES (POSICIONES-ROLES)	Recepción del paciente con RCVG o cardiópata	Reciben los pacientes desde la guardia central o por consultorio externos ó a través de derivación de pacientes.	Respondieron que los pacientes ingresan por guardia, consultorio o en gran parte auto referenciados.	Respondieron que los pacientes con RCVG ingresan al sistema a través de la nominalización hecha por los Agentes Sanitarios, y en algunos casos auto referenciados	Los pacientes con RCVG ingresan a través del agente sanitario por la detección en terreno.	Los realizan los Agentes Sanitarios de acuerdo al área de cobertura del CAPS. Lo que se ha logrado medianamente
	Hay referente en cardiología en cada nivel.	Si	No	Si	Si	No
	Derivación del paciente.	Respondieron que a través del servicio de derivación de pacientes se receptan pacientes derivados y se gestionan las derivaciones que fueran pertinentes desde el hospital.	Informaron que se reciben pacientes derivados de otras instituciones a través de derivación de pacientes y se derivan a través del mismo cuando no se puede ofrecer la complejidad, o por falta de cama	Informaron que ECNT no trabaja directamente con el paciente sino en la capacitación y difusión y prevención, pero el circuito debería ser, CAP a Hospital si fuera necesario y viceversa.	Respondieron que el paciente reclutado por el Ag. Sanitario es derivado al médico del centro primario y este lo deriva al hospital si fuere necesario para realización de estudios y/o interconsultas	Informaron que el paciente reclutado por el Ag. Sanitario es derivado al médico del centro primario y este lo deriva al hospital si fuere necesario para realización de estudios y/o interconsultas.
	Manejo de tecnología-informática (formularios de empadronamiento y seguimiento)	Si	No	No	Medianamente	Medianamente
	Uso del protocolo de diagnóstico y seguimiento en la atención del paciente.	Respondieron que sí, pero que dependía del área o servicio.	Informaron que sí, en el diagnóstico, pero no en el seguimiento	Respondieron que se intentaba protocolizar a través del uso de las guías clínicas.	Dijeron que se intentaba protocolizar a través del uso de las guías clínicas.	Respondieron que se e intentaba protocolizar a través del uso de las guías clínicas.
	Conoce el porcentaje de pacientes con riesgo cardiovascular en el área de cobertura sin cobertura médica.	No	No	Si a través de la nominación de REDES con RCVG	Si a través de la nominación de REDES con RCVG	Si a través de la nominación de REDES con RCVG

	Quien ejerce la coordinación de los órganos que componen la red	El ministerio.	No están interiorizados en la Sistemática de REDES.	La coordinación de redes y el 1ª nivel de atención supervisados por los ministerios de salud de la Nación y Provincial	La coordinación de redes y el 1ª nivel de atención supervisados por los ministerios de salud de la Nación y Provincial	La coordinación de redes y el 1ª nivel de atención supervisados por los ministerios de salud de la Nación y Provincial.
	Monitoreo y evaluación de los resultados de los procesos.	Si en sectores.	No	Si en sectores.	Si	Si en forma parcial.
	Capacitación del RRHH.	Si	Si escasa.	Si Moderada.	Si	Insuficiente.
COMUNICACIÓN ENTRE LOS TRES NIVELES	Visitas múltiples a diferentes sitios asistenciales por la misma demanda.	Medianamente	Frecuente.	Frecuente.	Frecuente.	Frecuente.
	Orientación del paciente.	Hay un área dedicada a la orientación al paciente	Hay un área dedicada a la orientación al paciente; pero de reciente implementación.	Recepción del Caps y área dedicada a la orientación al paciente en hospital.	Recepción del Caps y área dedicada a la orientación al paciente en hospital	Recepción del Caps.
	Instrumentos para comunicar los servicios del SRIS.	Derivación de pacientes.	Informal.	Referencia y contra referencia, pero en su mayor parte Informal.	Referencia y contra referencia.	Referencia y contra referencia; pero con baja aplicación.
	Se trabaja o coordina con programas ó proyectos nacionales, provinciales y municipales	Si.	No, se trabaja solo en respuesta a la demanda asistencial.	Si trabajan en base y con proyectos y programas y son parte de ellos.	Si trabajan en base y con proyectos y programas y son parte de ellos.	Si trabajan en base y con proyectos y programas y son parte de ellos.
	Software o soporte informático del sistema de referencia y contra referencia	Se encuentra en instalación.	No.	No solo intentos de realización.	Se encuentran en las etapas iniciales	No.
	Registro de información, historia clínica (HC).	No se encuentra en instalación.	No.	No; pero es un objetivo próximo.	Se encuentran en las etapas iniciales.	Se encuentran en las etapas iniciales.
	Ficheros cronológicos	No.	No.	Si de implementación regular.	Si de implementación regular.	Si de implementación regular.
	Abordaje inter niveles de la casuística	No.	No.	No.	No.	No.

Fuente elaboración propia en base a las entrevistas realizadas a mandos superiores e intermedios del personal relacionado al sistema de REDES en el paciente con RCVG o cardiópatas.

VIII CONCLUSIÓN

En esta tesis se intentó conocer el funcionamiento del Sistema de Redes Integradas de Salud para el paciente cardiópata o potencialmente cardiópata en la provincia de La Rioja, para lo cual se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el Sistema de Redes Integradas de Salud (RISS) y el programa de REDES de nuestro país, tanto en su origen, definición, conceptos fundamentales, atributos, antecedentes en Latinoamérica y el Caribe, sus normas de aplicación en nuestro país y su método de implementación en la provincia de La Rioja. Para este fin también se realizaron entrevistas a mandos superiores e intermedios y encuestas al personal de salud de la Zona Sanitaria I de La Rioja.

Se observó la gran influencia de los cambios demográficos y de los determinantes de la salud como el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y las comorbilidades; el aumento de la expectativa de vida, los estilos de vida poco saludables, violencia, accidentes y los problemas mentales. Éstos exigieron respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud y quedó el modelo de atención de la salud pública que estaba orientado a los servicios de atención de agudos y centrado en la enfermedad con una visión fragmentada en el individuo aislado del medio ambiente, con recursos destinados a la tecnología y especialidades hospitalarias disfuncional, lo cual provocó falta de acceso a los servicios y congruencia de los mismos con las necesidades de salud de los pacientes con enfermedades crónicas y llevó a la pérdida de continuidad de la atención, demanda reprimida, largas listas de espera, derivaciones tardías, necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de

enfermedad, con baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles y baja satisfacción de los ciudadanos.

Lo descripto creó la necesidad de reorientar el modelo de atención hacia una visión integral del individuo y su comunidad focalizada en el 1° Nivel de Atención y en el trabajo intersectorial.

Todo esto motivó que las organizaciones internacionales, evaluaran mecanismos para dar solución a estas problemáticas de las cuales surgieron las Redes Integradas de los Servicios de Salud.

El 2 de octubre del 2009, durante el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud.

De acuerdo con las entrevistas realizadas a los referentes de REDES y a mandos superiores e intermedios de Zona Sanitaria I, se investigó que el Programa Redes se desarrolla en la provincia de La Rioja desde el año 2011, circunscripto en la Zona Sanitaria I (zona urbana). Bajo el Programa Nacional REMEDIAR+REDES, los efectores de la red debían ser efectores Remediar (recibir botiquín del programa Remediar), con lo cual, de los 22 CAPS de la Ciudad Capital se trabajaba con 21 de ellos. Esto se debió a que el nacimiento del Programa Redes es a través del Programa Remediar + Redes. A principios de 2014, el programa Redes se desprende del Remediar y logra una identificación propia. Se elaboró un proyecto a tres años de ejecución con consultoría nacional, que se llevó a cabo mediante financiamiento internacional a través de reembolsos y el pago de incentivos por logro de objetivos.

Para el monitoreo de evolución del proyecto, los evaluadores aplican indicadores que se miden cada cuatro meses desde la unidad ejecutora central, es decir, Programa Redes Nación, por medio de auditoría externa.

El objetivo del proyecto es fortalecer las estrategias de atención primaria de la salud y generar redes de trabajo de manera transversal, como así también entre el PNA y el SNA

El proyecto está elaborado sobre un plan operativo anual físico y un plan operativo anual financiero.

La matriz, marco lógico, presenta cuatro componentes:

- a) sistema de referencia y contra referencia;
- b) integración de procesos institucionales;
- c) mecanismos definidos de ingreso al sistema de salud, y
- d) red de laboratorio organizada ágil y fortalecida.

Implementación de ficheros cronológicos y su impacto en el registro Cardiovascular Global de Redes estos ficheros fueron instalados para unificar criterios de registros, homogenizar los mismos y tener un mecanismo de seguimiento para los pacientes con enfermedades crónicas.

En esta tesis se analizaron, además, las debilidades y fortalezas del Sistema de Redes Integradas de Salud en la provincia de La Rioja y se intentó distinguir en qué nivel/es de la red se encuentran el o los obstáculos para optimizar su funcionamiento.

Se procuró dar respuesta a las causas por las cuales el modelo teórico de Redes Integrales de Salud no se logra implementar y porqué son disfuncionales en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares. Se efectuó un análisis desde un estudio Exploratorio- Descriptivo- Explicativo, con encuestas que se evaluaron a través de tablas de frecuencia y de contingencia y también entrevistas que se interpretaron mediante la operacionalización de las variables estudiadas disgregadas en indicadores.

Se concluyó en los siguientes puntos.

--A través del presente estudio se objetivó que no hay **delimitación de funciones técnico-administrativas, posiciones y roles** entre los

actores de la red y éstas son difusas en su aplicación. Aunque la teoría lo explicita bien, los actores no han podido empoderarse de ello.

--Se observó también que la falla en la implementación adecuada se encuentra en la **gobernanza** del sistema, ya que no es clara; los actores de segundo y tercer nivel no están inmersos en la temática y no conocen, en su mayoría, quién ejerce la coordinación de los órganos que componen la red. La gobernanza única del Sistema de Redes Integradas de Salud inscrita en el primer nivel es un obstáculo para la interacción de los tres niveles, puesto que éste no transfiere el conocimiento de trabajo en red a los niveles subsiguientes y no los hace partícipes del mismo; en consecuencia, funcionan como compartimentos estancos.

--- Dentro de la programática de Redes se realiza la **nominalización** y el empadronamiento de la población a cargo. A tal fin, se llena un formulario con datos que permiten, en segunda instancia, la clasificación para estimar el riesgo cardiovascular global (RCVG) mediante la información del empadronamiento más el acto médico según corresponda, utilizando la guía de bolsillo Clasificación de Riesgo Cardiovascular Global (OMS, 2008) y una vez calculado el RCVG, se continúa el seguimiento con los ficheros cronológicos. Pese a que el 70% del personal conoce cuál es su población a cargo, sobre todo el personal de los CAPS, solo el 33% tiene un conocimiento acabado acerca de los pacientes con RCVG (riesgo cardiovascular global).

--- Con respecto a este mecanismo **de recepción y derivación** del paciente con RCVG o cardiópata, se observó que no siguen, en su mayoría, los pasos del sistema en red, su ingreso al mismo, que debe ser a través de la puerta del primer nivel se realiza generalmente por auto referencia al Hospital.

---La aplicación del sistema de **referencia y contra referencia** de datos es inadecuado y esto impacta en su funcionamiento, por ser una herramienta fundamental para el funcionamiento de la red.

Se observó que es de escasa implementación, sobre todo en el 2º y 3º nivel, no obstante, en el 1º nivel refieren una utilización del 67%, lo cual se determinó, tanto en el análisis de las entrevistas como en el de las encuestas.

Hay una relación significativa entre el uso de la referencia y contra referencia y la posibilidad de que el paciente cardíopata o potencialmente cardíopata sin cobertura médica pueda acceder a los diferentes niveles de atención, complejidad y rehabilitación en la provincia. La falta de su utilización conlleva a la pérdida de este acceso y a visitas múltiples a diferentes sitios asistenciales por la misma demanda.

---Cuando se relacionó la **calidad del registro de HC** del paciente y la referencia y contra referencia, se determinó estadísticamente que la misma incide en la accesibilidad del paciente a los diferentes niveles de atención y que no está informatizada ni unificada a través de la red. Los ficheros cronológicos fueron distribuidos en la mayoría de los centros primarios de salud pero no se registró una correlación del llenado de los mismos con la densidad poblacional de cada centro de salud primario ni con la del porcentaje con RCVG. Hay una relación significativa entre el seguimiento del paciente cardiovascular o con riesgo y su acceso a los distintos niveles de atención, lo cual se ha logrado según las encuestas, sólo en el 60% de los casos.

--- La falta de **protocolos** conduce directamente a la no utilización de la referencia y contra referencia, pero la falta de protocolo por sí solo no se relaciona directamente con la mayor accesibilidad de los pacientes cardíopatas y potencialmente cardíopatas a los diferentes niveles de atención de salud sino a través de la referencia- contra referencia. Según las encuestas, un 60% del personal trabaja con protocolos y éste es más alto en el subgrupo de enfermería. La mayoría utiliza protocolos de asistencia y pocos, protocolos de trabajo en red o de las guías clínicas.

---La **comunicación** no es suficientemente fluida entre las instituciones que componen la red e influye negativamente en su funcionamiento y en el acceso a la atención a través de los 3 niveles de asistencia a los pacientes, lo cual tiene un gran impacto debido a que la comunicación entre los niveles es, según las encuestas, fluida sólo en un 31% de los casos y escasa, según la mayoría de las entrevistas.

---No hay aplicación de instrumentos para comunicar los servicios del SRIS en forma masiva.

---Se observó en los dos modelos de análisis, que no hay **referentes en cardiología** en cada nivel, al menos claramente identificados por los actores, pero según el análisis de contingencia de esta variable con el acceso a la atención integral del paciente, no sería una influencia significativa en el mismo.

--- Hay una relación estrecha entre la atención de **salud integral** del paciente cardiovascular y el acceso del paciente cardiópata o potencialmente cardiópata sin cobertura médica a los diferentes niveles de complejidad y de rehabilitación en la provincia, lo cual según las encuestas, se ha logrado en un 46% de los casos.

---Se evaluó si había falta de **conocimiento y formación** por parte del personal y autoridades de salud, sobre el sistema de redes integradas de salud y se determinó que la relación del conocimiento del sistema de Redes junto a la **capacitación** brindada por Redes es significativa en la accesibilidad del paciente a los diferentes niveles de atención, pero la variable que determina el acceso es la capacitación, que según el resultado general de las encuestas es óptima sólo en un 50% de los casos, salvo en el subgrupo de personal de enfermería, donde refieren un alto índice de capacitación y formación.

Los puntos positivos que se observaron fueron:

---La mayoría del personal conoce su **área de cobertura** y la población a cargo, sobre todo de los CAPS. Conoce el porcentaje de

pacientes con riesgo cardiovascular en el área de cobertura sin cobertura médica.

---En los tres niveles de atención se están instaurando áreas de ***Orientación del paciente*** y realizando intentos de informatización.

---Esbozos de ***trabajo coordinado con programas o proyectos nacionales, provinciales y municipales*** por parte del segundo y tercer nivel, pero fuertemente arraigado en el primer nivel, por ejemplo, ambientes saludables, cesación tabáquica, menos sal más vida, etc.

No escapa nuestra realidad a las problemáticas nacionales y latino americanas, pero con matices puntuales de nuestra provincia.

Debido a lo antes expuesto, creo que sería conveniente integrar activamente al 2º nivel de atención(Hospital), sobre todo en materia cardiovascular, que es el tema que nos aboca en este momento, para evitar que: cada nivel actué como compartimentos estancos, se gasten recursos y capacidades innecesarios y se sobrecargue el sistema hospitalario. Así, sería posible trabajar en un sistema coordinado que cubra todo el proceso de salud enfermedad y adaptación al medio, con la aplicación de políticas y objetivos comunes del sistema de salud como un todo, para brindar atención de calidad técnica y humana, de forma eficiente y eficaz; aumentar la capacitación y la comunicación, asegurar la atención integral del paciente, mediante la protocolización de todo el sistema de salud, fortaleciendo la utilización de la referencia y contra referencia y de la historia única del paciente.

También es necesario que las metas de salud y prevención emanadas desde los ministerios, atraviesen los tres niveles de atención, las sociedades científicas y universidades, para disminuir la

morbimortalidad en materia cardiovascular, con una mirada más integral y no totalmente centrada en la atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Organización Mundial de la Salud (2005): Panorama general. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.
- 2) Organización Panamericana de la Salud (2009): Resolución redes integradas de Servicios Salud basadas en la Atención Primaria de la Salud. CD 49. R22.
- 3) Corella,,José María : La Gestión en los Servicios de Salud. Ediciones Díaz De Santos, S.A. Madrid, España 1996.
- 4) Organización Panamericana de la Salud (2010): Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en la Américas.
- 5) Componente: Servicios de Salud. [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2009. <http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/>
- 6) Planificación y Monitoreo en la Gestión basada en Resultados de Proyectos y Programas, enero de 2011 Nadel; www.uniteh.org/12archiv/08archiv...vcon-Manual-español.pdf.
- 7) Manual de Planificación, Monitoreo y evaluación Ministerio de Salud de la Nación; Manual de procesos y procedimientos dirección de planificación inob.gob.gt/.../PROCESOS%020 DIRECCION %20 monitoreo Pdf
- 8) Monitoreo y Evaluación de Políticas, Programas y Proyectos.

www.unicef.org/argentina/spanish/eippecc-uni-monitoreo-evaluacion.pdf.

- 9) 80 Herramientas para el desarrollo participativo.

Diagnóstico, Planificación, Monitoreo y evaluación.

www.esPOCH.edo.ec/.../6afded-guia-evaluacion-de-monitoreoht...

- 10) DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

- 11) http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

- 12) Consenso de Iquique XXVII Cumbre Iberoamericana Chile 2007. Secretaría General [PDF] Secretaría General _ Iberoamericana I Cumbre ' Secretaria-Geral ...

www.redeblh.fiocruz.br/media/consensoiquique.pdf.

- 13) Asamblea Mundial de Salud de OMS Resolución WHA62.12 sobre APS apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.

OMS Informe sobre la salud en el mundo, capítulo VII www.who.int/whr/2003/chapter7/es

- 14) Revista Perfil de los Sistemas de Salud República Dominicana Organización Panamericana de la Salud Tercera edición Washington, D.C: OPS, © 2007. ISBN 978 92 75 32823 1.

PDF]perfil de los sistemas de salud república dominicana PAHO/WHO

www1.paho.org/hq/.../2010/Perfil_Sistema_SaludRepublica_Dominicana_2007.pdf.

- 15) Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile – Catalogación Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

ANEXOS

Presentación del entrevistador. Comentario breve de la finalidad de la entrevista.

Tiempo de desempeño en el cargo:

Característica del Hospital:

- 1) ¿Tiene el hospital, definida su área de cobertura?
- 2) ¿Existe un Servicios de Área Programática en el hospital?:
- 3) ¿Qué opinión le merece el sistema de redes integradas de salud?
- 4) ¿Se aplica en materia cardiovascular?
- 5) ¿Cómo es la comunicación de la dirección con los diferentes niveles de atención?
- 6) ¿Cómo se articulan los diferentes programas y servicios nacionales, provinciales y municipales en esta institución?
- 7) ¿Existe una oficina de referencia y contra-referencia?:
- 8) ¿Cuál es el Sistema de información y registro de la referencia y contra referencia (ej. manual, computación)?
- 9) ¿Cuenta el hospital con herramientas tecnológicas e informáticas para el trabajo en red?

- 10) ¿Cuenta el hospital con el recurso humano capacitado y suficiente para el desarrollo de las actividades en red sobre todo en materia cardiovascular?
- 11) ¿Utiliza el hospital normas, guías o protocolos de diagnóstico y tratamiento en pacientes cardiopatas o con riesgo cardiovascular?
- 12) ¿Con qué criterio se clasifica a los pacientes para definir la espera de los turnos?
- 13) ¿Se registra la cantidad de pacientes referenciados y contra referenciados para consultas de cardiología? ¿Van directamente al servicio donde tenían el turno?
- 14) ¿Se realiza seguimiento del paciente referenciado?
- 15) ¿Cómo llegan los resultados de las prácticas del segundo y tercer nivel a los CAPS?
- 16) ¿Cuánto tiempo esperan los pacientes que concurren por demanda espontánea al hospital?: igual ó menos 20 minutos O; 30 minutos O; 45 minutos O; 1 hora O; 1 hora ½ hora O; 2 horas O; más de 2 horas
- 17) ¿Cuánto es el tiempo de espera para los turnos de especialista en cardiología?: igual o menos 7 días O; 10 días. O; 15 días O; 20 días O; 30 días o más O.
- 18) ¿Cuánto es el tiempo de espera para cirugías programadas Cardiacas y de marcapasos?: igual ó menos 2 meses O; 3 meses. O; 4 meses O; 5 meses O; más de 5 meses O
- 19) ¿Se dan turnos programados para los Centros de Salud? Si es así, de qué manera?
- 20) ¿Cuenta el hospital con todos los servicios, laboratorio básico y de complejidad, tomografías, resonadores, hemodinámia, cirugías cardíacas de alta complejidad, etc..solicitados por los CAPS?

21) Las prácticas que no pueden brindarse en el hospital ¿Tienen un circuito preestablecido para brindarlas fuera del mismo? ¿En instituciones públicas o privadas, ya sea dentro o fuera de la provincia, sobre todo en materia cardiovascular?

22) ¿Aplica el Hospital Enrique Vera Barros recupero de gastos?

23) ¿Existe una cartelera accesible con especialidades y horarios de atención y otra con direcciones y teléfonos de los servicios de la red?

24) ¿Existen actividades de comunicación hacia la comunidad en conjunto el hospital con los CAPS?

25) ¿Desea agregar algo?

- Gracias por su colaboración.

ENTREVISTA A MANDOS SUPERIORES E INTERMEDIOS DE LOS CAPS DE ZONA SANITARIA I

Entrevistado:

Lugar:

Objetivo: Recabar información del conocimiento, grado de aplicación y percepción de las redes integrales de salud, que poseen los mandos superiores e intermedios.

Tiempo: 20 minutos, aproximadamente.

Presentación el entrevistador. Comentario breve de la finalidad de la entrevista.

Tiempo de desempeño en el cargo

Cantidad de CAPS y distribución.

- 1) ¿Tiene nominalizada la población a su cargo?
- 2) ¿Los CAPS cuentan con director, coordinador?
- 3) ¿Con qué recurso humano cuenta el CAPS?
- 4) ¿Los miembros del equipo de salud del Caps trabajan en el programa de Redes Integradas del Sistema de Salud?
- 5) ¿Hay un equipo que trabaje en riesgo cardiovascular o en el seguimiento del paciente cardiópata,

Está registrada la población según su riesgo cardiovascular?
- 6) ¿Se realiza búsqueda activa de casos y seguimiento de la población con riesgo cardiovascular del área programática de los

CAPS?
- 7) ¿Se realizan campañas de prevención cardiovascular?
- 8) ¿Cuánto tiempo esperan los pacientes que concurren por demanda espontánea con algún síntoma cardiovascular?: igual ó menos 20minutos O; 30 minutos O; 45 minutos O; 1 hora O; 1hora ½ hora O; 2 horas O; más de 2 horas
- 9) ¿Se cuenta con historia clínica y fichero cronológico digitalizado y se la utiliza durante la atención de los pacientes de los CAPS?
- 10) ¿Se referencia desde los CAPS con turnos programados los pacientes cardiopatas para interconsultas, internación, emergencia o servicios intermedios a los niveles subsiguientes y como se solicitan los mismos?
- 11) ¿Tienen cupos asignados para la atención en el segundo nivel?

- 12) ¿Tiene el centro primario respuesta para todas las demandas que necesitan los pacientes cardiopatas o en estudio de patologías cardiovasculares?
- 13) ¿El médico tratante se comunica previamente con el profesional al que se va a referenciar?
- 14) ¿Paciente cardiovascular al nivel subsiguiente?
- 15) ¿Existe prioridad en los turnos de interconsulta, servicios intermedios y /o internación para los pacientes cardiopatas referidos desde los CAPS?
- 16) ¿Se entrega al paciente en el CAPS un formulario de Referencia y Contra referencia para llevar al hospital?
- 17) ¿Se registra en el CAPS la cantidad de pacientes cardiopatas referenciados y contra referenciados?
- 18) ¿Exponen para los beneficiarios una cartelera accesible con especialidades y horarios de atención en los CAPS
- 19) ¿Cuentan con una cartografía de toda la red de servicios con direcciones y teléfonos?
- 20) ¿Disponen de recursos informáticos para registro unificado que favorezca el trabajo en red?
- 21) ¿Existen actividades de comunicación hacia la comunidad en prevención cardiovascular?
- 22) ¿Desea agregar algo?

– Gracias por su colaboración.

