

El caso de Salta

Cómo fortalecer las redes de servicios de salud

SEGUNDA PARTE

¿Cuáles son las principales debilidades identificadas en Salta?

ESCRIBE

daniel maceira

Director del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Economía, Universidad de Bs As. Ph.D. en Economía, Universidad de Boston y especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer y la Beca Roststein-Rodan de Boston University, entre otras.

Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Asimismo, realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

- La mayoría de las redes no tiene nominalizada a su población. Esto dificulta la planificación de los servicios, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y la identificación de personas con cobertura formal, con la correspondiente imposibilidad de que los prestadores públicos gestionen los reembolsos ante las obras sociales y el PAMI.

Esto es especialmente importante en algunas áreas operativas del interior de Salta, en donde sólo hay prestadores públicos que, por tanto, atienden a toda la población, ya sea que ésta cuente o no con cobertura formal.

- Los mecanismos de referencia son más utilizados que los de contrarreferencia. Generalmente, se usan los cana-

les y mecanismos previstos para la derivación de pacientes hacia centros de mayor complejidad, pero luego no se implementa la contrarreferencia. Concretamente, no se informa a los médicos que atienden en los centros de menor complejidad acerca de la exactitud de sus diagnósticos ni se vuelve a derivar al paciente cuya patología, una vez identificada, podría ser tratada en los niveles de menor complejidad con las indicaciones correspondientes.

- En ocasiones no se respeta la normativa vigente para las derivaciones (Resolución MSAL 1.985/2005 y el Decreto 2.411/2005). Si bien, como se mencionó, existen algunas excepciones contempladas que autorizan a no respetar la derivación a través de niveles de complejidad creciente (y, en su lugar, derivar directamente a los hospitales de cabecera de la red), existen algunos casos que, a pesar de no encuadrar dentro de las excepciones tipificadas por la normativa, también saltan los nive-

les de complejidad o trasladan directamente a los hospitales de cabecera de la capital.

Por lo general, esto ocurre cuando los hospitales no cuentan con los recursos (humanos o de infraestructura) con los que deberían funcionar según el nivel de complejidad asignado (hospitales Rosario de Lerma⁶, J.V. González⁷ y Metán⁸) o cuando por la ubicación geográfica de un hospital se induce al incumplimiento del sistema de derivación, ya sea para saltar hacia un centro de mayor complejidad sin mediaciones (hospitales Güemes⁹ y Embarcación¹⁰) o a partir de la asunción de intervenciones importantes en centros de menor complejidad justificadas en la urgencia clínica (Hospital Cerrillos¹¹). A su vez, otro de los motivos que generan incumplimientos en el régimen de derivaciones es la existencia de fallas en la delimitación de la regionalización sanitaria¹².

■ **Las redes de capital Noroeste y Sureste no responden al principio de regionalización.** Si bien el Decreto 2.411/2005 de revisión de la regionalización

sanitaria incluye estas dos redes, lo cierto es que no funcionan como tales, debido a los perfiles de los hospitales cabecera de cada una, el Hospital San Bernardo (agudos de referencia provincial) y el Nuevo Hospital del Milagro (materno infantil, también de referencia provincial).

■ **Falta de planificación y gestión de los recursos humanos.** Los enfermeros y agentes sanitarios son insuficientes y, particularmente, se evidencia la escasez de especialistas en el interior. Los traslados y afectaciones del personal no son registrados en el nivel central y esto dificulta la planificación de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población.

■ **Ineficiente distribución de los recursos humanos y de equipamiento.** En algunas áreas operativas la oferta no satisface las necesidades demandadas. En ciertos casos se cuenta con el recurso físico o el equipamiento requerido pero no se dispone del recurso humano adecuado para su utilización.

■ **Diversidad de mecanismos de finan-**

ciamiento, que genera heterogeneidad en la calidad de los servicios prestados, en los incentivos del personal y en la autonomía de los directores de los hospitales para tomar decisiones. Sólo dos de las siete redes existentes (Red Cafayate, de la Región Oeste, y Red Metán, de la Región Sur) cuentan con el Seguro Provincial de Salud, por el cual reciben cápitas por población empadronada. Estos fondos, en conjunto con aquellos provenientes del Plan Nacer y del arancelamiento cobrado a las obras sociales, forman parte del presupuesto de ambas redes.

En la provincia, además, existen otros dos modelos de financiamiento: (a) el hospital público de autogestión, que cuenta con una mayor capacidad de decisión que el resto de los hospitales sobre aspectos claves, como los servicios, la contratación de personal, la celebración de convenios y el otorgamiento de incentivos al personal; y (b) el hospital público de gestión privada.

■ **No se ha logrado avanzar en mecanismos fluidos de participación comunitaria.** Si bien desde el punto de vista

6. Este hospital, perteneciente a la Red del Valle de Lerma y Puna, no tiene capacidad de resolución de intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad por la falta de anestelistas, por lo que se ve obligado a derivar las cirugías generales y cesáreas a los hospitales de referencia.

7. En la Red Güemes, el Hospital J.V. González, de nivel III, no cuenta con traumatólogos, por lo que la mayoría de sus derivaciones corresponden a esta especialidad junto con las patologías neonatales.

8. El hospital de Metán, perteneciente a la Red homónima, es cabecera de Red pero no tiene capacidad resolutoria adecuada al nivel III. En la actualidad no logra resolver las patologías traumatológicas y quirúrgicas correspondientes a su nivel de complejidad y, por lo tanto, se deriva directamente del nivel II al IV.

9. El Hospital Güemes, de la Red homónima, pese a ser de nivel IV no recibe muchas derivaciones porque está muy cerca de Salta, de modo que las referencias terminan haciéndose directamente a los hospitales de la ciudad capital.

10. El Hospital Embarcación es el único hospital de nivel III de la Red de Orán, pero por su situación geográfica sólo recibe derivaciones de un solo hospital, mientras que el resto de los centros derivan directamente al hospital de Orán, de nivel IV.

11. Este hospital, perteneciente a la Red del Valle de Lerma y Puna, pese a tener un nivel de complejidad II, tiene un perfil acorde a un nivel resolutorio III, ya que al estar localizado cerca de rutas y autopistas, se ve continuamente obligado a resolver patologías quirúrgicas y traumatológicas.

12. Por ejemplo, la Red Orán perteneciente a la Región Sanitaria Norte es extensa y geográficamente dispersa. Cuenta con un hospital de complejidad de nivel III (Embarcación), pero que por su situación geográfica hace que la referencia de pacientes de todos los hospitales de complejidad II se canalicen directamente al único hospital IV de la Red, que es el hospital de Orán.

formal se ha promovido la participación comunitaria, y se ha impulsado la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG), en la mayoría de los casos estas iniciativas no han superado la instancia de mediación en materia de provisión de información (con las excepciones de las redes Cafayate y Metán). En la mayoría de los casos, las ONG creadas se han desviado de sus objetivos.

■ **No existe articulación con el sector privado.** Con la excepción del uso compartido de tomógrafos en el interior de la provincia y del recurso a hospitales privados cuando la capacidad hospitalaria del sector público de nivel IV se encuentra saturada, no se han desarrollado otros espacios de articulación.

■ **Falta de coordinación a nivel de red.** Ninguna de las redes cuenta con comités o unidades coordinadoras. La experiencia en la Red de Cafayate es la excepción, aunque todavía es demasiado incipiente como para indicar un cambio de tendencia.

Recomendaciones: ¿Cómo mejorar el funcionamiento de las redes de servicios en Salta?

A partir de este diagnóstico, se proponen las siguientes medidas de política para mejorar el funcionamiento de las redes de servicios en Salta y, en definitiva, del sistema de salud provincial.

■ **Desarrollar un esquema progresivo**

de nominalización de la población.

Para esto, se recomienda: (a) Buscar la articulación de estrategias (mecanismos de empadronamiento, sistemas de información, carga de datos, etc.) con el Plan Nacer, por el cual la Nación transfiere recursos a las provincias a cambio del empadronamiento de los beneficiarios y del cumplimiento de las trazadoras establecidas¹³; y (b) Desarrollar una campaña masiva de comunicación para difundir los beneficios del empadronamiento y desmitificar su asociación con la privatización de los servicios de salud y/o el cobro a los pacientes por las prestaciones.

■ **Actualizar la categorización de los establecimientos hospitalarios.** Considerando el nivel de resolución estipulado por las normativas, la capacidad real de resolución y las necesidades de la población, se recomienda recategorizar a algunos de los establecimientos o dotarlos de los recursos necesarios, según corresponda.

■ **Revisar la regionalización de la provincia.** De acuerdo con las posibilidades reales de acceso geográfico y de resolución por nivel de complejidad de los establecimientos asistenciales, actualizar la regionalización vigente con el fin de llegar a un esquema real y viable de división territorial de la prestación de servicios de salud en la provincia.

■ **Desarrollar un mapa de los recursos humanos del sector sanitario provincial.** Con énfasis en el plantel de médicos y enfermeros, apuntar a identificar

la dotación de recursos humanos y de especialidades en cada uno de los niveles de complejidad de las distintas redes. Esto permitirá fortalecer y mejorar la planificación y distribución de los recursos, de acuerdo con las necesidades de la población.

■ **Desarrollar un mapa de los recursos físicos y del equipamiento.** Junto con el mapa de recursos humanos, este diagnóstico debería permitir que las autoridades conozcan el perfil de complejidad de cada establecimiento sanitario, y sus respectivas redes de servicios, áreas operativas y regiones sanitarias.

■ **Diseñar una estrategia racional y consensuada de incentivos monetarios y no monetarios.** La implementación de un plan de carrera y la inclusión de compensaciones por “zona desfavorecida”, o algún sistema similar al que existe en el área educativa con los docentes de zonas rurales, es clave para lograr una distribución estratégica de los recursos humanos en el interior de la provincia y, particularmente, en el primer nivel de atención.

■ **Desarrollar “comités de red”** para la coordinación de los distintos niveles de complejidad.

■ **Desarrollar capacidad de gestión en red entre los directivos de los establecimientos,** con el objetivo de mejorar la comunicación, promover mecanismos de referencia y contrarreferencia e implementar turnos programados, entre otras medidas.

13. El Plan Nacer es un proyecto de inversión en salud materno infantil que brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Tiene la finalidad de disminuir los índices de morbilidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud.

■ **Estudiar los sistemas actuales de gestión hospitalaria para apuntar a su redefinición.** Esto permitirá desarrollar progresivamente mecanismos homogéneos de financiamiento entre redes.

Recomendaciones

A partir del caso de Salta es posible identificar recomendaciones generales para la gestión de las de redes de servicios de salud en las distintas jurisdicciones del país. Estas sugerencias se presentan a continuación, clasificadas según si su implementación debiera recaer en el nivel nacional o subnacional.

NIVEL NACIONAL

Si bien, como se mencionó, es responsabilidad de las provincias el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de sus redes, es clave el papel que puede asumir el Ministerio de Salud de la Nación como sostén del modelo. Para ello, es recomendable que el Ministerio fomente la implementación de dispositivos que contribuyan a mejorar el funcionamiento de las redes de servicios de salud locales y que, a su vez, promueva acuerdos interprovinciales para la resolución creciente de las patologías en las regiones, y así disminuir la concentración de derivaciones en Buenos Aires.

En este sentido, explorar nuevas líneas de intervención desde el Estado central es una meta ineludible. Mientras tanto, apostar a que el programa Remediar + Redes se extienda a las provincias en las que aún no se ha implementado (hay sólo 12 provincias están en proceso de implementarlo) es un primer paso que

sería recomendable contemplar.

NIVEL SUBNACIONAL

Más allá de las particularidades de cada sistema provincial de salud, las problemáticas que enfrentan sus redes de servicios se parecen mucho a las encontradas en el caso de Salta. Para revertir estas falencias y apuntar a mejorar el diseño y la gestión de las redes de servicios de salud existentes, CIPPEC recomienda:

■ **Nominalizar la población.** Es importante no sólo que los servicios conozcan las características de su población a cargo, sino también que cada persona sea asignada a un centro de salud de la red al que debe consultar en primera instancia, y que posea toda la información necesaria respecto de los servicios ofrecidos por el efector.

■ **Difundir los servicios de la red.** La confección de cartillas con toda la información relevante para un uso eficiente de las redes de servicios por parte de la población es vital. Las cartillas, que podrían difundirse en forma impresa y a través de Internet, deberían contener información sobre las instituciones que conforman la red, sus servicios, sus referentes, horarios, vías de comunicación, modalidades de entrada a la red y normativas, entre otros.

■ **Fomentar el acceso referenciado al segundo nivel de atención.** Para ello es crítico definir las vías de acceso a los niveles crecientes de complejidad para no sobrecargar los niveles de mayor complejidad con consultas que podrían resolverse en el primer nivel de atención.

■ **Desarrollar sistemas de turnos y programación de consultas.** La posibilidad de programar el contacto entre los servicios y los pacientes facilita el trabajo de la red. Esto es así, especialmente, desde los niveles de menor complejidad hacia los niveles de mayor complejidad.

■ **Desarrollar protocolos de derivación.** Debería estar definida la forma de registro de la referencia y contrarreferencia, de forma tal que ambos procesos puedan ser consignados de una forma definida, uniforme y según las necesidades y posibilidades de cada red.

■ **Comités y normativa de red.** Por la cantidad de actores y saberes es fundamental establecer reglas claras de funcionamiento y responsabilidades.

■ **Descentralizar la gestión de estudios complementarios.** En la medida de lo posible, desarrollar estrategias de toma descentralizada de muestras de laboratorio puede contribuir a que las personas resuelvan algunas de las etapas de diagnóstico clínico sin tener que trasladarse a centros de mayor complejidad.

Probablemente, la implementación de estas recomendaciones requerirá de un proceso de adaptación a las particularidades locales de la red de servicios y del sistema de salud en el que estas se inserten. Por este motivo, se las incluye aquí más como posibles vías de intervención a ser redefinidas al momento de su desarrollo, que como un paquete de medidas cerrado.

Con esta advertencia, CIPPEC confía

en que las recomendaciones aquí incluidas son un aporte en materia de gestión integral de redes de servicios, un concepto tan nuevo como prometededor para una administración equitativa y eficiente del sistema de salud.

Bibliografía

- Decreto 2.411/2005, Ministerio de Salud Pública de Salta.
- Decreto provincial 1.189/2006, Ministerio de Salud Pública de Salta.
- Ley de Principios sobre el Plan de Salud Provincial, 6.841.
- Llaya, Jorge: "Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Salta" en: Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, 2007.
- Maceira, Daniel y Cejas, Cintia: "Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Salta", Documento de Trabajo N°16, CIPPEC-CEDES, Argentina, 2008.
- Maceira, Daniel: Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe.
- Working Paper 335, Office of the Chief Economist, Inter-American Development Bank, Washington DC, USA, 1996.
- Ministerio de Salud de la Nación: Evaluación de la Atención Primaria de la Salud y de redes de servicios de la salud: dos miradas de la situación, Salud Investiga, Buenos Aires, 2007.
- Ministerio de Salud Pública de Salta: Implementación del Seguro Provincial de Salud en las Redes Cafayate-Metán, informe interno, Salta, 2009.
- Ministerio de Salud Pública de Salta: Puntos críticos en la implementación del Seguro Provincial de Salud, informe interno, Salta, 2009.
- Ministerio de Salud Pública de Salta: Seguro provincial de Salud: regionalización y redes, informe interno, Salta, 2006.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud: "Redes Integradas de Servicios de Salud", Serie La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, 2008.
- Resolución 1.081/1998, Ministerio de Salud Pública de Salta.
- Resolución 1.985/1998, Ministerio de Salud Pública de Salta.
- Róvere, Mario: Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario, 1999.
- Shortell, SM; Anderson, DA; Gillies, RR; Mitchell J.B; Morgan KL.: "Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal", en OPS/OMS: Redes Integradas de Servicios de Salud, Serie La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, 2008.
- Soler, J.L.P: Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud, Secretaría de Salud de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, 2003.

Agradecimiento

Este trabajo se realizó desde CIPPEC gracias al apoyo de Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance HPSR), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

Se agradece la colaboración de Cintia Cejas, Héctor Molina, Jorge Llaya, Antonio Saavedra, Virginia Cardini, Cynthia Pizzo, y Silvia Ramos Figueroa