



COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

Hacia una salud pública
con más equidad y calidad
al alcance de todos.

*Hoja de ruta para
la implementación de
Proyectos Provinciales
Escalables.*

Documento técnico 2

AUTORIDADES

Presidencia de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretaría de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein

Unidad de Coordinación General

Dra. Analía López

Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud

Dr. Luis Alberto Giménez

Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias

Lic. Cintia Aldana Cejas

Elaboraron este documento: Lic. Cintia Cejas (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias), Lic. Marcos Merello (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias), Lic. Ignacio González (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias), Dr. Alejandro López Osornio (Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud), Dr. Daniel Rizzato Lede (Dirección de Desarrollo de Sistemas Informáticos Sanitarios), Od. Yhinny Santos (Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud), Dra. Sandra Fraifer (Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria), Lic. Sofía Olaviaga (Dirección de Articulación de Coberturas Públicas Jurisdiccionales), Mg. Eric Goyos (Programa Redes), Dra. Eliana Schuster (Programa Redes), Dra. Romina Pons (Programa Sumar).

RESUMEN EJECUTIVO

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

En 2016 el Gobierno Nacional definió a la Cobertura Universal de Salud (CUS) como la política sustantiva para disminuir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud, para que todas las personas tengan una atención homogénea que garantice estándares de calidad, independientemente de donde vivan o su condición socioeconómica.

Con este objetivo, la Secretaría de Gobierno de Salud propone trabajar junto con los Ministerios de Salud Provinciales mediante la implementación de Proyectos Provinciales Escalables (PPE) en tres ejes estratégicos: ampliación de la cobertura territorial con población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria; ampliación de la cobertura digital con sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas y ampliación de la cobertura prestacional con monitoreo y evaluación de indicadores de calidad en acuerdo entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas y mayor foco en diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular, el cáncer y sus factores de riesgo.

Los PPE consisten en el trabajo conjunto entre Nación y Provincia en efectores de salud priorizados en los cuales se implementan acciones que contribuyen a mejorar los procesos de atención cumpliendo con los estándares de calidad definidos, en el marco de los ejes estratégicos de la CUS.

Los objetivos y metas de los PPE se establecen en un plan de trabajo elaborado entre las Provincias y la Nación y a su vez se miden indicadores de monitoreo que darán cuenta del avance de los mismos. El presente documento establece la metodología de trabajo que se propone para los PPE definiendo el rol de cada uno de los actores que intervienen en el proceso, con el objetivo de servir como hoja de ruta para los equipos técnicos encargados de la implementación.

ÍNDICE

6	1. ¿CÓMO IMPLEMENTAR LA CUS?
6	2. ¿QUÉ SON LOS PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES?
7	2.1. Criterios de selección de los establecimientos
7	2.2. Equipos de trabajo: Nación y Provincia
7	2.3. Resultados esperados
9	2.4. Monitoreo y seguimiento
9	3. ¿CÓMO ES EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS PPE?
9	3.1. Conformación del equipo de trabajo
10	3.2. Diagnóstico y plan de trabajo
12	4. ¿CUÁLES SON LAS ACCIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA TRABAJAR EN LOS PPE?
16	5. CONCLUSIONES

1

¿CÓMO IMPLEMENTAR LA CUS?

La Secretaría de Gobierno de Salud propone trabajar junto con los Ministerios de Salud Provinciales a través de la ejecución de un Plan de Implementación basado en los siguientes ejes:

Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria. Implica la nominalización de la población, georreferenciamiento y su asignación a equipos de salud capacitados y comprometidos por su cuidado.

Sistemas de Información Interoperables y aplicaciones informáticas. Implica avanzar en la implementación de la historia clínica electrónica interoperable, entendida como una herramienta fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados de las personas. También se busca consolidar registros nominalizados, longitudinales y únicos, que incluyan la historia de tratamientos, prestaciones, prescripciones, alergias, antecedentes clínicos de cada individuo, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica. A su vez, se promueve el desarrollo de aplicaciones informáticas, como alertas o recordatorios, y otras acciones como las consultas a distancia a través de Telesalud.

Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas, especialmente en enfermedades crónicas no transmisibles. Implica

analizar qué servicios se están brindando y dónde, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población. Esto requiere la identificación de la población con riesgo asociado a cada línea de cuidado, la explicitación de los servicios, la organización de redes por niveles de complejidad creciente, la utilización de guías de práctica clínica y el monitoreo de indicadores de utilización, procesos de atención y resultado sanitario, estableciendo metas y la asignación de recursos específicos.

2

¿QUÉ SON LOS PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES?

Los Proyectos Provinciales Escalables (PPE) implican que los Ministerios de Salud Provinciales desarrollen, con el apoyo de la Nación, un Plan de trabajo para los tres ejes estratégicos de la CUS en los establecimientos de salud seleccionados por la jurisdicción¹.

La elaboración del Plan de trabajo, parte de la realización de un diagnóstico de situación e implica posteriormente la definición de líneas de trabajo definidas en cada eje por parte de los equipos técnicos de la provincia, con el apoyo de Nación, y el establecimiento de metas de cumplimiento que permitan registrar los avances.

La metodología propuesta para la implementación de los PPE es en etapas de complejidad creciente. Es decir, que se identificarán de manera conjunta, entre las provincias y la Nación, los resultados que se esperan alcanzar en cada una de las etapas del proyecto.

1. Se recomienda la selección de un número reducido de centros de atención primaria y su hospital de referencia.

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

A medida que los resultados esperados se vayan alcanzando en los efectores seleccionados, la Provincia comenzará a incluir gradualmente nuevos efectores a la estrategia de implementación hasta lograr escalar el proyecto a todo el territorio provincial. Durante el proceso de escalabilidad, la Nación continuará brindando apoyo y asistencia técnica.

2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Para la selección de los establecimientos se recomienda considerar los siguientes aspectos:

- Contar con conectividad;
- Contar con equipos de salud integrados al menos por administrativos, agentes sanitarios, enfermeros/as, médicos de familia, generalistas o clínicos;
- Contar con efectores que ofrezcan un mínimo de servicios a la población: recepción, servicio de farmacia o dispensa de medicamentos, servicio de enfermería;
- Actitud proactiva al cambio y permeabilidad a adoptar nuevos procesos y maneras de trabajar de los equipos de salud;
- Implementación en los establecimientos en los que trabajan los programas nacionales: SUMAR-REDES-PROTEGER;
- Pertenencia de los efectores a una misma red de atención;
- Contar con áreas con amplia proporción de población con cobertura pública exclusiva.

2.2. EQUIPOS DE TRABAJO: NACIÓN Y PROVINCIA

La Secretaría de Gobierno de Salud brinda el acompañamiento y el soporte necesario para la elaboración e implementación del plan de trabajo. El equipo nacional de PPE de CUS se conforma por integrantes de las siguientes

dependencias: Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias, Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud; Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria; y Programas SUMAR, REDES y PROTEGER.

La provincia debe contar con un equipo multidisciplinario de implementación del PPE de CUS, el cual se recomienda que este integrado por representantes de las dependencias equivalentes a las nacionales.

Entre sus habilidades debe tenerse en cuenta la capacidad de desarrollar estrategias de manejo de cambio durante el proceso de implementación en el punto de atención, por ello se sugiere contar con los siguientes perfiles:

- Líder de proyecto (responsable de la implementación de la estrategia y de la rendición de los avances);
- Líder de implementación en terreno (requiere conocimientos sanitarios e informáticos);
- Líder de sistemas de información;
- Responsables de REDES, SUMAR y PROTEGER;
- Equipo de implementadores: profesionales de la salud formados en el modelo de cuidados crónicos y en el sistema de información a implementar.

2.3. RESULTADOS ESPERADOS

Considerando que la implementación de la CUS implica un proceso complejo que requiere continuidad en el tiempo se propone ir alcanzando los resultados en etapas.

En los CAPS

Primera etapa: desarrollo básico

- Población nominalizada con identificación unívoca de las personas;
- Áreas de responsabilidad delimitada y conocida para cada efector, con cartografía digital;
- Organización de equipos básicos en cada efector;

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

- Rondas sanitarias en funcionamiento;
- Historia clínica electrónica funcionando en todos los consultorios;
- Turnos programados;
- Explicitación de prestaciones que aseguren la atención integral de los problemas priorizados;
- Equipo de salud capacitado en las líneas de cuidado (SUMAR-REDES), por ejemplo, MAPEC;
- Autoevaluación de los procesos de calidad del establecimiento. Identificación de oportunidades de mejora, y elaboración de estrategias y planes de acción para alcanzar el cumplimiento de los estándares propuestos en cada centro.

Segunda etapa: desarrollo avanzado

- Población georreferenciada;
- Población asignada a los equipos de salud (panelizada);
- Turnos protegidos en el hospital de referencia;
- Prescripción y dispensa electrónica de medicamentos;
- Cartera de servicios actualizada disponible en página web/aplicaciones y cartelería del centro;
- Proceso informatizado de referencia-contrareferencia mediante redes explícitas de complejidad creciente, incluyendo el uso de Telemedicina en casos apropiados;
- Cumplimiento certificado de estándares de calidad en las tres líneas de cuidado priorizadas siguiendo las GPC: cáncer cervicouterino, diabetes tipo 2 del adulto, y embarazo de bajo riesgo; y organización de los equipos de salud con roles y tareas que garanticen la respuesta a las necesidades de la población a cargo;
- Capacidad de facturación electrónica a financiadores (SUMAR, Obras Sociales, prepagas, etc.).

En el Hospital

Primera etapa: desarrollo básico

- Turnos programados para consultas ambulatorias
- Explicitación de prestaciones que aseguren la atención integral de los problemas priorizados;
- Equipo de salud capacitado en el abordaje del paciente con enfermedades crónicas (SUMAR-REDES), por ejemplo, MAPEC.
- Sistema de información para Historia clínica electrónica para consultorios de atención ambulatoria.
- Informatización del informe de alta hospitalaria con fines estadísticos, sanitarios y de gestión.
- Acceso a Telesalud

Segunda etapa: desarrollo avanzado

- Proceso informatizado de referencia y contrareferencia mediante redes explícitas de complejidad creciente, incluyendo el uso de Tele Medicina en casos apropiados.
- Sistema de información hospitalario desarrollado que integre HCE, sistemas de censo en línea (ADT), sistemas de información de radiología y laboratorio, entre otros.
- Sistemas de información hospitalarios integrados con los efectores de la red de atención primaria.
- Turnos protegidos para derivaciones desde el primer nivel.
- Turnos programados en el primer nivel para la contrareferencia.
- Cumplimiento certificado de estándares de calidad en las tres líneas de cuidado priorizadas siguiendo las GPC: cáncer cervicouterino, diabetes tipo 2 del adulto, y embarazo de bajo riesgo.

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

- Cartera de servicios actualizada disponible en página web/aplicaciones y cartelería del centro.
- Capacidad de facturación electrónica a financiadores (SUMAR, Obras Sociales, prepagas, etc.).
- Prescripción y dispensa electrónica de medicamentos.

2.4. MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Con el objetivo de lograr un reporte del avance alcanzado en cada uno de los ejes estratégicos y contribuir de este modo a la mejora en los procesos de implementación y toma de decisiones, los equipos técnicos de las Provincias, con la asistencia del equipo técnico de Nación, actualizarán oportunamente 10 indicadores de monitoreo que registrarán el avance de los proyectos.

Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria

- Porcentaje de avance en la definición de áreas de responsabilidad digitalizadas.
- Porcentaje de avance en la conformación de Equipos Nucleares de Salud Familiar y Comunitaria.
- Porcentaje de avance en la implementación de mejoras en la calidad de las rondas sanitarias

Sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas

- Porcentaje de avance en la implementación de estándares de interoperabilidad en historia clínica electrónica.
- Porcentaje de avance en la mejora de la calidad en la identificación unívoca de personas.
- Porcentaje de avance en la incorporación de sistemas de turnos programados.
- Porcentaje de avance en la implementación de un programa de TELESALUD

Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y

metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas

- Porcentaje de avance en la mejora de la calidad del seguimiento de personas con diabetes Tipo 2.
- Porcentaje de avance en la mejora de la calidad del seguimiento de personas con Hipertensión Arterial.
- Porcentaje de avance en la implementación del programa de mejora de la calidad en el Primer Nivel de Atención.

Estos indicadores contienen su definición específica en el Documento Técnico 4: Indicadores de Monitoreo de los Proyectos Provinciales Escalables.

El objetivo final es lograr medir:

- Porcentaje de población asignada (panelizada) a Equipos de Salud Familiar;
- Porcentaje de CAPS con Historia clínica electrónica interoperable;
- Porcentaje de población que registra mejoras en la atención de la Hipertensión Arterial y diabetes Tipo 2.

3 ¿CÓMO ES EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS PPE?

3.1. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

El Plan de trabajo a implementarse debe contribuir, por un lado, a potenciar el modelo de gestión y de atención en los efectores de la red y, por otro, a fortalecer la implementación de los programas nacionales. Para ello se recomienda tomar en consideración los siguientes elementos:

Definir un líder de proyecto: Implica la designación por

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

parte de la máxima autoridad sanitaria de la provincia del Referente del PPE para la CUS, formalizado mediante acto administrativo firmado por el Ministro de Salud de la Provincia. Su función es la de trabajar en conjunto con el equipo de Nación, generando un diagnóstico y posterior plan de trabajo de implementación. Es su responsabilidad gestionar los medios y articular con las distintas instancias del Ministerio de Salud provincial, de los programas provinciales y nacionales, y de los equipos técnicos para la ejecución del plan elaborado. También informar periódicamente sobre el estado de avance de su implementación.

Conformación del equipo: Implica la conformación de un equipo que incluya un líder de implementación en terreno, implementadores y representantes de los programas. Se realizarán recomendaciones para que el equipo cuente con los perfiles adecuados y asegure la disponibilidad de conocimiento específico de todos los Programas y Direcciones involucrados, complementando la formación en aspectos específicos para el proyecto de sistemas de información. Se recomienda que el **equipo implementador** que lleve adelante las acciones en terreno sea interdisciplinario, ya que los cambios propuestos en los efectores incluyen aspectos clínicos, administrativos, informáticos y de gestión. Su trabajo en los efectores deberá estar orientado a:

- Sensibilizar, informar y capacitar a los equipos de salud, acerca del modelo de gestión y atención centrado en la persona.
- Acompañar y guiar de manera continua a los equipos de salud en el proceso de cambio de modelo de gestión y atención.
- Colaborar con identificación de las barreras y dificultades en los procesos de atención de los efectores, contribuyendo en la implementación de intervencio-

nes que permitan reorientar los servicios hacia un modelo proactivo y planificado.

- Motivar e involucrar al personal de salud en la elaboración de propuestas para el cambio en el modelo de atención.
- Aportar datos generados durante la implementación, con el fin de monitorear para evaluar el proceso de implementación de la CUS.

3.2. DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRABAJO

La provincia en conjunto con la Nación realiza el diagnóstico, sobre el cual se elabora el proyecto, lo cual implica el relevamiento del estado de situación de los siguientes procesos e infraestructura en las provincias:

Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria

- Características de los CAPS (conformación del equipo de salud, infraestructura edilicia, prestaciones y servicios ofrecidos, tamaño del área de responsabilidad, etc.).
- Grado de definición de las áreas de responsabilidad de los efectores de manera exhaustiva, unívoca y dinámica (existencia de cartografía en papel, digital, normativa provincial).
- Existencia de método para la identificación de pacientes en riesgo.
- Existencia de sistema de turnos.
- Características del hospital de referencia (conformación del equipo de salud, infraestructura edilicia, prestaciones y servicios ofrecidos, etc.).

Sistemas de Información Interoperables y aplicaciones informáticas

- Existencia de agenda provincial de e-salud.

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

- Conectividad disponible y equipamiento informático en los centros de atención.
- Identificación de pacientes en cada centro de atención, siguiendo recomendaciones nacionales.
- Otorgamientos de turnos a pacientes en los centros de atención.
- Referencia y contra referencia entre el primer nivel de atención y el segundo nivel de atención.
- Historia clínica electrónica en los establecimientos o estrategia para la incorporación de la historia clínica electrónica en los centros. La estrategia debe incluir el alcance de la intervención de proveedores externos o agencias gubernamentales externas a los ministerios de salud.
- Disponibilidad de equipamiento médico conectado a las historias clínicas.
- Utilización de terminología estándar.
- Recupero de prestaciones mediante facturación al resto de los subsistemas y al SUMAR/PACES.
- Prescripción y dispensa de medicamentos, stock de farmacia, gestión de sistemas de LIS y RIS/PACS.
- Desarrollo y uso de la Red de Telemedicina.
- Aplicaciones móviles disponibles destinadas al ciudadano y a los profesionales.
- Flujo de datos entre los centros de atención y las direcciones de estadística.
- Flujo de datos entre el centro de atención y los programas sanitarios u otras dependencias jurisdiccionales.
- Estado de situación de las oficinas de estadísticas en cuanto al uso de tecnología para recolectar datos, procesarlos y publicarlos.
- Marco legal disponible.

- Integración del sistema de información con los prestadores privados y obras sociales.
- Programas de formación en informática en salud a nivel universitario, terciario, etc.

Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado prioritizadas

- Organización y gestión de los RRHH. Certificación profesional y educación. Salud ocupacional.
- Grado de capacitación de los equipos de salud.
- Infraestructura edilicia y equipamiento médico.
- Existencia de un sistema de recolección de datos socioeconómicos, demográficos y sanitarios.
- Utilización de estrategias para fomentar automanejo.
- Existencia de guías de práctica clínica y de mecanismos para facilitar que sus recomendaciones se apliquen (sistema de recordatorios o alertas).
- Desarrollo de sistemas de búsqueda activa de pacientes.
- Ronda sanitaria optimizada, con acciones preventivas, orientadas a la identificación y seguimiento de población vulnerable, y a la detección de determinantes sociales de la salud, de manera regular, sistemática y completa de la población a cargo del efector.
- Sistema de seguimiento de exámenes complementarios.
- Derechos y necesidades del paciente. Acción comunitaria.
- Existencia de sistema de registros médicos con identificación de subpoblaciones de riesgo.
- Utilización de sistemas de monitoreo e indicadores sanitarios.

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

- Existencia de redes explícitas de complejidad creciente.

Análisis de brecha: se desarrolla en conjunto un ejercicio de priorización y planificación para la implementación según relevamiento realizado;

Plan de trabajo. Implica elaborar un Plan de trabajo que comprenderá, como componentes, las dimensiones estipuladas en el análisis de brechas de capacidades. El detalle a incluir en el plan da respuesta a la priorización definida para la implementación de cada uno de los componentes contemplando:

- Objetivos.
- Actividades que incluyan procesos o sistemas afectados.
- Cronograma de trabajo.
- Responsables.
- Alcance territorial.
- Fases de implementación.
- Metodología de trabajo.
- Estrategia de escalabilidad a todos los establecimientos de salud y al resto de los subsistemas.
- Hitos, indicadores de monitoreo y seguimiento.
- Listado de necesidades (recursos requeridos en relación con las actividades: equipamiento, RRHH, conectividad, etc.).

4 ¿CUÁLES SON LAS ACCIONES EN LAS QUE SE RECOMIENDA TRABAJAR EN LOS PPE?

En base al diagnóstico realizado y dependiendo de los avances que muestre cada provincia en los distintos ejes se detallan a continuación algunas acciones consideradas relevantes para la implementación de los proyectos.

Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria

- **Equipos de salud familiar y comunitaria:** formar a los equipos de salud en la estrategia de salud familiar y reorganizar las funciones y roles de los integrantes del equipo de salud según su fortaleza y capacidad profesional, acorde a las características de la población de la cual son responsables.
- **Definición de áreas de responsabilidad y asignación de población a cargo:** definir y representar a las áreas de responsabilidad de los establecimientos de salud en un modelo geo-referenciado; brindar herramientas orientadas a la definición metodológica y operativa para la asignación de población a cargo del efector; vincular a las personas con su dirección habitual, geo-referenciada y actualizada periódicamente; identificar de manera unívoca a las personas que concurren al establecimiento; brindar herramientas tecnológicas (aplicaciones móviles, tablets o teléfonos) para registrar y consultar información durante rondas sanitarias en la comunidad y que dicha información se integre a las historias clínicas electrónicas; dotar a los centros de atención ambulatoria con herramientas para gestionar la oferta de servicios a fin de adecuarla a la demanda de la población a cargo, detectando

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

prioridades según riesgo, estado de enfermedades crónicas y prácticas preventivas pendientes.

Sistemas de Información Interoperables y aplicaciones informáticas

- **Gobernanza y recursos humanos:** definir estructuras formales y permanentes dentro de sus organigramas provinciales para la implementación y gobernanza de los sistemas de información en salud; dotar a las estructuras provinciales de sistemas de información con equipos multidisciplinarios; implementar programas de educación en sistemas de información en salud en las provincias para asegurar la disponibilidad el recurso humano especializado; explicitar una agenda digital de salud.
- **Registros nacionales de referencia:** identificar a las personas con un proceso que asegure su representación unívoca, integre procesos de auditoría de calidad y obtenga una identificación nacional federada; mantener actualizados los registros nacionales de profesionales, establecimientos y farmacias y que los mismos se utilicen como componente fundamental de los registros médicos electrónicos.
- **Infraestructura y equipamiento:** dotar a todos los establecimientos de salud de la provincia con conectividad de internet adecuada; con un parque informático y redes de acceso locales actualizadas y seguras.
- **Acceso a los servicios de salud:** instaurar turnos programados en centros de atención primaria; facilitar la obtención de turnos telefónicos y on-line en los centros de atención primaria, incrementando progresivamente la proporción de turnos bajo esta modalidad; instalar en los hospitales sistemas de censo en línea (ADT) que permitan acceder a la disponibilidad de camas y ubicación de todos los pacientes en tiempo real; incorporar en los CAPS

procesos de identificación unívoca de personas y empadronamiento siguiendo buenas prácticas y recomendaciones nacionales, incluyendo mecanismos automatizados de ingreso de datos (por ejemplo con lectoras de DNI para evitar errores), capacitación al personal y auditoría permanente del padrón.

- **Historia clínica electrónica:** brindar a los profesionales computadoras y acceso a una historia clínica electrónica en todos los consultorios, salas de internación y otros espacios de contacto con el paciente; desarrollar historias clínicas electrónicas que generen documentos estándar con el conjunto de datos mínimos definido por los estándares de interoperabilidad nacionales para consultas ambulatorias, episodios de internación, etc.; integrar toda la información longitudinal de la vida del paciente de todos los niveles de atención, ámbito ambulatorio, internación, cirugías, estudios complementarios, indicaciones y consumo de medicamentos, visitas domiciliarias, etc. en la misma historia clínica electrónica; contemplar que la historia clínica electrónica permita integrar toda la información de salud del paciente, siguiendo los estándares de interoperabilidad y mediante acuerdos interjurisdiccionales que permitan intercambiar documentos clínicos pertinentes entre diferentes prestadores, las jurisdicciones y provincias; desarrollar sistemas de soporte a la toma de decisiones que incluyan recordatorios de prácticas preventivas e interacciones medicamentosas.
- **Estándares:** promover, por parte de los profesionales de la salud, el registro de información estructurada y codificada con conceptos de la Extensión Argentina de SNOMED CT; implementar las recomendaciones y guías del plan nacional de interoperabilidad para la conversión automática de SNOMED a CIE-10 con fines estadísticos; generar la capacidad de los sis-

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

temas provinciales para intercambiar documentos clínicos a través de estructuras y estándares de comunicación HL7.

- **Registros y facturación:** obtener la información requerida por los registros y programas nacionales (vacunas, vigilancia epidemiológica, etc.) automáticamente de la historia clínica electrónica y que la misma se envíe en tiempo real a la Secretaría de Gobierno de Salud; generar y reportar, en tiempo real, la información que requiere el sistema nacional de estadísticas en salud (mortalidad, natalidad, internaciones, consultas ambulatorias); lograr que la información requerida para facturar a SUMAR y recupero de obras sociales sea cargada en forma primaria por los profesionales y se envíe en tiempo real.
- **Estudios complementarios y medicamentos:** registrar, por parte de los profesionales, las indicaciones de estudios y prescripciones de medicamentos en el sistema de información en el momento de la consulta, previniendo errores, extravíos, duplicaciones y asegurando su registro longitudinal; implementar en las farmacias de los centros de atención sistemas de información que permitan monitorear su stock, generen todos los reportes necesarios para CUS medicamentos y otros programas y realicen la dispensa nominalizada en base a las prescripciones registradas en el sistema; dotar a los laboratorios con equipos y sistemas de información (LIS) que le permitan identificar a los pacientes, recibir las indicaciones médicas informatizadas y generar reportes estructurados y codificados; dotar a los centros que realizan imágenes con equipos y sistemas (RIS) que permitan la correcta identificación de pacientes, recibir indicaciones médica informatizadas, la adquisición de imágenes digitales y generar reportes de los resultados en forma electrónica.

- **Gestión de información:** que el sistema de información cuente con herramientas para la gestión local de información, reportes y aplicaciones de “business intelligence”; que los sistemas de información en salud provinciales reporten en tiempo real a las oficinas de estadística provinciales, y estas al nivel nacional en la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).
- **TICs en el punto de atención** implementar aplicaciones de software en el punto de atención de la salud, como historias clínicas electrónicas, sistemas de reportes de estudios, registros de enfermedades, aplicaciones móviles, herramientas de telemedicina, de segunda opinión, etc.; aplicaciones utilizadas por profesionales de la salud sometidas a revisiones de expertos en usabilidad y experiencia de usuario, probadas con usuarios reales, en un proceso interactivo; incluir requerimientos de estándares de interoperabilidad y usabilidad en los procesos de adquisición de servicios y licencias de aplicaciones de software comerciales; facilitar la consulta por parte de las provincias en un registro nacional de soluciones de software, con certificaciones de cumplimiento de estándares nacionales.
- **Marco Legal:** elaborar el marco regulatorio necesario para la implementación de firma digital, historia clínica electrónica, receta electrónica y telemedicina, bajo normas de seguridad de los datos del paciente.

Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas

- Priorización de líneas de cuidado: seleccionar y priorizar condiciones de salud y trazar su línea de cuidado²; relevar las prestaciones brindadas por el centro de salud; analizar y optimizar los procesos de atención a las personas, explicitando flujogramas de

HOJA DE RUTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS PROVINCIALES ESCALABLES

atención; realizar educación permanente en servicio sobre temáticas relevantes (promoción de la adherencia a los tratamientos, desarrollo de habilidades en entrevista motivacional, etc.); fomentar el uso y la implementación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de las líneas de cuidado priorizadas, mejorando la calidad de atención y el correcto seguimiento de las personas;

También se propone evaluar la incorporación de alertas y recordatorios basados en las guías de práctica clínica en los sistemas de información o en la HCE; desarrollar estándares de calidad para el cuidado con relación a promoción, prevención y atención; desarrollar plan de actividades comunitarias y de intervención territorial del equipo de salud; desarrollar estrategias para fomentar el autocuidado; implementar estrategias para mejorar la accesibilidad y continuidad de la atención (turnos programados, visitas domiciliarias, seguimientos telefónicos, etc.); crear un sistema de registro con identificación de subpoblaciones de alto riesgo; evaluación de los indicadores sanitarios comparando con la línea de base (previo a la puesta en marcha de la estrategia). Pueden ser indicadores sanitarios de proceso y de resultado, por ejemplo, cantidad de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus cargado en la HCE y proporción de esos pacientes diabéticos con datos de un resultado de hemoglobina glicosilada en la HCE.

Discriminar en cada línea de cuidado las prestaciones a brindar por el CAPS y aquellas que brindará el hospital, estimulando la completitud del registro en la HCE para lograr el correcto reporte de las prestaciones incluidas en las líneas de cuidado.

- **Calidad de Atención:** dotar a los efectores de un manual de evaluación de la calidad para que las personas involucradas en el proceso de atención en los establecimientos de salud puedan llevar adelante una autoevaluación, generando un diagnóstico de situación en aspectos tales como la atención de la salud, la gestión y la organización; brindar una guía de buenas prácticas orientada a la resolución de los espacios de mejora en los procesos de atención de los establecimientos vinculados al autodiagnóstico realizado; sentar las bases para la implementación de un programa de mejora continua para ser aplicado por los propios efectores; integración del plan de mejora con las estrategias de pago por desempeño, en especial asociados a calidad y seguridad en los establecimientos.
- **Redes explícitas de atención:** construir un mapa de establecimientos y recursos de la red; desarrollar una cartilla de red; establecer una coordinación operativa de la red con capacidad de definir y garantizar cuáles son los procesos de referencia y contra referencia, funciones de cada actor y cada servicio de salud para dar cumplimiento a esa guía; poner a disposición de los equipos de salud y la población información referida a las redes explícitas de complejidad creciente que permita resolver la necesidad de consultas con especialistas, estudios complementarios, etc., de cada nivel de atención; certificar redes de atención.

2. Se recomienda considerar la estructura y la producción del último año en el efector, el análisis de situación de salud de la población a cargo del mismo, datos geográficos, demográficos, socioeconómicos y sanitarios que permitan definir los eventos de salud prevalentes; reorientar los servicios hacia un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto.

5 CONCLUSIONES

Si bien el camino de la implementación de la CUS requiere definiciones y estrategias nacionales que guíen el accionar, cada jurisdicción adopta sus propias decisiones enmarcadas en las líneas de trabajo que fueron mencionadas. La propuesta de comenzar con PPE está relacionada con la posibilidad de instalar prácticas que cambian la lógica regular de trabajo que tienen los equipos de salud por lo cual es importante dedicarle tiempo a estos procesos de cambios, monitorearlos y evaluarlos antes de ampliarlos a otros establecimientos.

Cada instrumento, herramienta, circuito, etc. nuevo incluido en la práctica habitual de los equipos de salud cambia su manera de accionar por lo cual necesita ser cuidadosamente incorporado y acompañado por equipos que conozcan la gestión diaria de los establecimientos para evaluar si realmente mejoran los procesos de atención y por ende, el cuidado de la población a cargo.

Desde la Nación, la Secretaría de Gobierno de Salud pone a disposición recursos técnicos y financieros para colaborar con las jurisdicciones en el camino de la cobertura efectiva en salud, con equidad y calidad.