

Evaluación de la incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)

*Análisis del desempeño del PNCC desde su
implementación y la integración de los diferentes
actores y entidades que componen la RED*

DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS | 2013



sumar

es más
salud pública



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Evaluación de la Incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas

Autoridades

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Juan Luis Manzur

SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Dr. Máximo Andrés Diosque

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA SUMAR

Dr. Martín Horacio Sabinoso

COORDINADORES GENERALES

Coordinador Nacional del Programa SUMAR, Dr. Martín Sabinoso y Coordinador Nacional del Área Planificación Estratégica del Programa SUMAR, Lic. Humberto Silva. Coordinadora Nacional del Área Cobertura Prestacional del Programa SUMAR, Dra. Ana María Sala, Responsable Nacional de Planes Especiales del Programa SUMAR, Dr. Santiago Cirio.

MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PROGRAMA SUMAR QUE PARTICIPARON EN EL DISEÑO, SEGUIMIENTO Y DIVULGACIÓN DEL ESTUDIO (EN ORDEN ALFABÉTICO):

Lic. Pedro Antenucci, Lic. Fernando Bazán, Lic. Lucila Belsanti, Lic. Ramiro Flores Cruz, Lic. Analía González, Lic. Elio Grillo, Lic. Maia Magnetto, Lic. Luciano Pezzuchi, Dra. Romina Pons, Lic. Carlos Vallejos, Dra. Natalia Vázquez, Lic. Leonardo Zanazzi, Lic. María Clara Zerbino.

Este informe ha sido realizado por el Plan Nacer / Programa SUMAR – Ministerio de Salud de la Nación junto a la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Plata (FCE UNLP).

Índice de contenidos

Glosario.....	4
Capítulo 1. Hacia la conformación de una red innovadora de salud	5
Antecedentes y estrategias para la reducción de la mortalidad infantil.....	5
La incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.....	6
Capítulo 2. Realización del Estudio.....	9
Objetivos.....	9
Abordaje metodológico.....	9
Capítulo 3. Identificación de los principales resultados.....	11
La contribución del Plan Nacer para la organización e implementación de la Red Nacional.....	11
Nuevo desempeño del Centro Coordinador de Derivaciones (CCD): pautas para el ordenamiento de la demanda y la categorización de la oferta.....	12
Repercusión al interior de los establecimientos de la cultura Plan Nacer.....	14
Las expectativas y satisfacción de la población con cobertura del Plan Nacer.....	15
Capítulo 4. Conclusiones generales.....	17
Bibliografía.....	20

Glosario

CC	Cardiopatías Congénitas
CCC	Cirugía de Cardiopatías Congénitas
CCD	Centro Coordinador de Derivaciones
DNRSCSS	Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud
FCE-UNLP	Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Plata
NEA	Provincias del Noreste Argentino (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)
NOA	Provincias del Noroeste Argentino (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán)
PNCC	Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas
SIISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
UTI CV	Unidad de Terapia Intensiva Cardiovascular

Capítulo 1 Hacia la conformación de una red innovadora de Salud

1.1 ■ Antecedentes y estrategias para la reducción de la mortalidad infantil

A partir del año 2004, el Gobierno Nacional implementó el Plan Nacer para mejorar los resultados de salud materno infantil en consonancia con las Metas Globales del Milenio. El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación destinado a mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Programa, desarrolla Seguros Públicos de Salud para la población materno-infantil, a través de un modelo de financiamiento por resultados, donde el Estado Nacional transfiere recursos a las provincias por la inscripción de la población objetivo y el cumplimiento de resultados sanitarios. Inicialmente, el 100% del financiamiento de la cápita del Plan Nacer estuvo a cargo de la Nación, para luego pasar a ser cofinanciado bajo un sistema incremental y gradual por las provincias, manteniendo siempre una mayor participación en el cofinanciamiento por parte de la Nación, permitiéndole conservar su rol de rectoría en la estrategia iniciada por el Plan Nacer.

La primera fase se llevó a cabo en las provincias pertenecientes a las regiones del noroeste argentino (NOA) y el noreste argentino (NEA), por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los indicadores más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil. Luego, en mayo de 2007, se inició la segunda fase que incluyó a todas las restantes provincias argentinas y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El exitoso modelo de gestión implementado, y su contribución en el descenso de la tasa de mortalidad infantil (en el año 2003 la tasa de mortalidad era de 16,5 mil nacidos vivos, y en el año 2012 descendió a 11,7), promovió la posibilidad de extender la cobertura del Plan Nacer más allá de las prestaciones vinculadas a la atención primaria de la salud. Hace ya varios años que el Ministerio de Salud de la Nación viene estudiando y ejecutando programas para la reducción de la mortalidad infantil por causas de difícil resolución. Dentro de este tipo de causas, las cardiopatías congénitas (CC) ocupan un lugar destacado, tanto por su frecuencia como por el hecho de que el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado permiten solucionar una proporción elevada de estos casos.

En el año 2009, las autoridades nacionales decidieron incorporar la cobertura de atención integral de cardiopatías congénitas a las prestaciones del Plan Nacer, sobre los mismos pilares del Plan Nacer, como son la estrategia de inversión basada en resultados y la construcción de seguros públicos provinciales de salud. Esto representó una evolución en la estrategia de cobertura del Programa, al

incorporar patologías de máxima complejidad y alto costo dentro de sus líneas de cuidado. Para ello, se realizó previamente un estudio de “Evaluación de la capacidad prestacional de la oferta pública para la atención de las cardiopatías congénitas” junto con la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Plata (FCE-UNLP). El trabajo incluyó el relevamiento directo del conjunto de centros que tratan las CC, con el objeto de evaluar la capacidad prestacional; junto con un estudio de costos de estas patologías, que distinguió entre ellas según su complejidad y la edad del paciente, con el objeto de modular y costear las prestaciones. La investigación generó evidencia y permitió analizar diferentes dimensiones vinculadas con la problemática de las CC en la Argentina tales como la oferta y calidad de servicios de atención existentes y la posibilidad de ampliarla, la definición e implementación de una metodología de costos para ser aplicada al proceso de atención de CC. La definición de los criterios para la construcción de módulos y los costos de atención de CC que determinarían la estrategia de financiamiento, se generaron bajo el marco del modelo de gestión del Plan Nacer.

1.2 ■ *La incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas*

El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas y el Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas en listas de espera se crearon en el año 2008 a través de la Resolución 107 del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de realizar cirugías cardiovasculares pediátricas, fortalecer los centros de cirugía cardiovascular pediátrica y monitorear y evaluar los resultados obtenidos. La limitada capacidad prestacional y la falta de coordinación de la derivación habían dado como resultado una lista de espera para la resolución quirúrgica. A partir de esta resolución, se creó el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC) que tuvo como meta incorporar elementos esenciales para el funcionamiento de una red sanitaria, tales como la identificación y fortalecimiento de centros tratantes, modulación de prácticas y su costeo, registro de pacientes y coordinación de las derivaciones.

A través de la Disposición N° 1/2008 de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, se creó el Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas del Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas, cuya función fue la administración de la lista de espera a nivel nacional. El Plan Nacer participó de este proceso, contribuyendo con el financiamiento y los estudios de base que permitieron profundizar la institucionalización del Programa.

Posteriormente, con la incorporación del Plan Nacer al PNCC y a partir de la resolución 327/2011, se lograron una serie de avances en lo que hace a la conformación de la red, entre los que se destacan:

- › **Creación** de un Centro Coordinador de Derivaciones (CCD) de pacientes con cardiopatías congénitas, definiendo su estructura organizativa y acciones, y estableciendo los criterios para llevar a cabo el proceso de derivación de casos a los establecimientos participantes.
- › **Cobertura efectiva** para las prácticas, intervenciones y cirugías realizadas a partir del 1º de abril de 2010.
- › **Definición** de los módulos por nivel de complejidad y prestaciones complementarias financiados por el Plan Nacer.
- › **Posibilidad** de que prestadores públicos y privados formen parte del Registro Nacional de Prestadores para la Atención de Cardiopatías Congénitas.
- › **Establecimiento y auditoría** de normas de calidad y seguridad para la atención de CC y procedimientos a cumplir por parte de las provincias y los establecimientos a la cual pertenecen.
- › **Diseño y aplicación** de un Sistema de Scoring para evaluar el desempeño de los establecimientos.
- › **Planificación** de la producción e inversión.
- › **Implementación** de una estrategia de capacitación, financiando cursos que han permitido incrementar la capacidad diagnóstica, entre otros.

Durante sus primeros años, el modelo de atención y financiamiento de CC implementado a través del Plan Nacer, buscó asegurar el financiamiento de la cobertura de CC a todos los niños/as sin cobertura formal de salud, promoviendo una solución integral para disminuir las listas de espera y generar una mejora sustentable en la producción. La incorporación del Plan Nacer al PNCC tiene como objetivo fortalecer la capacidad prestacional de los establecimientos públicos evaluados favorablemente por la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud (DNRSCSS) de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización e Institutos y, por lo tanto, incorporados al Registro Nacional de Prestadores para la Atención de CC. Se trata de 17 establecimientos tratantes distribuidos a lo largo del país que participan del Plan Nacer brindando, facturando y cobrando las prestaciones de CC realizadas a la población inscripta en alguno de los Seguros Provinciales de Salud.

El financiamiento de las prestaciones para el tratamiento de las CC se produjo, originalmente, a través del Fondo de Reaseguramiento Solidario, financiado a través de la Nación. Este diseño permitió garantizar el financiamiento de todos los casos de cardiopatías congénitas que se presentaban, independientemente del lugar del país donde nacieran o residieran los pacientes. Continuando con esta

modalidad, actualmente el Programa SUMAR¹ ha desarrollado el Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas, que es financiado 100% a través de fondos nacionales, con el objeto de mejorar la cobertura y calidad del servicio de salud a la población sin seguro de salud.

El desempeño e implementación del PNCC resulta complejo debido a los múltiples agentes e interrelaciones que intervienen, y plantea una serie de interrogantes en relación al funcionamiento de la red, el desarrollo de la lista de espera, la capacidad prestacional, la producción de los establecimientos y el funcionamiento de los incentivos. Con el fin de evaluar el diseño e implementación de la estrategia del Plan Nacer para el financiamiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas, y reconocer potenciales aspectos de mejora, se realizó, en el año 2012, un estudio cuali-cuantitativo para analizar el funcionamiento del PNCC a través de las diferentes dimensiones que lo componen.

¹ El Plan Nacer se financió a través de un Programa de Préstamos Adaptable: la primer etapa en las provincias del NEA y NOA (Fase I) constituyó el APL I (BIRF AR- 7225) fue estimado en de U\$S 135,8 millones, mientras que la segunda etapa, para el resto del país, constituida por el APL II (Fase II) fue financiada a través del préstamo BIRF AR – 7409 por U\$S 300 millones. Por su parte, el Programa SUMAR, la ampliación y continuación del Plan Nacer, es financiado por el préstamo BIRF AR-8062 por un monto de U\$S 400 millones, a la vez que desde la Nación se desembolsan U\$S 40 millones. Se estima que las provincias en el marco del Programa SUMAR invertirán la suma de U\$S 35 millones.

Capítulo 2 Realización del Estudio

2.1 ■ Objetivos

Para conocer el desempeño del PNCC-Plan Nacer desde su implementación y la integración de los diferentes actores y entidades que lo componen, en el año 2012 se realizó nuevamente un estudio junto a la FCE-UNLP para la “Evaluación de la incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas”. El estudio tuvo como objetivo evaluar el diseño e implementación de la estrategia del Plan Nacer para el financiamiento de la atención integral de las cardiopatías congénitas, reconociendo potenciales aspectos de mejora para el Programa y sistematizando los logros alcanzados.

2.2 ■ Abordaje metodológico

El estudio comprendió tres modalidades de abordaje complementarias para relevar el desempeño y las opiniones de los diferentes elementos y actores que componen el PNCC. Es por ello que se implementó una estrategia cuali-cuantitativa que incluyó la evaluación del funcionamiento del Programa a través de múltiples técnicas de abordaje y el estudio de los procesos sustantivos mediante la recopilación y análisis de reportes generados para su mejor funcionamiento.

Para las distintas unidades de análisis se utilizaron diferentes técnicas de recolección:

› Estudios de caso

Se visitaron establecimientos de dos tipos: “de referencia”, efectores que realizan un primer diagnóstico preciso del caso y gestionan la derivación con el CCD, y “tratantes”, establecimientos equipados para la resolución de cardiopatías.

Teniendo en cuenta la investigación realizada en el año 2009, se realizaron visitas a establecimientos que actualmente brindan servicios quirúrgicos y de diagnóstico de CC en el marco del Programa Nacional. Se llevaron a cabo entrevistas con los responsables de las distintas áreas vinculadas a la resolución de CC, y relacionadas con la implementación del Programa. Las herramientas de recolección fueron adaptadas en función del establecimiento y área específica, e incluyeron aspectos sanitarios, financieros y administrativos involucrados en el Programa.

En total fueron visitados tres establecimientos de referencia y seis establecimientos tratantes.

› **Entrevistas a referentes clave**

Para conocer el desarrollo de la implementación del PNCC se realizaron entrevistas con actores intervinientes en el Programa, trabajando sobre los aspectos institucionales, incentivos, recursos humanos y equipamiento, y sobre desempeños del Centro Coordinador de Derivaciones.

Se entrevistaron a referentes del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Plan Nacer, Equipo Nacional de Cardiopatías Congénitas, Centro Coordinador de Derivaciones, asociación de padres, y Ministerio de Salud de la Provincia. En total se realizaron seis entrevistas con informantes clave.

› **Grupos focales con actores intervinientes en la línea de cuidado**

Teniendo en cuenta el rol protagónico que cumplen el personal médico en el tratamiento e intervención de las CC, se realizaron dos grupos focales para conocer la opinión de los profesionales en distintos aspectos que hacen a la implementación del PNCC, tales como percepción de la situación previa, las expectativas que existían y una evaluación de los cambios producidos por el Programa.

El propósito fue trabajar a partir de la generación de disparadores y consignas abiertas al diálogo y al intercambio de experiencias, con la posibilidad de profundizar acerca de sus expectativas previas y sus percepciones posteriores a la implementación del Plan Nacer en relación al Programa de Cardiopatías Congénitas, como así también investigar y reflexionar acerca de las actitudes y opiniones emergentes producto de la interacción entre los distintos participantes.

En total se llevaron a cabo dos grupos focales, uno con cirujanos y uno con cardiólogos.

Capítulo 3 Identificación de los principales resultados

3.1 ■ La contribución del Plan Nacer para la organización e implementación de la Red Nacional

A partir del relevamiento en establecimientos, las entrevistas y los testimonios de médicos y cirujanos, es posible evaluar el rol clave que cumplió el Plan Nacer, y actualmente el Programa SUMAR, en la conformación de una red Nacional de CC. Lo primero que mencionan es la mejora que se dio en función del escenario previo, tanto por el financiamiento otorgado y los incentivos, como sus efectos positivos sobre la reducción de la lista de espera. Entre los avances institucionales, se destaca la articulación que facilitó el Programa para la generación de un nuevo modelo de coordinación entre niveles de gobierno y jurisdicciones, en la búsqueda de resultados que trasciendan los territorios provinciales y alcancen a las regiones y al sistema nacional en su conjunto. Según las voces de sus protagonistas, esto implicó un cambio significativo respecto a la organización y tratamiento federal de la salud.

“La mortalidad se reduce y también el hecho de tener una regionalización, las familias tienen que moverse mucho menos, no están tan alejados de sus hogares. Todo el trastorno que es que la familia se separe y la mamá se viene con el niño a Capital a operarse y los hermanitos quedan con el papá en su provincia, tiene una serie de inconvenientes, entonces creo que se han logrado varias cosas: reducir la lista de espera, reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las familias.” (Testimonio de la Dra. Alejandra Villa – Coordinadora del Centro Coordinador de Derivaciones (CCD).)

De acuerdo al estudio realizado en el año 2009 que permitió ordenar y categorizar a los distintos establecimientos del país según su capacidad prestacional tanto en equipamiento como en personal médico, no todas las jurisdicciones cuentan con efectores para el tratamiento de CC con diferentes niveles de complejidad. La mayoría de las derivaciones se hacían a centros de Buenos Aires, independientemente de la complejidad. Frente a esto, el Plan Nacer propició acuerdos con distintos referentes ministeriales a nivel nacional y provincial, sometiendo a consenso las diferentes iniciativas, de modo tal de concebir un mecanismo ordenado y coordinado de provisión de prestaciones, su financiamiento y el monitoreo del uso de fondos en consonancia con las orientaciones estratégicas del Ministerio de Salud de la Nación y las decisiones de los Ministerios de Salud provinciales. A partir de la categorización de los establecimientos y la implementación de un sistema integral de registro de la información, el Programa implicó la puesta en valor de la estrategia nacional y regional para el tratamiento de estas patologías.

El Plan Nacer participa dentro del marco del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, apoyando e integrándose con el Proyecto SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino), que permite integrar y poner a disposición la información, para gestionar y monitorear los programas y sus prestaciones.

“El sueño del pibe es el Plan Nacer. Para que todos los niños puedan tener una cobertura y además, que esa cobertura sea evaluada. No sirve cobertura sin control. No sirve te doy y hacé. No, yo te doy, vos hacé y mostrame.” (Testimonio de la Dra. Josefa Rodríguez – Directora Médica Ejecutiva Hospital Garrahan.)

El relevamiento en los diferentes establecimientos dio cuenta de los favorables resultados institucionales a partir de la implementación del PNCC-Plan Nacer. Los equipos de salud destacan que junto con el financiamiento que brinda para el tratamiento e intervención de estas patologías, el Plan Nacer introdujo una modalidad de trabajo más organizada para resolver los casos de CC. La incorporación del Plan generó mejoras en aspectos organizativos y de gestión, contribuyendo a la credibilidad de la política y al fortalecimiento de los Programas de Capacitación en salud. La red de referencia y contra-referencia es un aspecto crítico para la resolución de CC. Su funcionamiento óptimo depende de la interrelación de sus elementos constitutivos, la comunidad y sus distintos niveles de atención o complejidad.

“El Plan Nacer nos cambió drásticamente, fue un antes y un después. Antes, se nos moría el 80% de los casos que nos llegaba por espera en la asignación. Hoy a través del Plan Nacer, se destaca que como máximo en 48 horas se asigna el paciente, siendo en menos de 24hs. en caso de tratarse de casos urgentes.” (Testimonio de profesional del Hospital Pablo Soria, Provincia de Jujuy.)

3.2 ■ Nuevo desempeño del Centro Coordinador de Derivaciones (CCD): pautas para el ordenamiento de la demanda y la categorización de la oferta

La incorporación del Plan Nacer al PNCC contribuyó al fortalecimiento del Centro Coordinador de Derivaciones, definiendo su estructura organizativa y acciones, y estableciendo los criterios para llevar a cabo el proceso de derivación de casos a los establecimientos participantes. A partir de la creación del CCD y gracias a la intervención del Plan Nacer que asegura el tratamiento y cobertura de los pacientes, más allá de la jurisdicción a la que pertenecen, la derivación de los pacientes se volvió más ágil.

“Es una tarea increíble, antes del Plan Nacer conseguir que un chico se operara era muy difícil, teníamos que llamar nosotros a 15 hospitales diferentes hasta conseguir que uno de ellos te lo aceptara.” (Testimonio de profesional del Hospital Pedro Moguillansky, Provincia de Río Negro.)

A partir de este diseño y pautas claras de trabajo, la intervención del CCD contribuyó a ordenar la recepción de casos pendientes de resolución, y comenzó a observarse una mayor cantidad de casos recibidos en los establecimientos en los que el diagnóstico completo ya fue realizado previamente. El efecto dinamizador que tuvo el Plan Nacer sobre el CCD implicó un importante impulso en la resolución de CC en la Argentina, ya que produjo un notable ordenamiento y distribución de los pacientes, al generar una mejor coordinación entre los efectores, y agilizar la gestión de derivación de pacientes desde un establecimiento no tratante a uno tratante. Contar con una red nacional evita la búsqueda de cama disponible efector por efector para su tratamiento, ya que existe un protocolo para la derivación al centro más adecuado según la complejidad y disponibilidad de cama existente.

“Se observa un cambio en la distribución de las cirugías realizadas entre establecimientos. Básicamente puede distinguirse una desconcentración de cirugías, que se aprecia en la menor cantidad de estas prácticas realizadas en los grandes establecimientos.” (Testimonio de profesional del Hospital Ludovica, Provincia de Buenos Aires.)

La nueva lógica de trabajo que transmitió el Plan Nacer al CCD se tradujo no sólo en una optimización regional para la asignación de los pacientes, sino que implicó también un nuevo tratamiento y organización de la información y los registros. Se ordenó la recepción de casos pendientes de resolución, y comenzó a observarse una mayor cantidad de pacientes recibidos en los establecimientos en los que el diagnóstico completo era realizado previamente a la asignación del caso. La derivación se implementó por medio de una doble vía: la derivación del paciente (como persona física) y el circuito de la documentación respaldatoria (datos filiatorios, historia clínica y demás información médica). Esta mejora también repercutió en la calidad de la información con la que son derivados, ya que ésta es transmitida a partir del SIISA.

“No sólo la resolución sino también no perder el seguimiento de ese paciente, que vuelva a su provincia y se pueda seguir haciendo un control y un seguimiento alejado cosa que por primera vez se da en la historia del país creo yo.” (Testimonio de profesional del Hospital Dr. Guillermo Rawson, Provincia de San Juan.)

La incorporación del Plan Nacer al PNCC repercutió sobre el desempeño del CCD, mejorando la eficiencia y agilidad en la asignación y resolución de los casos, lo que implicó una sensible disminución en la lista de espera. A pesar de esto, aún persisten algunos desafíos de gestión que son relevantes para continuar trabajando y mejorar, en particular aquellos relativos al traslado de los pacientes.

Un aspecto en el que el CCD y los diferentes actores implicados en el tratamiento y derivación de los pacientes señalan que hay que continuar trabajando y mejorar,

es en lo relativo a los traslados. De acuerdo a sus posibilidades, cada centro tiene una modalidad de traslados diferente, lo que puede resultar complejo en ciertas jurisdicciones, ya que las provincias muchas veces no cuentan con los recursos para un traslado aéreo, más allá que la complejidad lo amerite. Esto genera que haya pacientes que deben ser trasladados por varias horas en forma terrestre, mientras que otros acceden al transporte aéreo, repercutiendo esta diferencia en el estado de salud del paciente e incurriendo en mayores costos por parte del establecimiento tratante.

3.3 ■ *Repercusión al interior de los establecimientos de la cultura Plan Nacer*

Siguiendo el modelo del Plan Nacer, los ingresos que reciben los establecimientos participantes del PNCC son adicionales a su presupuesto tradicional. Cada establecimiento posee una administración particular, dependiendo de su organización financiera y la jurisdicción en la que se encuentren. Es por ello que la distribución y aplicación de los fondos provenientes del PNCC-Plan Nacer es heterogénea, en función de las distintas normativas provinciales, y según se trate de hospitales centralizados o de carácter autárquico. La decisión de aplicación de estos fondos obtenidos por desempeño, y planificados previamente a partir del Plan de Producción de Fondos, son definidos por los recursos humanos que forman parte de los establecimientos de salud. A partir de diferentes modelos participativos, la decisión se toma en función de sus prioridades y necesidades específicas, respetando los lineamientos generales definidos por la autoridad sanitaria de la cual dependen.

En el caso de los hospitales de referencia, los fondos recibidos por las prestaciones del Plan Nacer se han utilizado en su mayoría para la compra de equipamiento y remodelación. Algunos centros cardiovasculares tratantes han desarrollado un sistema de pagos de incentivos para los equipos responsables de resolver CC (anestesiastas, perfusionistas, cirujanos, recuperadores, etc.), con módulos similares a la escala salarial vigente en planta, mientras que otros efectores destinaron los recursos financieros obtenidos a través del PNCC-Plan Nacer a la adquisición de insumos y equipamiento para los servicios que se ocupan de las CC (cirugías y recuperación). En ciertos casos se estipuló que el 80% de los ingresos recibidos a través del Plan Nacer se destine para equipamiento e insumos, y el 20% restante sea para capacitación de personal. En algunos casos específicos, los fondos se destinan para pagar el traslado del equipo quirúrgico que se contrata para realizar las cirugías de CC.

Los establecimientos tratantes, por su parte, manifiestan que a partir de los recursos generados con la incorporación del Plan Nacer, han logrado mejorar las salas de recuperación cardiovascular. Los avances en cuanto a infraestructura,

equipamiento y recursos humanos se tradujeron, en el caso del Hospital Humberto Notti de Mendoza, en un aumento del número de camas para el área de UTI CV.

A pesar de los recursos adicionales y las mejoras conseguidas, los responsables de establecimientos aún declaran que persisten las deficiencias de recuperadores cardiovasculares y enfermeras.

En relación a los valores vigentes en el Plan de Servicios de Salud del PNCC-Plan Nacer, los centros declaran que los precios son los adecuados para casi todos los actos que incluye cada módulo¹ (días de estadía pre-quirúrgico, acto quirúrgico, días de estadía post-quirúrgico, etc.). Mencionan sin embargo, que sería conveniente realizar una revisión en los módulos referidos a los días de estadía en UTI, no en relación al valor sino con respecto al total de días, que son cubiertos por el financiamiento del Plan Nacer.

3.4 ■ *Las expectativas y satisfacción de la población con cobertura del Plan Nacer*

Como complemento a la evaluación y análisis de la implementación del Programa en los efectores, se realizó un estudio para conocer la satisfacción de los pacientes respecto al servicio brindado en el tratamiento de cardiopatías congénitas. El relevamiento formó parte del estudio sobre “Monitoreo de la satisfacción del usuario y de la calidad de atención del Plan Nacer”, realizado junto al Estudio Villares y Asociados SRL y RV Consultores S.A. - MFG Consultores durante los años 2012 y 2013, como herramienta para evaluar la eficacia de la política pública y la percepción de los pacientes con cobertura del Plan Nacer respecto de ella.

Para conocer la experiencia vivida al recibir el servicio y sus expectativas previas, se realizó un estudio cuantitativo basado en la implementación de un censo sobre la totalidad de población inscrita que recibieron las prestaciones a través del PNCC-Plan Nacer. Sobre los 1.698 casos, se llevó a cabo una encuesta telefónica, que incluyó preguntas sobre la atención recibida en la detección, intervención quirúrgica, post operatorio y evaluación general del Plan Nacer.

La combinación de 18 preguntas que evalúan la satisfacción con las diferentes dimensiones de la línea de cuidado, dio como resultado el índice de satisfacción global que alcanzó el valor 91,3%. Esto significa que 9 de cada 10 entrevistados contestaron la máxima categoría de satisfacción en cada una de las dimensiones que intervienen en el cómputo del índice.

¹ Los módulos incluyen un conjunto de servicios y prestaciones como son los días de estadía pre-quirúrgico, acto quirúrgico, días de estadía post-quirúrgico. Cada uno de los módulos tiene asignado un costo, mediante el cual los establecimientos facturan las prácticas brindadas.

Capítulo 4 Conclusiones generales

Con una mirada retrospectiva, la Resolución 107 (2008) fue el primer intento formalizado de abordar la problemática de las CC en Argentina, con el objetivo de reducir la lista de espera de niños con necesidad de ser sometidos a cirugías por estas patologías. Sin embargo, el efecto de dicha resolución sobre los actores no había sido la esperada a la hora de estimular la capacidad prestacional. La incorporación del Plan Nacer como apoyo al PNCC ha permitido revertir esta situación. Su principal aporte ha sido proveer una estructura institucional ya probada, donde interviene la Unidad Ejecutora Central, las provincias a través de sus respectivas Unidades de Gestión de los Seguros Provinciales y los prestadores (establecimientos de referencia y tratantes). Esta modalidad ha permitido introducir un mecanismo de financiamiento en CC que se apoya en un esquema de pagos capitados, con incentivos. Partiendo de este avance institucional, el Plan Nacer ha promovido la conformación de una red nacional para la atención de CC. Asimismo, ha avanzado sobre el concepto de calidad en la línea de cuidado a través del scoring diseñado por el Plan Nacer para monitorear y optimizar el desempeño de los establecimientos integrantes de la Red. Si bien se ha institucionalizado la existencia de un CCD bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, el Plan Nacer ha aportado recursos físicos y humanos para su funcionamiento.

La conformación de la Red Nacional, a partir de la incorporación del Plan Nacer, aumentó la cantidad de establecimientos y jurisdicciones tratantes. En el año 2003 la red estaba integrada por 6 establecimientos distribuidos en 4 jurisdicciones, y actualmente ha crecido hasta incorporar 17 hospitales en 10 jurisdicciones del país.

Cobertura de Cardiopatías Congénitas Conformación de la Red Nacional

Año 2003: 6 establecimientos

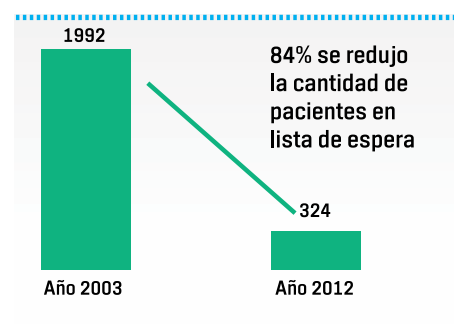
- › Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan (CABA)
- › Hospistal General de Niños "Don Pedro Elizalde" (CABA)
- › Hospital de Niños Ricardo Gutierrez (CABA)
- › Instituto Cardiología (Corrientes)
- › Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Córdoba)
- › Hospital Sor María Ludovica (Buenos Aires - La Plata)

Año 2013: 17 establecimientos

- › Hospistal de Niños Victor J. Vilela (Santa Fé)
- › Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia (Santa Fé)
- › Hospital Público Materno Infantil (Salta Capital)
- › Hospital E. Castro Rendón (Neuquén Capital)
- › Hospital Humberto Notti (Mendoza)
- › Hospital Materno Infantil San Roque (Paraná)
- › Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan (CABA)
- › Hospistal General de Niños "Don Pedro Elizalde" (CABA)
- › Hospital de Niños Ricardo Gutierrez (CABA)
- › Instituto Cardiología (Corrientes)
- › Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (Córdoba)
- › Hospital Sor María Ludovica (Buenos Aires - La Plata)

La incorporación de establecimientos y jurisdicciones tratantes, que aseguran la calidad y el servicio de la atención de los cuidados de CC gracias a estar categorizados y ser parte de la Red impulsada a través del Plan Nacer, da cuenta de la estrategia federal para el tratamiento de estas patologías. Esto lleva a la necesidad de la especialización de los recursos humanos y a la conformación de una adecuada red de derivación, ya que se trata de uno de los componentes esenciales para el adecuado diagnóstico y tratamiento. En este sentido, la participación y contribución del Plan Nacer en el PNCC fue un requisito fundamental para promover el funcionamiento articulado de la red y un importante avance en la resolución de la CC en Argentina. La metodología de trabajo y gestión, junto con el financiamiento que aporta, garantiza el tratamiento completo y oportuno de las malformaciones, al producir un notable ordenamiento de los establecimientos tratantes y de referencia, una mejor coordinación entre efectores y la ágil derivación de pacientes.

La optimización de la red y capacidad prestacional se tradujo en un aumento de la cantidad de cirugías realizadas, con la consecuente disminución de la lista de espera. Los datos recogidos por el Centro Coordinador de Derivaciones de Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas y el Estudio de Dimensionamiento de la Oferta Pública realizado en el año 2009 por la FCE-UNLP, dan cuenta que durante el 2003 se practicaron 930 cirugías y 1.992 chicos aguardaban en la lista de espera para ser intervenidos. En el año 2012, se practicaron 1.832 cirugías y sólo 324 integraban la lista de espera. La organización de la red y la estrategia de capacitación implementada a partir del Plan Nacer generaron también un aumento del 46% en los diagnósticos, disminuyendo en consecuencia la lista de espera de los pacientes que aguardaban para ser diagnosticados. Junto con las estrategias para fortalecer y optimizar la capacidad prestacional y el adecuado funcionamiento de la red nacional, el Programa SUMAR continúa desarrollando herramientas para evaluar y mejorar el desempeño de la Red de Servicios Público del país. Entre los indicadores de seguimiento y evaluación desempeño del Programa se ha incorporado una trazadora que mide la proporción de niños elegibles para el Seguro Provincial de Salud con diagnóstico de cardiopatía congénita y reporte al Centro Coordinador de Derivaciones, antes del año de vida. La incorporación del Plan Nacer/Programa SUMAR al PNCC, significó un avance exponencial en términos de capacidad prestacional y calidad de atención, al reducir en un 84% la lista de espera de pacientes, y fortalecer la salud pública a favor de toda la ciudadanía.



Disminución en los tiempos de espera



Bibliografía

- **FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS - UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (2009).** “Evaluación de la capacidad prestacional de la oferta pública para la atención de las cardiopatías congénitas”. Documento Plan Nacer.
- **MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2008).** Resolución N° 107 Creación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas y el Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas en Lista de Espera.
- **DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA (2008).** DISPOSICIÓN N° 1 Creación del Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas del Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas.
- **ESTUDIO VILLARES Y ASOCIADOS SRL Y RV CONSULTORES S.A. - MFG CONSULTORES (2013).** “Monitoreo de la satisfacción del usuario y de la calidad de atención del Plan Nacer”. Documento Plan Nacer.