

ANEXO I

DOCUMENTO MARCO

PANEL DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y EL DESEMPEÑO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Junio 2019

1. Introducción

En Argentina el acceso a la salud es universal. Esto significa que todas las personas tienen derecho a utilizar los servicios de salud. Sin embargo, la cobertura efectiva no solo es acceder a los servicios, sino que además implica integralidad, continuidad de la atención, coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad.

Por ello, 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, integral, adecuada, oportuna y que garantice estándares de calidad, independientemente de donde vivan o su condición socioeconómica.

Para ello, el Estado nacional propone a las jurisdicciones avanzar en la implementación de 3 ejes estratégicos (Ministerio de Salud, 2018) a fin de mejorar la calidad, cantidad y accesibilidad a los servicios de salud del sistema público:

1. Población definida a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria.
2. Sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas
3. Ampliación de la cobertura prestacional y mejora de la calidad de atención

La cobertura efectiva no solo es acceder a los servicios sino que además implica integralidad, continuidad de la atención, coordinación de cuidados, con efectividad, equidad y calidad.

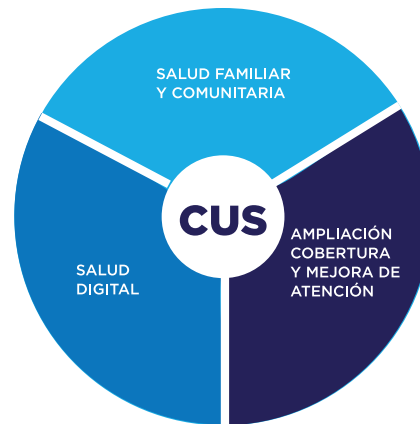


Figura 1: Ejes de la CUS

2. Atención primaria de la salud

“El fortalecimiento de la atención primaria de la salud (APS) es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social, y que la atención primaria de la salud es la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud” (OMS, 25-26 de octubre de 2018).

En ese marco, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC) se compone de un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan el cuidado integral, la promoción, la protección, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la salud.

Para la implementación de la ESFyC es necesaria la articulación intersectorial e interinstitucional, que incorpore diferentes áreas del Estado nacional, provincial y municipal, instituciones de la

sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, universidades y sociedades científicas, entre otras.

El valor de la APS en la ESFyC se evidencia a través de un conjunto de acciones que garantizan la atención integral y efectiva con equidad y calidad; y propiciando un enfoque familiar y comunitario, con equipos multiprofesionales con población y territorios definidos y la existencia de redes integrales de servicios de salud con base comunitaria.

3. Calidad

La calidad en el ámbito de la atención en salud se puede definir como el “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del usuario” e implica aumentar la cobertura efectiva en salud de la población de acuerdo con las mejores prácticas clínicas, priorizando las condiciones de salud más sensibles e implantando redes explícitas de servicios de salud que garanticen la continuidad de cuidado.

La mejora de la calidad es un sistema por el cual los buenos resultados en salud se logran a través del análisis y mejora de los procesos de prestación de servicios. En otras palabras, podemos decir que la mejora de la calidad es el uso de pensamiento sistémico, análisis de datos, y uso de equipos de trabajo para lograr mejores resultados, mejores procesos, y mejor experiencia del usuario.

Los organizaciones de salud son sistemas adaptativos y complejos. Por ende, realizar cambios para mejorar la calidad de atención es una tarea compleja. El proceso de mejora de la calidad requiere que los servicios de salud trabajen proactivamente en buscar oportunidades de mejoras. Estas oportunidades se hacen evidentes cuando el proceso y los resultados son examinados en mayor detalle.

“Los servicios de salud de alta calidad incluyen la atención adecuada, en el momento adecuado, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios y minimizan los daños y el desperdicio de recursos. La atención médica de calidad aumenta la probabilidad de resultados de salud deseados y es consistente con siete características medibles: efectividad, seguridad, identidad, puntualidad, equidad, integración de atención y eficiencia.” (OMS, OECD y Banco Mundial, 2018).



Figura 2: Elementos de la calidad de atención de salud
Fuente: Adaptado de (Institute of Medicine , 2001)

4. Monitoreo de la calidad en APS

El proceso de monitoreo es cíclico, siguiendo el diagrama adaptado del Modelo de William Edwards Deming, que representa los diferentes ciclos de mejora hasta lograr su estandarización y llevarlos a niveles maduros de innovación y referencia.

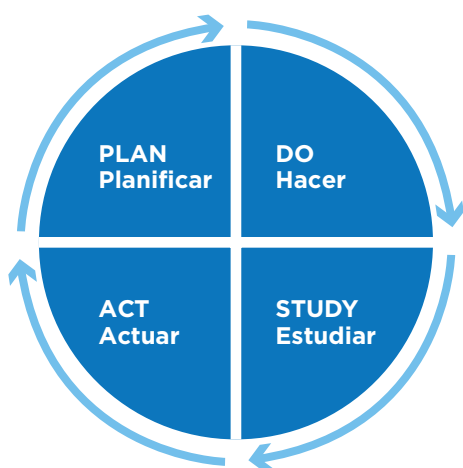


Figura 3: Ciclo PDSA para la mejora de procesos

Fuente: Adaptado del Modelo de William Deming

En el proceso de mejora de calidad en APS es clave medir para conocer el punto de partida y los problemas, proponer cambios para mejorar y volver a medir para comprobar los logros. La calidad requiere medición y generación de información. La atención de salud está cambiando todo el tiempo, por lo que la calidad debe ser monitoreada y evaluada continuamente para impulsar la mejora (OMS, OECD y Banco Mundial, 2018).

5. Desarrollo de un panel de indicadores de evaluación del desempeño de la atención primaria para el sector público de la Argentina

Con el objetivo de avanzar en la implementación de la Cobertura Universal de Salud, uno de los lineamientos establecidos por la Resolución 1013/2018 se relaciona con el **monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado prioritizadas.**

En este aspecto, la Secretaría de Gobierno de Salud se propone colaborar con las jurisdicciones en la medición, análisis y reporte de los aspectos relevantes de los servicios de salud que se están brindando, esto es, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población.

En este camino, el monitoreo de los servicios brindados en el marco de la CUS representa un desafío importante. Para ello, es necesario implementar métricas clave que permitan definir una línea de base y un tablero de indicadores de desempeño: indicadores de confianza en el sistema de salud, de utilización, de resultados, entre otros.

Por ello, el objetivo de este documento es describir brevemente una de las iniciativas que nuestro país ha comenzado a transitar en el camino de la ampliación de la cobertura prestacional con calidad y equidad.

a. Proceso de selección de indicadores

Se creó un equipo de trabajo conformado por representantes de la Secretaría de Gobierno de Salud quien realizó un mapeo

de indicadores utilizados por PHCPI¹, los indicadores sobre Cobertura Universal de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) y por las Direcciones y Programas Ministeriales como por ejemplo la Dirección de Estadísticas, el Programa SUMAR, entre otros.

Luego, se llevó a cabo un panel de consenso para lograr acuerdo y priorización sobre indicadores seleccionados. Éste consistió en tres rondas donde participaron 22 expertos de la Secretaría de Gobierno de Salud y organizaciones afines. Participaron: Carlos Guevel (Director de Estadísticas e Información en Salud), Emanuel Cardozo (Director de Atención Primaria de la Salud), Guadalupe Gallardo (Coordinadora de Salud Familiar y Programas Territoriales), Carolina Carrara (Equipo de Capacitación – Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria), Mariana Rolla (Responsable de Unidad de Monitoreo e Investigación de la Coordinación de Redes Integradas de Servicios de Salud), Carlos Vallejos (Coordinador del Área de Planificación Estratégica de la Coordinación de Implementación de la CUS), Luciano Pezzuchi (Responsable de Monitoreo, Estadísticas y Reportes de la Coordinación de Implementación de la CUS), Teresa Strella (Directora de Epidemiología del MSP de Chubut), Diego Alonso (Subsecretario de Coordinación de Programas del MSP de Córdoba), Hernán Goncibat (Coordinador de Fortalecimiento Institucional del MSP de Entre Ríos), Liliana Flores (Directora Provincial de APS del MSP de Jujuy), Ana María Gassman (Directora de Programación y Planificación del MSP de Misiones), Carlos Ventura (Director General de Información del MSP de Neuquén), Marisa Álvarez (Subsecretaria de Medicina Social del MSP de Salta), María Luz Torres (Directora Provincial de Información para la Gestión del MSP de Santa Fe), Hugo Feraud (Coordinador de la Unidad Ministro del MSP de Santiago del Estero), Elena Sarrouf (Jefa del Departamento de Estadísticas

de Salud del MSP de Tucumán), Karin Kopitowski (FAMFYG - representante de medicina familiar y representante social), Mariana Latorraca (Asociación Metropolitana de Medicina Familiar), María Victoria Ruiz Yanzi (Asociación Metropolitana de Medicina Familiar), Ana Aymat (Presidenta de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General), y Adrián Alasino (Presidente de la Federación Argentina de Medicina General).

Finalmente, se revisaron los resultados y se acordó un panel de indicadores para medir en una primera etapa, cumpliendo con las condiciones de factibilidad y regularidad en la medición. También se elaboraron las fichas técnicas correspondientes a cada indicador. De manera subsiguiente, se espera seguir incorporando indicadores en mediciones futuras, en función del progreso del proyecto y las necesidades de desarrollo.

b. Indicadores seleccionados

Para la clasificación de los indicadores seleccionados se utilizó el marco conceptual de PHCPI que incluye cinco dimensiones relevantes para monitorear la calidad en el primer nivel de atención:

- Sistema
- Insumos
- Entrega de servicios de salud
- Resultados
- Impacto

El primer panel de indicadores seleccionados para evaluar el desempeño de la CUS se detalla a continuación.

DOMINIO: Sistema

- Porcentaje de personas con cobertura pública exclusiva con acceso a servicios básicos de salud.
- Identificación de población del Área de Responsabilidad Sanitaria de establecimientos públicos de salud.
- Definición y digitalización de Áreas de Responsabilidad Sanitaria.
- Gasto público consolidado en salud como % del PIB.
- Porcentaje del Gasto público consolidado en salud total destinado a la Atención pública.

¹ La Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) es un consorcio que reúne desarrolladores de políticas de salud, profesionales del sector y otros actores para catalizar la mejora en la Atención Primaria de la Salud en países de bajos y medianos ingresos por medio de la mejora en el sistema de medición de indicadores y a través del conocimiento compartido (PHCPI, 2019). La iniciativa fue fundada en 2015 por Bill & Melinda Gates Foundation, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en colaboración con Ariadne Labs and Results for Development. En 2018, la Argentina, a través de la Secretaría de Gobierno de Salud se comprometió con la iniciativa PHCPI.

DOMINIO: Insumos

- Graduados en enfermería, densidad por 100.000 habitantes
- Disponibilidad de equipamiento básico
- Disponibilidad de medicamentos esenciales
- Densidad de centros de atención primaria de la salud (por 100.000 habitantes)
- Densidad de médicos (por 10.000 habitantes)
- Densidad de personal de salud comunitario, enfermeras y parteras (por 10.000 habitantes)
- Densidad de personal de enfermeros (por 10.000 habitantes)
- Densidad de personal de parteras (por 10.000 habitantes)
- Porcentaje de hogares con disponibilidad de servicio de agua de red pública y desagüe cloacal
- Porcentaje de centros de atención primaria de la salud con agua, saneamiento y electricidad
- Porcentaje de centros de atención primaria de la salud con Equipos de Salud Familiar y comunitaria
- Porcentaje de centros de atención primaria de la salud con Historia Clínica Electrónica implementada

DOMINIO: Entrega de servicios

- Tasa de vacunación en menores de 1 a 4 años para sarampión
- Barreras al acceso debido a los costos de tratamiento
- Barreras al acceso debido a la distancia
- Tasa de abandono DPT3
- Tasa de éxito del tratamiento de la tuberculosis (TBC)
- Porcentaje de personas con VIH en tratamiento antirretroviral (TAR)
- Porcentaje de nacidos vivos con Chagas Congénito con seguimiento adecuado
- Porcentaje de centros de atención primaria de la salud que realizan actividades comunitarias de prevención y promoción de la salud en el área de referencia al menos una vez por mes

DOMINIO: Resultados

- Seguimiento de salud del niño menor de 10 años
- Seguimiento del niño con sobrepeso u obesidad
- Seguimiento de salud del adolescente de 10 a 19 años
- Seguimiento de salud de la población entre 45 y 64 años de edad

- Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años con screening de cáncer cérvico-uterino de acuerdo a normas establecidas
- Tamizaje de cáncer colorrectal
- Seguimiento del adulto con diabetes mellitus
- Prevalencia de adultos mayores de 18 años de edad con tensión arterial no elevada
- Cobertura de atención prenatal (5 visitas o más)
- Porcentaje de niños con diarrea que reciben tratamiento adecuado
- Cobertura de DPT3
- Lactancia materna en menores de seis meses

DOMINIO: Impacto

- Porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
- Tasa de diarreas en niños menores de 5 años (por 100.000 habitantes)
- Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)
- Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)
- Tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos)
- Tasa de mortalidad de adultos de 30 a 69 años por enfermedades no transmisibles (por 10.000 habitantes)
- Tasa de embarazo no planificado entre adolescentes de 15 a 19 años
- Consumo de tabaco en población de 18 y más años
- Experiencia del usuario con los servicios de salud (% satisfechos)
- Diferencia en tasa de mortalidad de menores de 5 años entre provincias con mayor y menor nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas

Bibliografía

Institute of Medicine . (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press.

Ministerio de Salud. (2018). Resolución Ministerial N° 1013/18. Aprueba el Convenio Marco de Adhesión a la Cobertura Universal de Salud. Obtenido de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=31283&word=cobertura%20universal>

OMS. (25-26 de octubre de 2018). Declaración Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible. Segunda Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud: Hacia la Cobertura Universal de Salud y el Desarrollo Sostenible. Astaná, Kazajstán: Organización Mundial de la Salud.

OMS, OECD y Banco Mundial. (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. OMS.

PHCPI. (2019). Primary Health Care Performance Initiative. Obtenido de <https://improvingphc.org/>

Equipo de trabajo:

Secretaría de Gobierno de Salud: Cintia Cejas (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias), Mariela Barani (Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria), Carlos Guevel (Dirección de Estadísticas e Información en Salud), Luciano Pezzuchi (Programa SUMAR), María Rosner (Unidad de Coordinación General) y María Clara Zerbino (Unidad de Coordinación General).

Un equipo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria coordinado por Ezequiel García Elorrio colaboró con la iniciativa.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2019 - Año de la Exportación

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO I - DOCUMENTO MARCO PANEL DE INDICADORES

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.