Evaluar para seguir adelante:
Resultados del Programa Redes

Redes

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación
Dr. Jorge Daniel Lemus

Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos
Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Coordinadora del Programa Redes
Dra. Sandra Rosa

07 Introducción

11 Capítulo #1
Aportes para la evaluación de las redes de salud: resultados de los proyectos provinciales

12 Redes, como política de Salud
13 Monitorear para decidir y avanzar
14 Construir la metodología para el monitoreo de los proyectos
15 Resultados de los "indicadores comunes"
26 Resultados de indicadores "específicos"
34 Conclusiones
35 Bibliografía

37 Capítulo #2
Evaluación del Programa Redes a través de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005,2009 y 2013

38 Introducción
40 Metodología
41 Resultados
44 Conclusiones
48 Bibliografía

49 Capítulo #3
Prescripción de drogas antihipertensivas en centros con y sin Programa Redes y muerte prematura por accidente cerebrovascular en la Argentina durante el período 2000 a 2011

50 Introducción
51 Resultados
54 Discusión
55 Metodología
57 Anexos
59 Referencias

61 Conclusiones

Autores

Lic. Cintia Cejas

Lic. María Delia Péné

Dr. Alejandro Macchia

Dr. Daniel Ferrante

Coordinación Técnica

Dr. Gabriel González

Edición General

Dra. Marina Ridao

Dr. Daniel Ferrante

Colaboradores

Lic. Mariana Carroli

Lic. Florencia Tufró

Lic. María Flor Gianfrini

Lic. Estefanía Casadei

Corrección

Lic. María Flor Gianfrini

Lic. Carolina Platero

Lic. Lucía de Barrio

Diseño

DG María Laura Carnelli

Lic. Greta Guastavino

Agradecimientos

Equipo del Área de Vigilancia de la Dirección de Promoción de Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles.

Lic. Mauricio Monsalvo, Lic. Anabel Fernández Prieto y equipo de la Unidad de Seguimiento y Evaluación del Programa Remediar.

Responsables de las Unidades de Gestión Jurisdiccionales.

Equipo del área de Asistencia Técnica del Programa Redes.

Glosario

AA. Antihipertensivos

ACV. Accidente Cerebrovascular

APS. Atención primaria de la salud

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIE-10. Clasificación internacional de enfermedades

CSE. Condiciones socio económicas

DEIS. Dirección de Estadísticas Vitales e Información de Salud

DMT 2. Diabetes Mellitus tipo 2

ECG. Electrocardiograma

ENFR. Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo

ENTs. Enfermedades no transmisibles

GPC. Guía de Práctica Clínica.

HTA. Hipertensión Arterial

IC. Intervalo de Confianza

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos

IRR. Incidence rate ratio Tasa de incidencia

NBI. Necesidades Básicas Insatisfechas

OR. Odds Ratio

PNA. Primer Nivel de Atención

PP. Proyectos Provinciales

Q. Quintil

R – CR. Referencia y Contrarreferencia.

RCVG. Riesgo Cardiovascular Global

SNA. Segundo Nivel de Atención

TA. Tensión Arterial

TE. Tasa estandarizada

TEACV. Tasa Estandarizada por ACV

INTRODUCCIÓN

El **Programa Redes** constituye una de las estrategias del Ministerio de Salud de la Nación para fortalecer la coordinación de los servicios de salud, las competencias de los equipos de salud y la participación social, en pos de garantizar el derecho a la salud de todas las personas que habitan el territorio argentino.

Plantea el desafío de pensar la salud desde una perspectiva en la que se valore el trabajo articulado y comprometido de todos los servicios y equipos de salud en conjunto con las comunidades, dando respuesta a los problemas prevalentes y necesidades en salud locales, conformando redes de salud que garanticen el acceso y la continuidad de cuidados.

Para ello, desarrolla diversas líneas de acción complementarias. A través de la implementación de proyectos en las 24 jurisdicciones se contribuye al **fortalecimiento de las redes de salud** priorizando e incrementando la capacidad resolutiva del primer nivel de atención (PNA). A su vez, los proyectos provinciales facilitan el acceso a los servicios de salud en todos sus niveles de complejidad llevando a cabo acciones de identificación y conocimiento de las personas a cargo, de atención programada, de coordinación asistencial, así como de provisión de equipamiento y recursos de los efectores de salud.

Además reconoce la necesidad e importancia de adaptar las **competencias de los equipos de salud** a estos nuevos desafíos, y para ello promueve el diseño de planes de capacitación elaborados por los actores de las redes, así como la implementación de guías de práctica clínica (GPC) para todo el equipo de salud del PNA, entre sus acciones más importantes.

Otro eje de acción consiste en el acompañamiento de procesos de **gestión clínica** en los efectores del PNA, donde el Programa articula con las jurisdicciones mediante equipos de apoyo a la microgestión. Este trabajo coordinado favorece procesos de aprendizaje continuo en servicio y el abordaje conjunto y participativo de los problemas concretos para mejorar el cuidado de las personas.

Como parte de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENTs), se considera a la hipertensión arterial (HTA) y a la diabetes mellitus tipo II (DMT II) como **condiciones trazadoras** de la red de servicios de salud. Ambas patologías son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en el país, así como también de una elevada morbilidad, disminución de la calidad de vida y discapacidad. Para la prevención de las ENTs es fundamental poder realizar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y un seguimiento adecuado de personas con condiciones crónicas y sus factores de riesgo.

El **Programa Redes** favorece la reorientación de los servicios de salud necesaria para dar respuesta a las ENTs, es decir hacia una atención continua y de calidad y hacia un sistema de salud accesible, integrado y coordinado entre los niveles de atención. Promueve el correcto abordaje de las ENTs y particularmente del riesgo cardiovascular global (RCVG) y la diabetes a través del uso de las GPC específicas. Estas apuntan a modificar y unificar comportamientos en la práctica clínica del equipo de salud, de modo que se adopten y apliquen las recomendaciones, respecto de pautas diagnósticas, de seguimiento y de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En síntesis, la estrategia consiste en una intervención compleja a nivel de los servicios y los equipos de salud para jerarquizar el PNA y fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Las intervenciones complejas plantean un desafío a la hora de instrumentar su **monitoreo y evaluación**, que radica en seleccionar indicadores válidos y específicos y desarrollar diseños de estudios apropiados, no solamente para atribuir un efecto, sino para brindar respuestas objetivas que puedan ser de utilidad para rediseñar adecuadamente los cursos de acción propuestos.

La instalación de procesos de **monitoreo y evaluación** fortalece las políticas de salud basadas en evidencias, políticas que no son únicamente "científicas" ni tampoco respuestas ajenas adaptadas a los interrogantes propios, sino basadas en la generación y aplicación de conocimiento apropiado y pertinente para el diseño de políticas públicas locales de salud. Las políticas basadas en evidencia surgen desde el espacio de la acción y sus respuestas objetivas son las guías para crear los procesos de mejora.

El **monitoreo** es un proceso sistemático de recolección de información que surge de la implementación del Programa, provee la información necesaria para completar el proceso de toma de decisiones y es parte fundamental del ciclo de planificación.

La **evaluación**, siguiendo a Vilaça Mendez (2013)[1], es un proceso diferente al monitoreo: requiere de aplicación de método científico para emplear un juicio ex-post de la intervención realizada. Por lo tanto, evaluar es responder periódicamente mediante la aplicación de diferentes técnicas de investigación, preguntas específicas relacionadas con el Programa.

Asimismo, evaluar incluye contrastar lo que está sucediendo con lo que debería suceder y también responder a preguntas de tipo causa-efecto. En este sentido, la evaluación examina

[1] Mendes, Eugênio Vilaça. (2013). "Las redes de atención de salud: resumen" Organización Panamericana de la Salud.

y comprueba la secuencia lógica de insumos, actividades, productos y resultados establecida por el Programa en su diseño.

Considerando los objetivos del **Programa Redes**, sus líneas estratégicas y la importancia conferida a las acciones de monitoreo y evaluación, el propósito de esta publicación es divulgar los principales resultados obtenidos hasta la fecha. Se presentan los resultados en relación con la progresión hacia las metas del Programa y los resultados de evaluación vinculados con los procesos de transformación asistenciales, de gestión y de capacitación.

El presente documento se divide en dos secciones, en primer lugar se presentan los resultados del **monitoreo** de los proyectos provinciales desde el inicio del **Programa Redes** y en segundo lugar se presentan dos estudios de **evaluación**.

En la sección de **monitoreo** de proyectos el capítulo incluye los resultados de los indicadores de procesos que permiten dar cuenta del fortalecimiento de las redes de salud. Se presentan los indicadores comunes a todos los proyectos e indicadores optativos seleccionados por las provincias.

En el segundo capítulo se presenta un estudio de **evaluación** realizado en trabajo conjunto con la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENTs con datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. El estudio busca evaluar el efecto del **Programa Redes** a nivel poblacional respecto del acceso al sistema de salud, y la detección y tratamiento de factores de riesgo (hipertensión, colesterol y diabetes).

Por último, el tercer capítulo contiene un estudio de **evaluación** desarrollado por el Programa a partir de datos proporcionados por la Dirección de Estadística e Información en Salud y el Programa Remediar. Allí se analiza la prescripción de antihipertensivos en las redes, evaluando el efecto del Programa en una de las acciones fundamentales para la prevención de la enfermedad cerebrovascular.

Capítulo #1

Aportes para la evaluación de las redes de salud: resultados de los proyectos provinciales

Redes, como política de salud.

La **política sanitaria** que adopta la Argentina implica considerar a la salud de todas las personas desde un Estado que asume un rol comprometido, activo y explícito. El papel del Estado resulta entonces, primordial en la protección del derecho a la salud.

En este sentido, el Ministerio de Salud de la Nación tiene entre sus competencias garantizar la equidad y la accesibilidad a los servicios de salud, con la calidad y promoviendo la participación social.

El **Programa Redes** se constituye, junto con otros programas del Ministerio de Salud de la Nación, como uno de los enfoques operativos de una política sanitaria orientada a fortalecer y jerarquizar el primer nivel de atención (PNA), estimular el trabajo coordinado e integrado entre los servicios públicos de salud de diferentes niveles de complejidad y estrechar el vínculo entre los servicios de salud y las comunidades, en todas las jurisdicciones argentinas, atravesado por la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Desde esta perspectiva, su principal línea de acción está dirigida a promover el fortalecimiento de las **redes de salud,** mediante la implementación de **proyectos provinciales** que den respuesta a las problemáticas locales de la fragmentación, coordinación asistencial, fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud, registros clínicos y modelos de atención centrados en eventos agudos.

En esta dirección, se encuentran en ejecución **25 proyectos provinciales**[1] para el fortalecimiento de las redes de salud, los cuales llevan entre 16 meses y 5 años de implementación[2].

Cada proyecto desarrolla líneas de acción distintas, las cuales responden a diagnósticos de situación propios. Sin embargo, se puede concluir que, en general, concentran sus esfuerzos en definir circuitos de referencia y contrarreferencia; implementar sistemas de turnos programados tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención y turnos protegidos en el segundo nivel para personas referenciadas de niveles de menor complejidad; desarrollar sistemas de información para la red; normalizar los procesos de atención a través de la implementación de guías de práctica clínica; reorganizar la atención especializada en espacios extra hospitalarios para mejorar su acceso; realizar acciones de prevención, promoción

1. Se contabiliza un proyecto por jurisdicción, excepto la provincia de Buenos Aires que implementa 2 proyectos (Región Sanitaria VI y Región Sanitaria XII).

2. Excepto el proyecto de la provincia de Tierra del Fuego cuya implementación es menor a los 16 meses.

y búsqueda activa de personas con vulnerabilidades; y fortalecer la capacidad resolutiva del PNA en general, para que realmente actúe como puerta de entrada a la red de servicios.

Monitorear para decidir y avanzar.

Contar con información es un aspecto clave para tomar decisiones. La información oportuna y precisa nos permite monitorear el transcurso de las acciones planificadas, para conocer sus resultados y eventualmente replanificar los aspectos que sean necesarios, a los fines de lograr los objetivos propuestos.

Particularmente, en relación a las redes de salud, se podría afirmar que el desarrollo de metodologías para su monitoreo y evaluación es muy incipiente.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2005) en sus recomendaciones para los países de la región señala la importancia de "desarrollar la metodología y los indicadores para monitorear y evaluar los avances logrados por los países y la región en la implementación de los sistemas de salud basados en la APS".

En 2010, en su documento de posición sobre las Redes Integradas de Servicios de Salud, señala que *"(...) el monitoreo y la evaluación del desempeño de las redes presenta grandes desafíos técnicos, como son la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico y la escasa disponibilidad y comparabilidad de datos. Es importante que las redes realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud o contribuir a las evaluaciones de desempeño y resultados de la red".*

A su vez Puig y otros (2009) agregan que una primera aproximación al concepto de redes debe tener en cuenta a la integración como proceso y no como meta, resaltando la importancia del monitoreo de las acciones. *"Integración/fragmentación se comportan como un par dialéctico que presupone un movimiento no lineal. El enfoque estático o como meta y no como proceso de la integración/fragmentación, responde a un pensamiento que no es compatible con un sistema de servicios de cualquier naturaleza y limita su horizonte temporal. El diseño, implementación y monitoreo continuo de estrategias que permitan visualizar el movimiento gradual hacia la integración/fragmentación en una red de servicios de salud debe estar firmemente anclado sobre diagnósticos oportunos y precisos".*

Construir la metodología para el monitoreo de los proyectos.

Desde el **Programa Redes** se estimula el monitoreo y evaluación de los proyectos provinciales. Por ello, para mensurar el grado de cumplimiento de los objetivos de cada proyecto en sus diversas etapas y al finalizar la intervención, se propuso la utilización de un conjunto de indicadores relacionados con **accesibilidad al PNA, la capacidad resolutiva de la red y la jerarquización del PNA.**

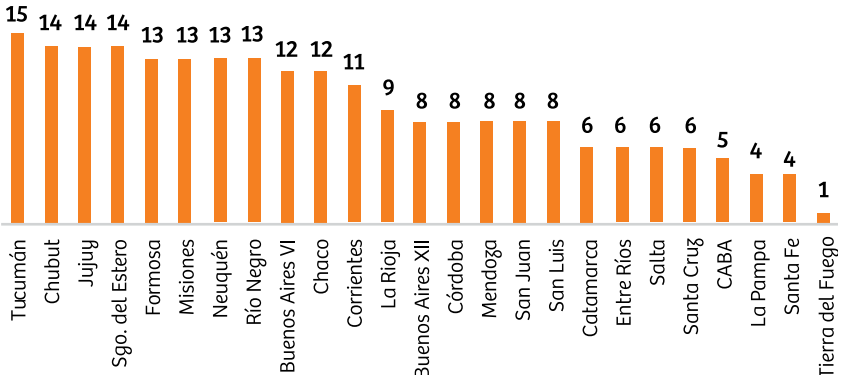
Cada proyecto estableció una línea de base y definió las metas al finalizar los 3 años, para **10 indicadores**: 6 de ellos fueron comunes a todos los proyectos y 4 fueron específicos para cada jurisdicción, en función de los objetivos particulares de cada proyecto. Los indicadores que se consideraron para todos los proyectos están relacionados con la nominalización de la población a cargo de las redes, la atención programada en el PNA, el acceso a extracciones de sangre en los efectores de salud del PNA y las referencias y contrarreferencias documentadas.

A su vez, para la selección de los indicadores específicos se construyó una biblioteca de 26 indicadores que respondieran a las 4 características básicas que debe cumplir un indicador: validez, sensibilidad, especificidad y confiabilidad.
Es importante considerar que el reporte de estos indicadores se asoció al cumplimiento de incentivos financieros que implicaban el alcance de un 40%, 50% y 70% de las metas de cada uno de los indicadores. Por esta razón, la información fue reportada por los proyectos en distintos momentos, dependiendo del momento en que cumplieran las metas.

Otro punto a destacar es que los datos se encuentran verificados y validados mediante un proceso de auditoria externa excepto para los casos de La Pampa y Santa Cruz cuyos datos se relevaron durante el proceso de formulación de los proyectos de Redes 2[3].

Por último, es importante considerar en el análisis, el plazo de ejecución de los proyectos de cada una de las provincias desde sus inicios hasta mayo 2015. El siguiente gráfico indica la cantidad de cuatrimestres de ejecución:

3. Redes 2 es la continuación de los proyectos provinciales mediante el Préstamo AR 2788 del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) que brinda financiación adicional al recientemente concluido Préstamo AR 1903. Implica extender territorialmente las redes seleccionadas en donde se implementan los proyectos y continuar trabajando en la profundización de los procesos tanto en las áreas iniciales como en las nuevas.



De acuerdo a lo introducido en este apartado, el análisis que se desprende a continuación se encuentra organizado en dos grandes partes: análisis de indicadores "comunes" y análisis de indicadores "específicos".

Resultados de los "indicadores comunes"

A continuación se presentan los resultados de los indicadores "comunes" a todos los proyectos de Redes, es decir, aquellos que fueron medidos por todos los proyectos, independientemente de sus objetivos.

1. Conocimiento de la población de la red

El principal objetivo de las redes de salud es proveer servicios de salud integrales a la población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Para lograr lo anterior, las redes deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad.

Las redes que se organizan sobre la base de áreas geográficas definidas tienen una ventaja comparativamente mayor con relación a los sistemas que no se organizan sobre una base territorial, particularmente en lo que se refiere a la posibilidad de implementar acciones de salud pública, promover la acción intersectorial e intervenir en los determinantes sociales de la salud.

La nominalización de la población en su totalidad, es la base de una red de salud. El conocimiento de la población y el territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental.

La nominalización es un acto por el cual el Estado asume responsabilidad territorial sobre la población. Esta nominalización implica mucho más que el mero desarrollo de padrones poblacionales. Implica conocer no solamente los nombres de las personas y sus familias en un área geográfica determinada, sino también sus características sociales y sanitarias, sus demandas, sus necesidades, el estado de sus determinantes sociales de la salud y, fundamentalmente, implica la asignación de cada persona y cada familia a un centro de salud del primer nivel de atención donde un equipo se hará responsable de su cuidado (Remediar+Redes, 2011).

En esta dirección, todos los proyectos de **Redes** se encuentran nominalizando a la población a cargo de los efectores de salud que conforman la red. Hasta el momento se logró **nominalizar a 2.803.747 personas** mayores de 6 años con cobertura pública exclusiva en las redes[4].

Esto implicó desarrollar diferentes estrategias para la identificación de las personas, registro de sus datos, actualización de registros existentes y mejora de la calidad del dato, sistematización de la información, etc. También se aprovechó la oportunidad de la nominalización para realizar una búsqueda activa de las personas con riesgo cardiovascular global (RCVG), registrándose al momento de esta publicación **298.942 personas clasificadas** con los distintos niveles de RCVG (bajo, moderado, alto y muy alto). Para ello, se capacitó a los equipos de salud (médicos, enfermeros, agentes sanitarios, administrativos, y demás personal sanitario) y se implementó una variedad de acciones de promoción de la salud, de difusión, estrategias convocantes e innovadoras.

Además, la coordinación interprogramática al interior de los ministerios de salud provinciales y con organizaciones barriales, fue fundamental para llevar adelante los trabajos de campo o extramuros.

Cantidad de población nominalizada

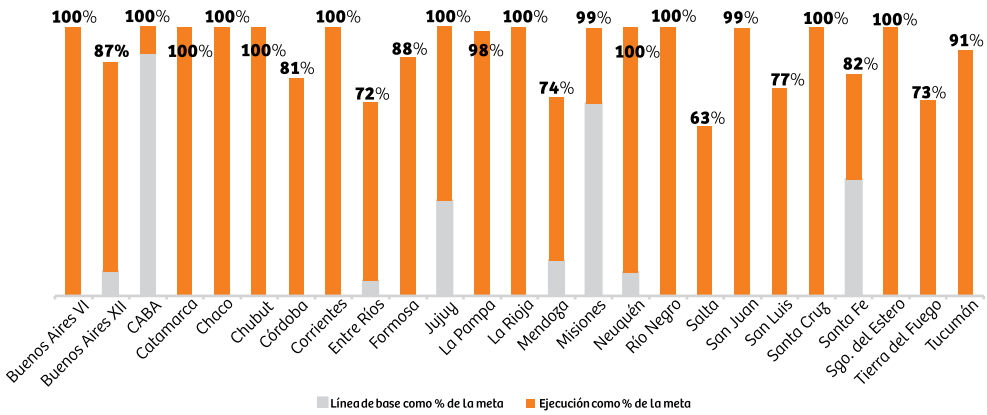
Cantidad de población de la red

Definición: Un efector de PNA tiene su población del área de referencia nominalizada cuando ésta se encuentra identificada, localizada y asignada al efector de PNA. Además, el efector de PNA debe conocer las características generales socio-sanitarias de su población a cargo.

4. A los inicios (2007), la decisión de nominalizar a la población mayor a 6 años se consideró complementaria a las acciones llevadas a cabo por el entonces Plan Nacer, el cual promovía la nominalización de mujeres embarazadas y niños menores a 6 años

El siguiente gráfico muestra la situación de las redes de los 25 proyectos en cuanto a la cantidad de personas mayores de 6 años con cobertura pública exclusiva nominalizada al momento de iniciar su proyecto (línea de base), y el avance en los años de ejecución del proyecto en relación a la meta propuesta para cada jurisdicción.

Gráfico 1: Cantidad de población nominalizada en las redes, como % de la meta (mayo 2015)



El análisis que se desprende de este gráfico permite agrupar a las jurisdicciones de la siguiente manera:

- Jurisdicciones con línea de base igual a cero que alcanzaron el 100% de sus metas de nominalización: Buenos Aires (Región VI), Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Santa Cruz. En estos casos, es destacable no sólo la acción de nominalizar sino también de crear los medios de verificación que dieran cuenta del trabajo realizado, problema por el cual las líneas de base fueron igual a cero.

- Jurisdicciones con línea de base igual a cero que, sin alcanzar el 100% de la meta, incrementaron significativamente su población nominalizada: Córdoba, Formosa, La Pampa, Salta, San Luis y Tucumán.

- Jurisdicciones que contaban con trabajo realizado y reportable al comienzo del proyecto, y que el **Programa Redes** traccionó para incrementar la nominalización de la población, incluso mejorando los registros existentes: Buenos Aires (región XII), Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Neuquén, Misiones y Santa Fe.

• Jurisdicciones que contaban con líneas de base altas, en cuyos casos el **Programa Redes** no necesariamente desencadenó estrategias específicas de nominalización sino que facilitó la sistematización: Ciudad de Buenos Aires, y Tierra del Fuego[5]

2. Atención programada en el primer nivel de atención

Una red de servicios de salud debe contar con la posibilidad de programar el contacto entre las personas y la oferta de servicios disponibles. Frecuentemente los efectores del PNA funcionan fundamentalmente con la modalidad de demanda espontánea o sistema de turnos diarios (asignados para el mismo día en que se solicitan). Es decir, las personas logran acceder a la atención en el orden en que llegan al centro de salud, siempre que la oferta de atención no se encuentre ya saturada (REMEDIAR+REDES, 2011). Si bien esto permite resolver algunos motivos de consulta de patologías agudas, en general no resulta adecuado para la atención de problemas que requieren de instancias más prolongadas de contacto entre los equipos de salud y la persona que consulta.

Lo que mejora la continuidad en la atención y la adherencia a los tratamientos es una atención integral e integrada, con consultas programadas. También, los controles de salud: control de niño sano, control de salud sexual, control del adulto y control de embarazo son instancias donde sólo las consultas programadas y con tiempos protegidos, son estrategias que incrementan el acceso y la cobertura.

En este sentido, para una mejor atención que impacte en la salud de las personas se requiere un sistema de salud que se reoriente y pase de ser reactivo, fragmentado y episódico (que responde a las demandas por condiciones y eventos agudos), a ser proactivo, integrado, continuo y centrado en la promoción y cuidado de la salud. Uno de los aspectos importantes en este camino es la **búsqueda del equilibrio entre la atención de la demanda espontánea y la programada** (Vilaça Mendes, 2014).

En una red de servicios de salud, la modalidad y los mecanismos para solicitar turnos no deben ser competencia exclusiva del personal administrativo, quien se encarga generalmente de asignarlos. Todo el equipo de salud y los nodos que conforman la red deben conocer y mantenerse informados sobre estos mecanismos a fin de ofrecer información certera y útil a quien debe solicitar dichos turnos (Remediar+Redes, 2011).

5. Si bien la provincia de Tierra del Fuego no registra línea de base en el gráfico, se pudo corroborar el trabajo existente de nominalización de la población previo al proyecto de Redes.

Lograr implementar procesos de atención programada implicó desarrollar diferentes estrategias en cada una de las provincias, tales como reorganización de los servicios de PNA, reorganización de las funciones del equipo de salud, aperturas de agendas de los profesionales del PNA, generar procesos de comunicación y difusión, desarrollo de sistemas de registro, de sistemas de información, de estrategias de recordatorio de los turnos otorgados y de sistemas alternativos de asignación de turnos.

Para la medición de esta estrategia se consideraron 2 indicadores: efectores del PNA con sistema de turnos programados y cantidad de consultas programadas realizadas.

Cantidad de efectores del PNA con sistema de turnos programados

---

Cantidad de efectores del PNA de la red

Definición: Un sistema de turnos programados es un mecanismo por el cual desde un efector del PNA se otorga, de forma programada, a distancia o in situ, una fracción de tiempo para una consulta médica u odontológica. La fracción de tiempo no debe corresponder a la misma jornada en la que fue solicitada ni asignada en el momento de mayor demanda de consultas en forma espontánea

Cantidad de consultas programadas

Cantidad de consultas en los efectores del PNA de la red

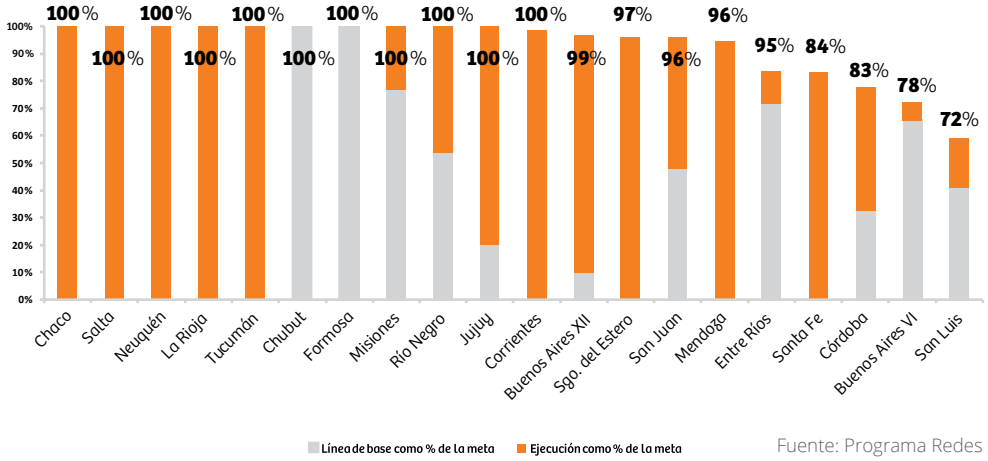
Definición: Una consulta programada es aquella que se realiza bajo un sistema de turnos programados.

Tal como se analizó en el eje de nominalización, cada proyecto partió de realidades distintas.

Claramente, se identifican jurisdicciones que tenían trabajo previo en atención programada y que fue profundizado durante la ejecución de los proyectos (Chubut, Formosa, Buenos Aires VI). Otras provincias que reportaron línea de base cero y que pudieron cumplir sus metas en un 100% (Chaco, Salta, Neuquén, La Rioja, Tucumán, Corrientes y Santiago del Estero) y aquellas en las que el proyecto colaboró para extender la estrategia a otros efectores de salud o a otras especialidades dentro del centro de salud (Misiones, Río Negro, Jujuy, San Juan, Entre Ríos, Córdoba y San Luis).

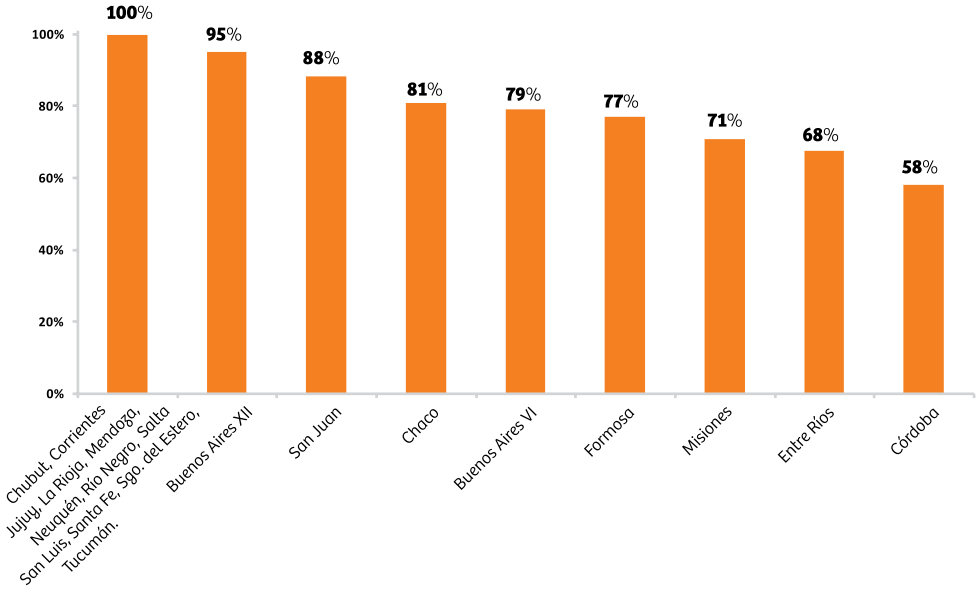
De los 11 proyectos de **Redes** que habían iniciado acciones de atención programada previamente al proyecto, en apenas 4 cuantificaban la cantidad de turnos programados otorgados. En este sentido, la estrategia de **Redes** colaboró en el desarrollo de los registros y en la sistematización de la información.

Gráfico 2: Cantidad de efectores de PNA con sistema de turnos, como % de la meta (mayo 2015)



Fuente: Programa Redes

Gráfico 3: Cantidad de efectores de PNA con sistema de turnos, como % de la meta (mayo 2015)



Considerando los proyectos de **Redes** mencionados en el gráfico, se registraron **788 efectores** de PNA con turnos programados, lo que constituye el **63%** de los efectores de la redes en estas provincias. Asimismo, se registraron más de **4.466.000 consultas programadas** en dichos efectores de PNA.

3. Extracciones de sangre en el Primer Nivel de Atención

Las redes de salud buscan coordinar e integrar las funciones de apoyo clínico (servicios de laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes, por ejemplo) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evalúan tecnologías médicas para su racionalización e incorporación.

Para la medición de una de las estrategias de organización de los servicios de apoyo, que es el servicio de laboratorio, se seleccionaron 2 indicadores relacionados con la toma de muestras de sangre en el primer nivel de atención: efectores del PNA que realizan extracciones de sangre y cantidad de extracciones de sangre realizadas en efectores del PNA.

Cantidad de efectores del PNA en donde se realizan extracciones de sangre

---

Cantidad de efectores del PNA de la red

Definición: Se considera como unidad la extracción de sangre, sin especificar la cantidad de determinaciones que se le realizan a una misma muestra.

Cantidad de extracciones de sangre en los efectores de PNA T1 (tiempo 1)

Cantidad de extracciones de sangre en los efectores de PNA T0 (tiempo 0)

Definición: Se considera como unidad la extracción, sin especificar la cantidad de determinaciones que se le realizan a una misma muestra. Las extracciones a contabilizar requieren que el resultado llegue al efector de PNA y al registro clínico del paciente para su información y seguimiento.

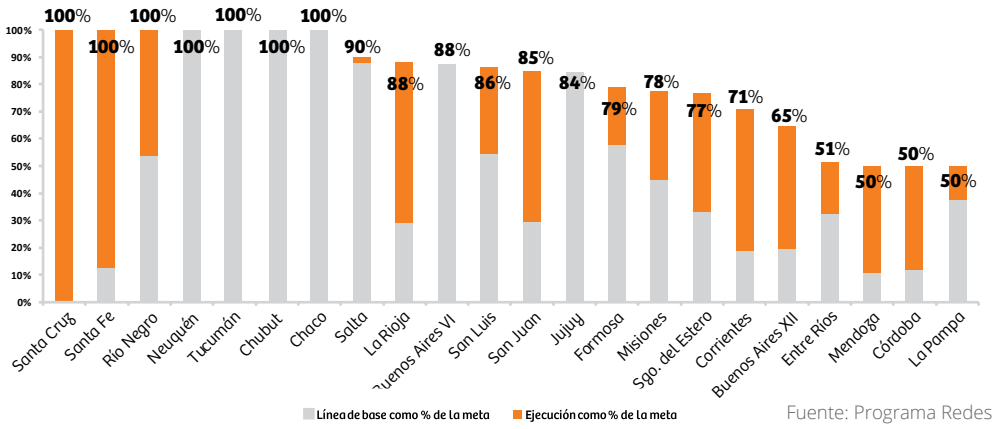
En la organización de la toma descentralizada de muestras para laboratorios, pueden destacarse diversas estrategias, pero en general suelen desarrollarse tanto por demanda espontánea o por otorgamiento de turnos (por ejemplo, semanal) para extracción de sangre en los efectores de PNA. Luego, las muestras transitan un circuito definido hacia el laboratorio donde se procesan. Este laboratorio puede ser el existente en el centro hospitalario, o bien un nodo intermedio adecuadamente equipado y geográficamente localizado con criterios de red. El resultado retorna al PNA quedando registrado en la historia clínica del efector donde se atienden las personas.

Para llevar a cabo esta estrategia se ha desarrollado un análisis de situación y un exhaustivo trabajo de planificación, conjuntamente con las direcciones provinciales/municipales y servicios de laboratorio, de enfermería, de logística, etc.

Asimismo, requirió del desarrollo de protocolos de extracción, recolección y traslado de muestras, compra de equipamiento, readecuación física de laboratorios y de efectores para montar laboratorios, compra de insumos, compra de móviles, capacitación de equipos de salud. Implicó también el desarrollo de capacidades para elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud, recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.

El siguiente gráfico representa la situación de las redes en cuanto a la cantidad de efectores del PNA con extracciones de sangre al iniciar los proyectos (línea de base) y el avance en los años de ejecución en relación a la meta propuesta. Si bien muchas de las provincias ya se encontraban trabajando en esa línea, el **Programa Redes** les permitió ampliar de manera considerable la oferta tanto de servicios como de cantidad de extracciones realizadas. También en ciertas provincias se amplió la tipología de pruebas de laboratorio como por ejemplo, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, entre otras.

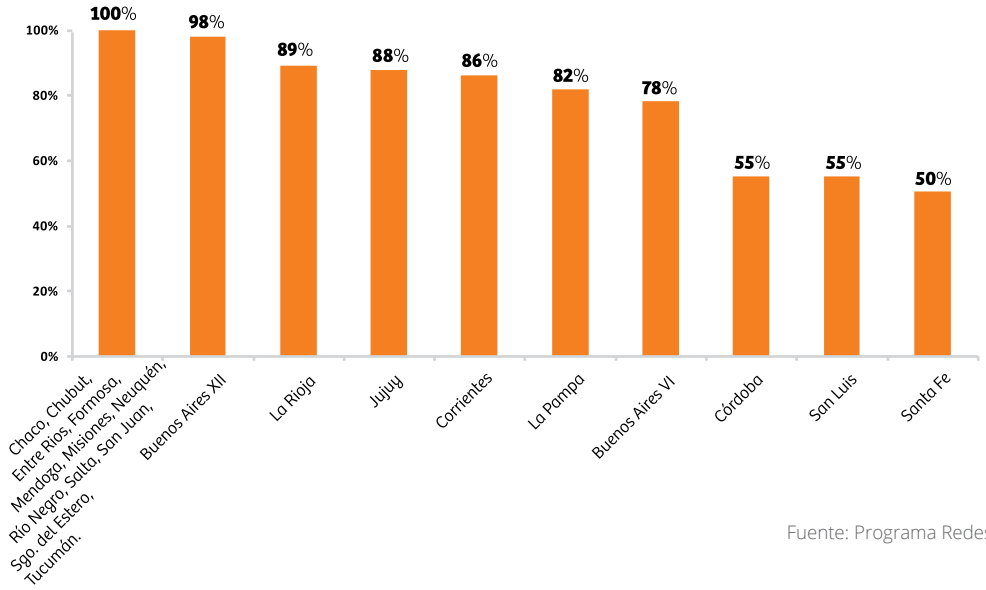
Gráfico 4: Cantidad de efectores del PNA que realizan extracciones de sangre, como % de la meta (mayo 2015)



Fuente: Programa Redes

De esta forma se logró contar con más de **989 efectores de PNA** con toma de muestra descentralizada, lo que corresponde al 60% de los efectores del PNA de dichas redes. Así se pasó de unas 82.358 extracciones realizadas y registradas en PNA por año a cerca de **1.109.091 extracciones** realizadas y registradas en el PNA. Es decir, se incrementó casi **14 veces** la capacidad de respuesta en la red en este sentido.

Gráfico 5: Cantidad de extracciones de sangre realizadas en efectores del PNA, como % de la meta (Mayo 2015)



Fuente: Programa Redes

4. Coordinación asistencial: referencias y contrarreferencias

El funcionamiento de una red de salud necesita de mecanismos de coordinación asistencial entre los servicios, tales como los sistemas de referencia y contrarreferencia, para los cuales resulta esencial que los mismos sean establecidos con claridad y aceptados por los equipos.

La referencia consiste en remitir a una persona hacia otro servicio o nodo de la red donde la complejidad ofrecida resulta adecuada para continuar y avanzar en su cuidado. La referencia puede hacerse con motivo de una interconsulta, una derivación o segunda opinión. La contrarreferencia es la acción informada, mediante la cual una persona retorna al centro de atención desde donde fue referenciado, para continuar con su tratamiento o seguimiento (Remediar+Redes, 2011).

Un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia permite incidir en los problemas más comunes del sistema, como falta de turnos, retrasos de atención, duplicidad de re-

cursos y esfuerzos, interrupción de tratamientos, desplazamiento innecesario de personas, elevación de costos, etc. En este sentido, el esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

Por ello, otro de los indicadores diseñados para medir la coordinación asistencial promovida por los proyectos provinciales de **Redes** fue el siguiente:

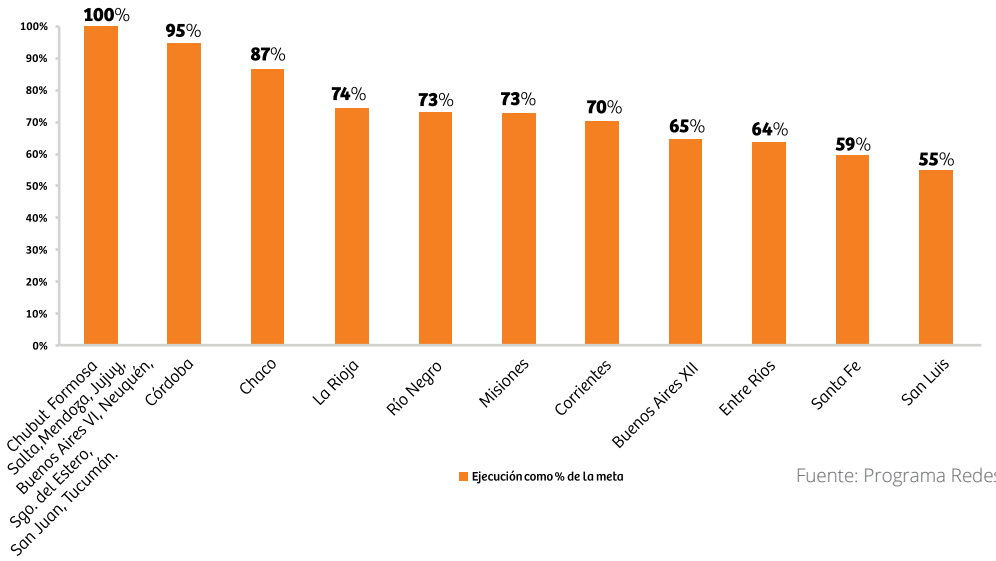
Cantidad de de R–CR documentadas e incluidas en los registros clínicos del PNA en T1 (tiempo 1)

Cantidad de R–CR documentadas e incluidas en los registros clínicos del PNA T0 (tiempo 0)

Definición: Se consideran R y CR documentadas cuando tanto la ficha de referencia como la de contrarreferencia cuentan con datos básicos del acto (especialidad a la que se deriva, motivo de la derivación, respuesta escrita a la referencia incluyendo plan de acción y firma y sello médico en ambas instancias). La ficha u otro instrumento de R-CR cuenta como unidad

El siguiente gráfico demuestra el avance de las R-CR documentadas en el PNA en relación a la meta propuesta.

Gráfico 6: Cantidad de R y CR documentadas en efectores del PNA, como % de la meta (Mayo 2015)



Fuente: Programa Redes

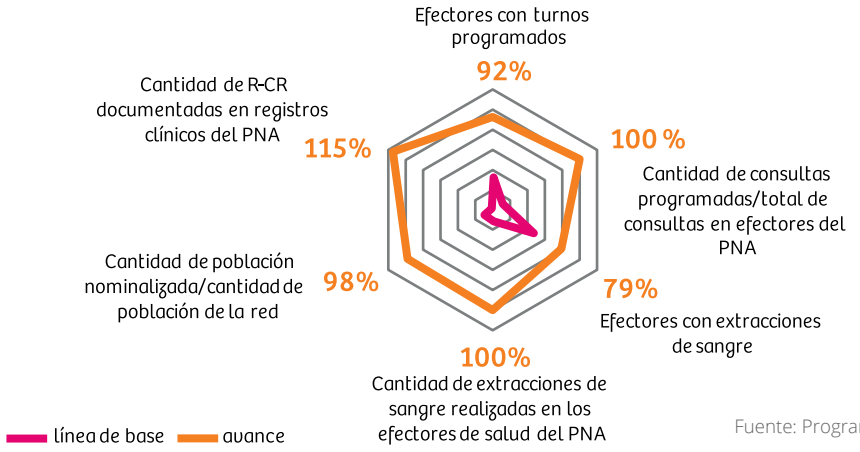
Tanto al momento de realizar los diagnósticos provinciales de las redes seleccionadas, como al momento de implementación de los proyectos, los procesos correspondientes a referencia y contrarreferencia fueron los más débiles detectados por los equipos. En sus líneas de base, apenas 3 jurisdicciones pudieron dar cuenta de sistemas en pleno funcionamiento ya que, en general, se desarrollaba la referencia, pero no había registros de la contrarreferencia. Actualmente se han logrado cerca de **130.000 referencias y contrarreferencias** documentadas en el PNA en el marco de estos proyectos de **Redes**, lo que implica la existencia del registro de dicha contrarreferencia en la historia clínica o registro clínico de la persona en el PNA.

Alcanzar esta meta implicó desarrollar procesos extensos de consenso entre PNA y segundo nivel de atención (SNA), protocolos de atención, flujogramas de atención, procesos administrativos, procesos de coordinación entre servicios, capacitaciones, generación de estrategias de comunicación entre los servicios, cambios de conducta de los profesionales del equipo de salud, implementación de oficinas de referencia y contrarreferencia en los efectores de SNA (hospitales) y turnos protegidos así como programados en el segundo nivel de atención, desarrollo de sistemas de información, entre otras estrategias.
Asimismo la mejora en estos procesos permitió incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia, tales como retrasos de atención, duplicidad de recursos y esfuerzos, elevación de costos, interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de las personas.

5. Análisis integrado

El avance general de todos los proyectos de **Redes** en relación a los 6 indicadores presentados anteriormente, considerando sus líneas de base y sus metas, se evidencia en el siguiente gráfico:

Gráfico 7: Avance en los 6 indicadores "obligatorios"



Fuente: Programa Redes

El gráfico permite deducir que los aspectos más trabajados por las jurisdicciones, previamente a la existencia de los proyectos de **Redes**, fueron los turnos programados y las extracciones de sangre descentralizadas. Sin embargo, cuando se comparan los indicadores "efectores con extracciones de sangre" y "cantidad de extracciones de sangre realizadas en efectores de PNA" se puede concluir que probablemente se realizaban extracciones sin registrarlas por lo cual no se puede inferir la magnitud del servicio prestado (extracciones una vez por semana, pocos turnos, etc.). Mediante las estrategias implementadas por los proyectos, se amplió el acceso a diferentes grupos poblacionales y la cobertura.

Algo similar sucede en el caso de la atención programada. Los efectores del PNA reportaban en la línea de base tener turnos programados, pero probablemente sólo para la atención materno-infantil. Los proyectos de **Redes** posibilitaron la mejora de los registros y la ampliación de la cobertura incluyendo otras especialidades, lo cual explica el mayor crecimiento observado por el indicador "cantidad de consultas programadas en efectores del PNA".

En relación a la nominalización de la población, como ya se indicó, un tercio de las jurisdicciones (8 provincias) contaban con información en relación a la población a cargo de los servicios de salud. En estos casos y en el resto, el Proyecto de **Redes** colaboró en profundizar los procesos de conocimiento de la población tanto para los servicios de salud como para otros programas sanitarios.

Las referencias y contrarreferencias fueron los procesos en los que, en todas las provincias, se pudieron visualizar dificultades al momento de comenzar a ejecutar los proyectos. El desarrollo de procesos de coordinación, articulación entre niveles de atención, turnos protegidos, oficinas de referencia y contrarreferencia o de gestión de pacientes en los hospitales de las redes, así como la implementación Guías de Práctica Clínica[6] y la informatización de los sistemas de información, constituyeron elementos clave para lograr estas metas.

Resultados de indicadores "específicos"

El siguiente análisis se desprende de los indicadores que fueron seleccionados por los proyectos de acuerdo a la orientación que tuvieran. Dado que cada jurisdicción los seleccionó de una biblioteca, para este análisis se incluyeron aquellos indicadores que fueron elegidos por al menos 9 jurisdicciones

6. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) ofrecen a los equipos de salud y a las personas con enfermedades crónicas una serie de recomendaciones basadas en evidencia que permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

1. Actividades extramuros

Desde la perspectiva de las redes de salud, existen dos atributos que hacen referencia específica a la necesidad de que los servicios de salud se vinculen estrechamente con las comunidades (OPS, 2010):

- **Atención centrada en la familia y en la comunidad:** se refiere a trasladar al centro de la escena a las personas y trabajar intersectorialmente con ellas, con sus familias y con la comunidad.

- **Participación social amplia:** se refiere a la inclusión de otros sectores y al abordaje con ellos, de los determinantes sociales de la salud.

Como en todos los procesos, la participación social en los sistemas de salud tiene un gradiente que puede ir desde la consulta y relevamiento de información hasta la planificación, toma de decisiones, implementación y/o evaluación de programas y servicios públicos y es allí donde se llega al verdadero empoderamiento de la comunidad. Sin embargo, para que esto suceda, deben existir canales, mecanismos, voluntad y ciertas capacidades en los equipos de salud para trabajar en conjunto. Allí la importancia de las estrategias de abordaje comunitario.

Para medir estas características, se diseñó un indicador relacionado con las actividades comunitarias realizadas por los efectores del PNA de las redes:

Cantidad de efectores del PNA que realizan actividades comunitarias de promoción de la salud en área de referencia

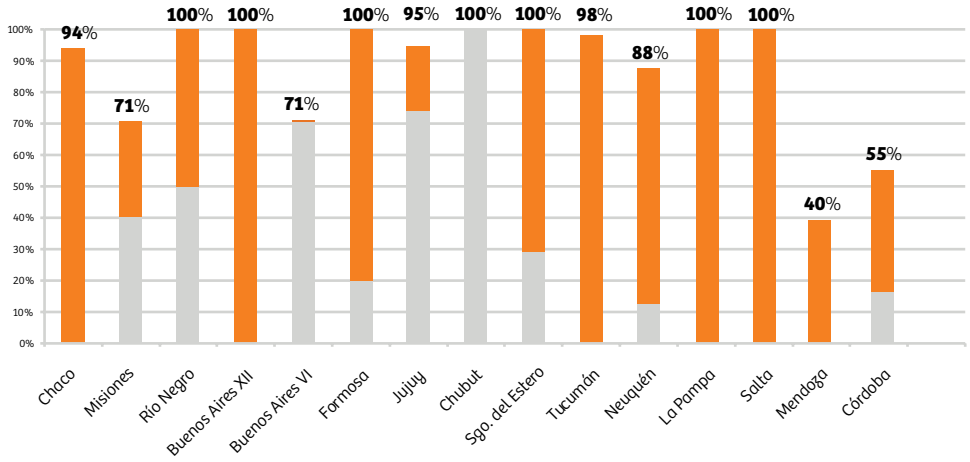
---

Cantidad de EPNA

Definición: Las actividades comunitarias de promoción de la salud son aquellas que involucran actores colectivos o individuales de la comunidad pertenecientes a su área programática, relacionadas con determinantes de la salud, enfermedades emergentes, entornos saludables, modalidades de participación, desarrollo de conductas y estilos de vida saludables, reorientación de servicios sanitarios.

Dicho indicador fue seleccionado por 16 proyectos de Redes.

Gráfico 8: Cantidad de efectores del PNA que realizan actividades comunitarias como % de la meta.



Fuente: Programa Redes

De acuerdo con este gráfico, se incrementó la cantidad de efectores del PNA que podía dar cuenta de actividades comunitarias, de **286** a **1.210**. Es decir, si bien se puede inferir que la línea de base de cada provincia pudo haber sido mayor, dado que una de las funciones de las unidades sanitarias del PNA es realizar acciones de prevención y promoción intra y extra muros, muchos no pudieron dar cuenta con registros y medios de verificación de las acciones realizadas en el momento de la determinación de dicha línea de base.

En este aspecto, los proyectos de **Redes** facilitaron el registro de las actividades en general, e incrementaron las acciones comunitarias mediante distintas estrategias: campañas de comunicación, talleres sobre diversas temáticas, operativos de salud para la identificación de grupos en riesgo, promoción de proyectos locales participativos, etc.

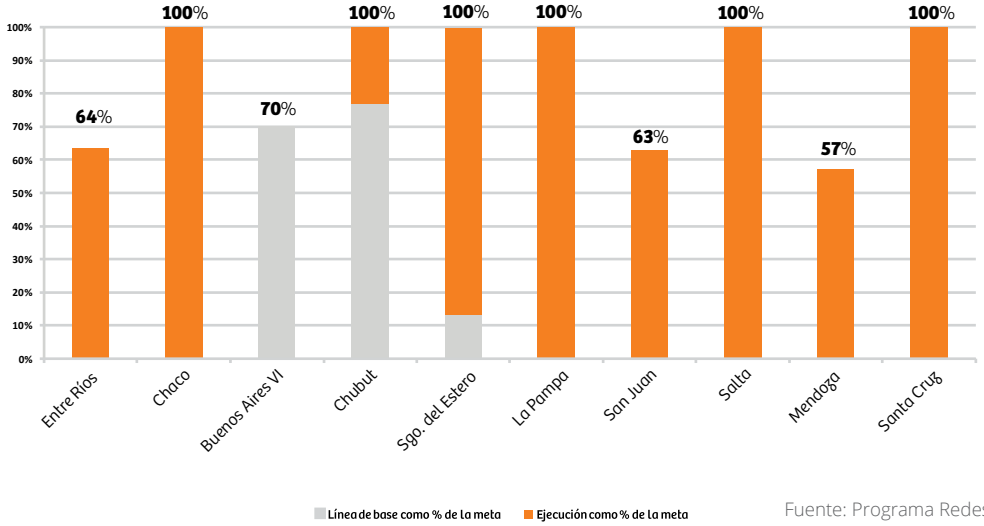
Otro indicador utilizado para medir las actividades extra muros de los servicios de salud está relacionado con la captación de grupos de riesgo. Este indicador fue elegido por 10 proyectos de **Redes** para su medición.

Cantidad de EPNA que realizan actividades de identificación y captación de grupos de situación de riesgo en área de referencia

Cantidad de EPNA

Definición: Las actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo incluyen rondas, charlas, así como también relevamientos que involucren a actores colectivos o individuales de la comunidad pertenecientes a su área programática.

Gráfico 9: Cantidad de efectores del PNA que realizan actividades de identificación y captación de grupos de riesgo, como % de la meta.



Fuente: Programa Redes

Sucede algo similar a lo que ocurre con el indicador anterior en relación a los registros. Es conocido el trabajo de los centros de atención primaria en cuanto a la identificación de embarazadas, personas con discapacidades, con enfermedades transmisibles, mediante las rondas sanitarias.

Sin embargo, también es posible concluir que la actividad trazadora del **Programa Redes** sobre la clasificación por riesgo cardiovascular ha contribuido a sumar otros grupos en riesgo como el adulto mayor a 40 años.

A partir del instrumento facilitado por el **Programa Redes** (tabla de clasificación de riesgo cardiovascular global sin medición de colesterol)[7], se incrementó notablemente la evaluación por riesgo cardiovascular en las redes, logrando identificar a **46.500** (24.3%) personas con riesgo cardiovascular moderado y alto, de **191.300 personas** (30% hombres y 70% mujeres) evaluadas con dicho instrumento.

2. Actividades en conjunto entre el primer y segundo nivel de atención

Otro aspecto que contribuye a la coordinación asistencial de las redes, son los mecanismos de comunicación e interrelación entre los distintos niveles de complejidad. En este sentido, se diseñó un indicador que pudiera dar cuenta de los procesos previos en los que se vincularan los niveles de atención ya fuera en reuniones de trabajo, de consenso, ateneos clínicos, capacitaciones, etc.

Por ello, se propuso en una primera instancia contabilizar actividades realizadas en conjunto entre el primer y segundo nivel de atención:

Cantidad de actividades realizadas de manera conjunta entre el PNA y el SNA en T1 (tiempo 1)

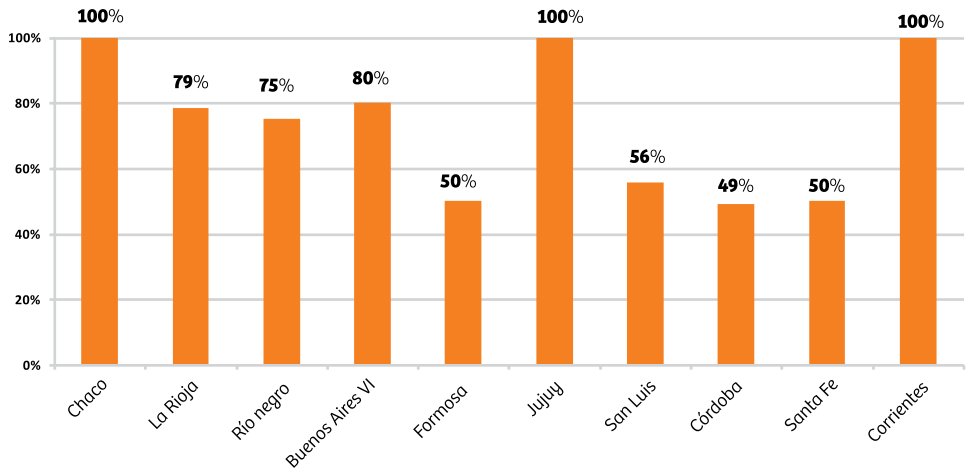
Cantidad de actividades realizadas de manera conjunta entre el PNA y el SNA en T0 (tiempo 0)

Definición: Entre las actividades que se espera que ambos niveles de atención realicen de manera conjunta se incluyen actividades de capacitación, planificación, coordinación, cooperación y/o actividades conjuntas de promoción y prevención. Se consideraron como válidas aquellas realizadas de manera conjunta que involucren al menos cuatro actores de cada nivel.

Este indicador fue escogido por 10 proyectos de **Redes** para su medición.

7. Para la determinación del RCVG con base poblacional se ha diseñado una tabla que la OMS aconseja para su uso comunitario que puede ser aplicada por todos los integrantes del equipo de salud, debidamente capacitados. La misma puede utilizarse fuera de los servicios de salud, en eventos comunitarios o en las salidas a la comunidad o rondas sanitarias, dado que no requiere de la determinación del nivel de colesterol.

Gráfico 10: Cantidad de actividades entre el PNA y SNA, como % de la meta.



Fuente: Programa Redes

En total se registraron **183 actividades** conjuntas, las cuales estuvieron relacionadas con capacitaciones y talleres realizados con personal de los efectores de distintos niveles de atención sobre procesos organizativos de las redes (turnos protegidos, sistemas de información, definición de circuitos de referencia y contrarreferencia, capacitaciones, reuniones de consensos, etc.); definición de las redes de laboratorio; acciones de empadronamiento, clasificación por RCVG y seguimiento de personas con riesgo cardiovascular, etc. Asimismo, se realizaron numerosas reuniones de sensibilización con equipos de salud acerca de los objetivos del Programa, entre otras actividades.

3. Turnos protegidos en el segundo nivel de atención

Otro elemento relevante para hacer operativa la coordinación asistencial es la programación y bloqueo de turnos en niveles superiores de complejidad, para las personas derivadas desde niveles de menor complejidad.

Esto permite reducir o eliminar barreras de acceso de población generalmente más vulnerable. La modalidad de turnos protegidos en el segundo nivel para aquellos que los necesitan desde el primero, requiere coordinación y comunicación fluida entre efectores (Remediar+Redes, 2011).

Coordinar la agenda de turnos de los hospitales con el PNA implica realizar análisis de la demanda, de los recursos humanos disponibles, definir procesos, etc. En algunos casos,

especialmente en aquellos donde existen sistemas informáticos únicos y online entre efectores, el turno puede ser gestionado directamente desde los efectores del PNA, ingresando en las agendas de los servicios hospitalarios.

El siguiente indicador fue medido por 9 proyectos de **Redes**[8].

Cantidad de turnos protegidos en el SNA de la Red para ser asignados al PNA

Cantidad de consultas en los EPNA de la Red

Definición: Se entiende por turnos protegidos en el segundo nivel a una fracción de tiempo que estos efectores reservan para solicitud de consultas que se originan en los efectores del PNA. Se consideran los turnos protegidos para las especialidades de traumatología, cardiología y cirugía general.

La intención de este indicador es medir la cantidad de turnos que el SNA reserva para el PNA considerando que la solicitud de esos turnos surge a partir de una referencia desde el EPNA a un efector de mayor complejidad.

Todas las jurisdicciones que seleccionaron este indicador reportaron una línea de base igual a cero (excepto Misiones que pudo dar cuenta de 10.000 turnos protegidos en su línea de base) y alcanzaron el 100% de las metas y hasta incluso las superaron.

En total, se contabilizaron unos **450.335** turnos protegidos en el SNA.

4. Electrocardiogramas en el primer nivel de atención

Por último, otro aspecto monitoreado por los algunos proyectos de **Redes** está relacionado con el incremento de la capacidad resolutiva en el PNA y el acceso de las personas adultas. Este indicador fue seleccionado por 12 proyectos de **Redes**.

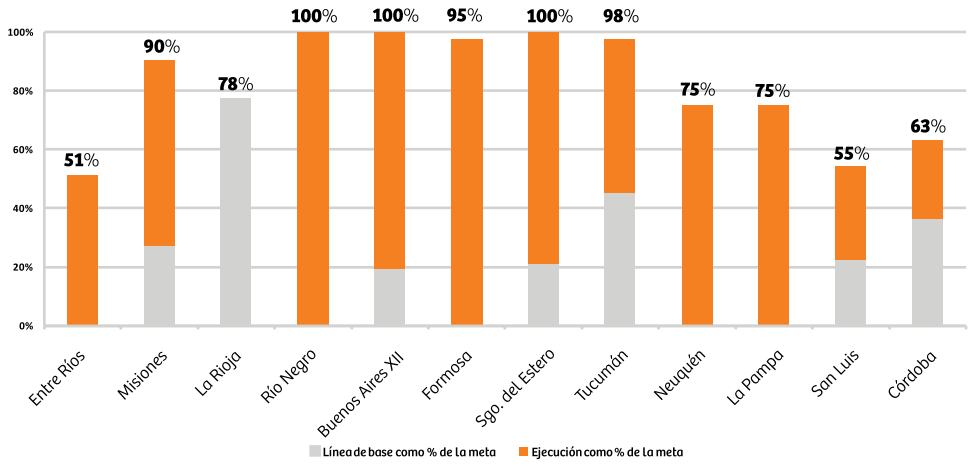
8. Entre Ríos, Misiones, Río Negro, Jujuy, Santiago del Estero, Tucumán, Neuquén, Salta y Corrientes

Cantidad de EPNA que realizan ECG

Cantidad de EPNA

Definición: Implica que los efectores cuentan con el insumo (electrocardiógrafo) y capacidad técnica de sus RRHH para su realización e interpretación general (normal/anormal).
Se contabiliza como efector del PNA que realiza ECG también aquellos en los que se realice ECG móvil, es decir que si bien el efector del PNA no cuenta con el insumo permanente y/o capacidad técnica de sus RRHH, sí cuentan con la capacidad resolutiva de hacer un ECG en tanto que cuentan con un servicio móvil que los realiza.

Gráfico 11: Cantidad de efectores de salud del PNA que realizan ECG, como % de la meta.



Se partió de una línea de base de **84** efectores del PNA en total, y en la actualidad ese número asciende a **301 efectores**, es decir que se multiplicó más de 3 veces la cantidad de efectores con capacidad de realizar electrocardiogramas.

Para extender el número de efectores no solo se logró la gestión administrativa de la adquisición de electrocardiógrafos sino también se generaron procesos para ampliar la capacidad resolutiva de los efectores del PNA lo cual implicó la re funcionalización de los equipos de salud, capacitaciones y/o actualización del recurso humano en salud, supervisión de los procesos, etc.

Conclusiones

Monitorear los proyectos de **Redes** permite comprender si desde los servicios de salud se logró mejorar en algún aspecto la vida de las personas. Implica también conocer si el camino elegido por las autoridades sanitarias es el correcto para que las personas mejoren el acceso al sistema de salud.

Cada proyecto de **Redes**, partiendo de diagnósticos distintos, priorizó sus propios problemas e implementó estrategias que respondieran a las necesidades identificadas. Sin embargo, el monitoreo de indicadores comunes y el incentivo por cumplimiento de metas traccionó en pos de líneas de trabajo indiscutidas, en concordancia con los lineamientos mencionados al comienzo del documento, para aquellas redes que tienen la voluntad de transitar el camino hacia la coordinación e integración.

En esta dirección, los indicadores analizados dan cuenta del trayecto recorrido por las redes, en términos cuantitativos, fundamentalmente en relación a los siguientes ejes:

- Conocimiento de su población a cargo (nominalización, actividades comunitarias).
- Acceso a los servicios de salud del PNA (atención programada, identificación y captación de grupos de riesgo).
- Capacidad resolutiva del PNA (extracciones de sangre y electrocardiogramas en el primer nivel de atención).
- Coordinación asistencial (actividades entre niveles de complejidad, referencias-contrarreferencias, turnos programados, turnos protegidos y red de laboratorio).

Del análisis realizado se revela la existencia del trabajo previo a los proyectos de **Redes** en muchas de las jurisdicciones, pero se destaca el impulso que éstos le dieron a las líneas de trabajo preexistentes, mejorando los registros, promoviendo el trabajo articulado y realizando acciones orientadas a resultados (metas).
En otros casos, los proyectos de **Redes** fueron desencadenantes de procesos, sobre aquellos relacionados con la coordinación asistencial, la cual constituye uno de los mayores desafíos en la organización de las redes. Sin embargo, mediante la promoción de actividades entre los diferentes niveles de complejidad; la implementación de sistemas de información para toda la red (y no solo para hospitales); la utilización de guías de práctica clínica como instrumentos normalizadores de las prácticas del equipo de salud; y las oficinas de referencia y contrarreferencia que orienten el camino que deben recorrer las personas, se logró mejorar la coordinación intra e inter servicios.

Es posible concluir que los aspectos antes mencionados impactan de manera positiva en las personas que acuden a los efectores de salud, a través de un mayor acercamiento de los

equipos de salud a los territorios, mayor visibilidad e información de los servicios provistos por el sector público de salud, más servicios cerca de la población y una mayor previsibilidad y contención de las personas, en el camino que tienen que transitar.

Bibliografía

López Puig, P; Morales Suárez, I; Menchaca, S; Martínez Trujillo, N; López, S; Soler Cárdenas, S. (2009). Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Revista Cubana de Salud Pública. Cuba

Organización Panamericana de la Salud (2005). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4.Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile

Programa Redes (2013). Redes: otra manera de pensar la salud: primeros logros de los proyectos provinciales. Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As. Argentina.

Programa Redes (2014). Redes: otra manera de pensar la salud: consolidando los proyectos provinciales. Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As. Argentina.

Programa Redes (2015). Abordaje integral de personas con riesgo cardiovascular global y ECNT. Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As. Argentina.

Programa REMEDIAR+REDES (2011). Servicios de salud en Red y fortalecimiento de la APS en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.

Vilaça Mendes, Eugênio (2013). Las redes de atención de salud. Ed. en español, Organización panamericana de la salud. Brasilia D.F

Vilaça Mendes, Eugênio (2014). Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia. Ed. en español Organización panamericana de la salud. Brasilia D.F

Capítulo #2

Evaluación del Programa Redes a través de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013

Introducción

Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de carga de enfermedad en nuestro país, explicando más del 60% de las muertes. En particular, las enfermedades cardiovasculares causan alrededor de 100.000 muertes anuales, muchas de ellas en edades productivas de la vida.
El **Programa Redes**, considera dentro de las condiciones no transmisibles al riesgo cardiovascular global, la hipertensión y la diabetes como condiciones trazadoras para evaluar el funcionamiento de las redes de servicios de salud. A través de la ejecución de Proyectos Provinciales (PP), o se transforma la gestión de los servicios de salud y fortalece sus redes para dar una respuesta adecuada, oportuna y de calidad a los problemas de salud prevalentes de la población a la que asiste.
Desde el año 2009 el Ministerio de Salud de la Nación, mediante la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles adecuó y adoptó la Guía de Prevención Cardiovascular de la Organización Mundial de la Salud orientada al riesgo global.

En este sentido el Programa desarrolla, entre sus acciones más importantes, estrategias favorecedoras del acceso, la identificación de la población a cargo, su estratificación de riesgo, las modificaciones al proceso asistencial, la implementación de guías de práctica clínica y la capacitación de todo el equipo de salud.

En consonancia con esta Estrategia Nacional y el modelo de atención para las enfermedades crónicas, el **Programa Redes** y la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENTs), además de desarrollar múltiples acciones coordinadas, llevaron adelante un **estudio de evaluación con el fin de determinar el efecto de la estrategia en el cuidado de personas con ENTs**.

Principales resultados:

Comparando Redes versus No Redes y teniendo en cuenta la evolución de estos resultados en el tiempo se evidencia:

1. Mayor incremento en el acceso al sistema de salud.
2. Mayor incremento de la medición de presión arterial.
3. Mayor tratamiento de la hipertensión arterial.

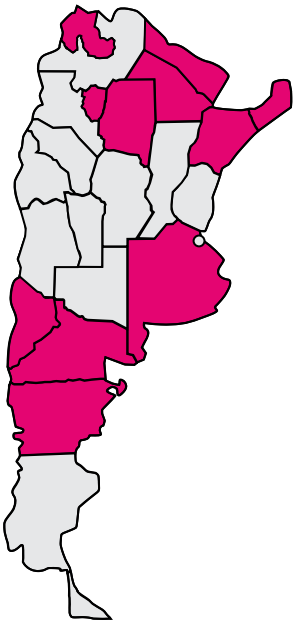
Las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) son el eje del sistema de vigilancia de las ENTs y brindan una oportunidad para evaluar el efecto del **Programa Redes**.
Tienen el objetivo de monitorear los principales indicadores poblacionales de las ENTs, en

la población general adulta (18 años y más) de todo el país. Se realizan cada 4 años desde 2005, en alrededor de 40.000 hogares y tienen representatividad provincial y nacional.

Las encuestas aplican la misma metodología (muestreo, cuestionario, análisis de datos) en cada edición, evaluando de esta forma la evolución en el tiempo de los principales determinantes, prevalencias, conductas, acceso y realización de prácticas preventivas y terapéuticas en las ENTs.

A partir de las ENFR realizadas por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENTs del Ministerio de Salud de la Nación y el INDEC (recolección de datos), se desarrolló un estudio con el objetivo **de evaluar el efecto del Programa Redes a nivel poblacional** respecto del acceso al sistema de salud, la detección y tratamiento de factores de riesgo (hipertensión, colesterol y diabetes).

Provincias incluidas en el estudio



La oportunidad de contar con una encuesta de base poblacional, realizada en forma independiente a los efectores, las autoridades locales, provinciales o nacionales, y de una forma comparable, hace que este análisis, aunque no fuera planteado a priori de la realización de las ENFR 2005 y 2009, pueda ser una **herramienta valiosa para evaluar el efecto del Programa en resultados** de rastreo y tratamiento (evaluado en usuarios del servicio). Dicho efecto es uno de los principales mecanismos por el cual la estrategia de prevención en el PNA se vincula con los resultados clínicos.

En el intervalo entre la 2da ENFR (noviembre 2009) y 3era ENFR (noviembre 2013) **comenzó a implementarse el Programa Redes** en las provincias. A la fecha de realización de la 3ra ENFR, 11 provincias contaban con al menos 2 años de ejecución del PP y son las incluidas en el presente estudio. Los dominios seleccionados para la evaluación fueron los relacionados con la estrategia de fortalecimiento de las redes y los indicadores de mejora de sus trazadoras, seleccionando así de la ENFR las dimensiones que refieren a: acceso a servicios de salud, rastreo y tratamiento de hipertensión arterial, colesterol y diabetes.

Acerca de la ENFR

Se trata de una encuesta a hogares, con muestreo probabilístico, realizada cada 4 años en un acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y las Direcciones Provinciales de Estadística.

Utiliza un cuestionario previamente validado, que incorpora por un lado un bloque del hogar, que incluye evaluación de la vivienda y aspectos socioeconómicos (sexo, edad, situación conyugal, educación, ingreso, situación de actividad y laboral), armonizado con todas las encuesta a hogares de nuestro país (parte del Sistema de Encuestas a Hogares del Sistema Estadístico Nacional), y un bloque individual, adaptado de la Herramienta de la Organización Panamericana de la Salud para Vigilancia de ENTs, que consta de las siguientes secciones: salud general, actividad física, consumo de tabaco, actividad física, hipertensión arterial, diabetes, colesterol, prevalencia de principales ENTs, alimentación, sobrepeso y obesidad, alcohol, prevención de lesiones, métodos de diagnóstico precoz de cáncer.

Población objetivo: la población objetivo de esta encuesta comprende a las personas de 18 años o más que habitan hogares particulares en localidades de 5.000 o más habitantes de la República Argentina.

Muestreo: el diseño muestral de esta encuesta fue probabilístico, por conglomerados, estratificado y multietápico y contempló la selección de personas a través de cuatro etapas: aglomerados censales, áreas, viviendas e individuos de 18 años y más.

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

La estrategia del Programa Redes podría relacionarse con un mayor aumento del acceso a los servicios de salud, la medición y el tratamiento de la presión arterial, del colesterol elevado y de la diabetes en la población objetivo de las localidades incluidas en el Programa Redes en relación a localidades que no contaban con dicho Programa.

Metodología

Se seleccionaron las localidades incluidas en el **Programa Redes**, considerando a aquellas en donde se había implementado el Programa por el lapso de al menos 2 años, quedando conformado entonces como grupo “intervención”.

Los componentes y la intensidad de la implementación del Programa no son homogéneos entre las provincias. Sin embargo, **las acciones que desarrollan los proyectos provinciales** para todas las jurisdicciones incluyen las siguientes líneas priorizadas:

Territorio y Población	- Nominalización - Clasificación e identificación de poblaciones vulnerables - Proyectos locales participativos
Capacidad resolutiva del PNA	- Gestión clínica - Servicios de diagnóstico - Acceso a medicamentos
Equipos de Salud	- Fortalecimiento competencias
Coordinación asistencial	- Guías de práctica clínica - Circuitos de derivación

Siguiendo la hipótesis planteada, la pregunta que evalúa el presente estudio es si los cambios en la gestión de los servicios, como la instalación de turnos programados, extracciones descentralizadas, actividades de empadronamiento y búsqueda activa podrían tener repercusiones en el acceso al servicio de salud y en el caso de las patologías trazadoras podría generar mejoras en la toma de la presión arterial, determinación de colesterol y glucemia.
La implementación de GPC (en especial de prevención cardiovascular y diabetes) y el seguimiento activo, así como la reorganización del servicio para una mejora de la atención del adulto, podría haber condicionado un mayor tratamiento farmacológico hipertensivo, de hipolipemiantes y de tratamiento hipoglucemiante.

En síntesis, tomando como línea de base las ENFR 2005 y 2009, a través de una comparación con la encuesta 2013 se pudo evaluar si en la población objetivo (>40, cobertura pública exclusiva) en los departamentos con **Redes**, presentaron mayor rastreo y tratamiento de los siguientes:

1. Medición de presión arterial (ultimo año)
2. Tratamiento farmacológico de hipertensión arterial
3. Medición de colesterol (ultimo año)
4. Tratamiento farmacológico de colesterol elevado
5. Medición de glucemia (alguna vez)
6. Tratamiento farmacológico de diabetes

Resultados

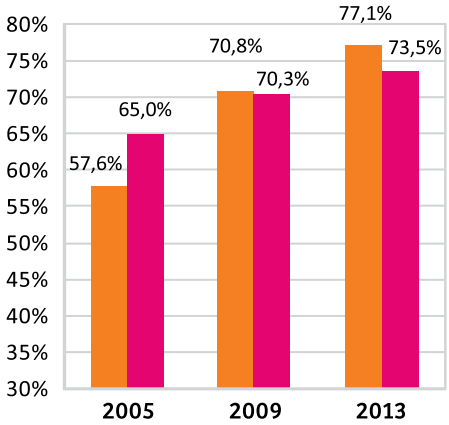
Aplicando los criterios de selección de cobertura pública exclusiva y edad de 40 años o más, quedan comprendidos en el análisis 14.337 encuestados (6.330 en 2005, 4.401 en 2009 y 3.606 en 2013) debido a que en la población de 40 años y más, la cobertura de obras sociales y pre-

pagas fue incrementando (69,03%, 76,16%, 79,11% en cada año de la encuesta).
La distribución por edad y sexo en cada uno de los años es similar.
La gran mayoría de estos encuestados tenían entre 40 y 64 años (12.790 encuestados) dada la alta prevalencia de cobertura (PAMI y otras) en mayores de 65 años.
De las 14.337 observaciones para los tres años, 4.859 correspondieron a encuestados en las localidades con **Redes**, que representan el 31,6% de la población de 40 años y más y con cobertura pública exclusiva del país.
Teniendo en cuenta el comienzo del Programa (año 2010), no se observaron diferencias significativas entre las localidades con **Programa Redes** y aquellas sin Redes en 2005 y 2009 respecto de las variables analizadas de acceso, medición y tratamiento.
Luego del comienzo del Programa, comparando el año 2009 y 2013 se observó un incremento en el acceso a los servicios de salud, el tratamiento antihipertensivo y medición del colesterol y tratamiento hipolipemiante en ambos grupos.

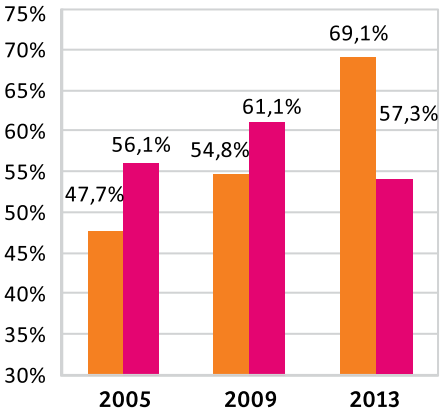
En las localidades con Redes, en 2013 se obseruó mayor acceso, mayor medición de la presión arterial, mayor tratamiento antihipertensivo y una tendencia no significativa a un mayor tratamiento con hipolipemiantes y de la diabetes.

Redes No Redes

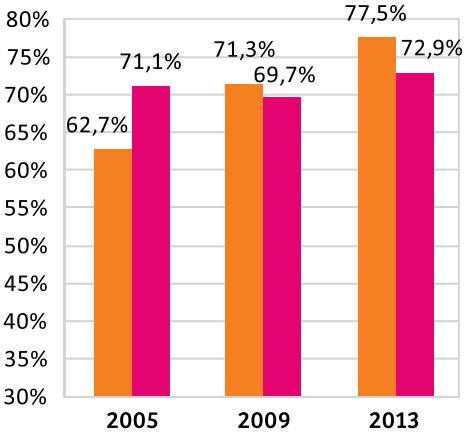
Acceso a los servicios de salud. 2005, 2009 y 2013



Tratamiento antihipertensivo (en hipertensos). 2005, 2009 y 2013



Medición de Presión Arterial en el último año. 2005, 2009 y 2013



Modelos de regresión logística (incorporando diseño de muestra complejo)

Se realizaron modelos de **regresión logística** para evaluar tests de hipótesis, aun sin considerar potenciales explicaciones alternativas, con diseño de muestra complejos y términos de interacción (pertenencia a **Redes** y año).

Un valor de **Odds Ratio (OR)** mayor a 1 significa un resultado favorable y un resultado menor a 1 ausencia de efecto.

El **test de hipótesis**, que en forma independiente a las diferencias basales y la tendencia **permite evaluar el efecto de la participación en el Programa Redes**, es el término de interacción entre el año 2013 y la presencia del Programa.

Para el caso de **acceso a servicios de salud** presentó un **OR de 1,66** (IC95% 1,02 a 2,69, p=0,04). Asimismo, el efecto acumulado desde 2009, incorporando la tendencia ascendente general más el efecto de la incorporación al Programa presenta un **OR de 2,2** (IC95% 1,4 a 3,5, p=0,001).

En relación a la **medición de tensión arterial**, el efecto independiente de la pertenencia al **Programa Redes** presentó un **OR de 1,53** (IC95% 1,05 a 2,23, p=0,027), y un efecto acumulado e incorporando el cambio temporal también significativo **OR de 1,68** (IC95%1,19-2,36, p=0,003).

Para el caso de **tratamiento antihipertensivo** presentó un **OR de 2,35** (IC95% 1,3-4,2, p=0,004) para el efecto independiente y un **OR de 2,47** (IC95% 1,57-3,88, p<0,001) para su efecto acumulado. En ningún caso se observaron diferencias basales en localidades del **Programa Redes** (ni en 2005 ni en 2009). Sí se observaron mejoras en todas las jurisdicciones en el acceso en 2009

Modelos de regresión logística

Acceso	OR	Valor P	IC95%	
Redes basal	0,73	0,167	0,47	1,14
Año 2009	1,27	0,019	1,04	1,55
Año 2013	1,49	0,001	1,18	1,88
Interacción Redes-2009	1,4	0,163	0,87	2,26
Interacción Redes-2013	**1,66**	**0.040**	1,02	2,69

OR REDES y 2013: 2,2 (1,4-3,5), p=0,001

Medición TA	OR	Valor P	IC95%	
Redes basal	0,83	0,297	0,59	1,17
Año 2009	0,93	0,538	0,76	1,15
Año 2013	1,09	0,363	0,89	1,34
Interacción Redes-2009	1,29	0,2	0,87	1,9
Interacción Redes-2013	**1,53**	**0,027**	1,1	2,23

OR REDES y 2013: 1,68 (1,19-2,36), p=0,003

Tratamiento anti-HTA	OR	Valor P	IC95%	
Redes basal	0,71	0,183	0,43	1,17
Año 2009	1,22	0,176	0,91	1,65
Año 2013	1,04	0,794	0,73	1,5
Interacción Redes-2009	1,07	0,79	0,61	1,89
Interacción Redes-2013	**2,35**	**0,004**	1,32	4,21

OR REDES y 2013: 2,47 (1,57-3,88), p<0,001

y 2013, pero las mejoras en medición y tratamiento atribuibles solamente al período (2009 y 2013) no fueron significativas. En forma similar, aunque en el límite de la significación estadística, la medición de colesterol (OR 1,45, IC95% 1-2,11, p=0,049) mostró una evolución más favorable en las localidades con **Redes**, y tendencias no significativas de mejora en el tratamiento hipolipemiante (OR 2,48 IC05% 0,83 a 7,39, p=0,1), en el tratamiento de la diabetes (OR 1,68 IC95% 0,68 a 4,18 p=0,29), sin efecto claro para la medición de la glucemia (OR 0,90 IC95% 0,54 a 1,48, p=0,25).

Estimaciones del efecto incluyendo puntaje de propensión

Se realizaron estimaciones del efecto incluyendo puntaje de propensión (propensity score) para hacer más comparables los grupos (Redes versus no Redes, ver apartado metodología). Estos modelos arrojaron los siguientes resultados para el término de interacción de Redes y 2013 (expresando el efecto aislado del Programa para el año 2013), y el efecto acumulado incorporando el efecto del período:

Estimación del efecto luego del ajuste por potenciales confundidores (puntaje de propensión)

Resultado	Efecto aislado (interacción Redes y 2013)	Efecto acumulado (suma efectos Redes, periodo e interacción)
Acceso	1,83 (0,81-4,13), p=0,14	2,29 (1,09-4,82), p=0,028
Medición TA	1,48 (1,01-2,17), p=0,045	1,61 (1,12-2,30), p=0,009
Tratamiento anti HTA	2,21 (1,18-4,14), p=0,013	2,37 (1,40-4), p=0,001

No se observaron resultados diferentes en los principales resultados al realizar el mismo análisis incluyendo apareamiento de las observaciones bajo programa con observaciones similares por fuera del programa (apareamiento 1 a 1, 1 a 3 para incrementar el poder, y análisis estratificado por quintilos del puntaje de propensión).

Conclusiones

A pesar que la ENFR no fue diseñada en forma específica para la evaluación de la implementación del **Programa Redes**, sí contiene indicadores a nivel poblacional que permiten evaluar el alcance de las acciones llevadas a cabo.
Las ENFR presentan fortalezas para evaluar por un lado la Estrategia Nacional de Prevención

y Control de ENTs, en especial las actividades que son componentes del **Programa Redes**, agregando además estimaciones poblacionales no disponibles con otras fuentes de información, con metodología comparable en el tiempo, y evaluando resultados de proceso estrechamente vinculados a resultados clínicos. Las limitaciones se relacionan con el carácter multipropósito de esta encuesta, que hace que los indicadores disponibles pueden ser más acotados que los que podrían obtenerse de una evaluación específicamente diseñada.

Por otro lado, la ausencia de aleatorización en la asignación de la intervención (que raras veces es posible lograr) dificulta establecer la relación entre el Programa y sus efectos. Estas limitaciones hacen que los resultados deban ser interpretados con cautela, dado que a pesar de haber considerado toda la información disponible para balancear el grupo "intervención" con el grupo de "comparación", nunca podrán balancear características no conocidas, algo que sí logra la aleatorización, muy pocas veces factible en estas evaluaciones programáticas.

En **conclusión**, utilizando una sólida encuesta de base poblacional y diversos métodos estadísticos, es posible afirmar que el **Programa Redes** tuvo un **efecto positivo respecto de mejoras en el acceso a los servicios de salud, la medición de la tensión arterial y el tratamiento antihipertensivo**, teniendo en cuenta la evolución de estos resultados en el tiempo e incorporando las diferencias entre las localidades con y sin Programa.

Prevalencias y sus intervalos de confianza del 95%, en adultos mayores a 40 años, con cobertura pública exclusiva

	2005		2009		2013	
	Redes	no Redes	Redes	no Redes	Redes	no Redes
Acceso (%)	57,6 (47,3-67,3)	65 (61,1-68,7)	70,8 (67,4-73,9)	70,3 (67,9-72,4)	77,1 (75-79,1)	73,5 (70,3-76,5)
Medición de presión arterial (último año, %)	67,2 (60,2-73,5)	71,1 (67,9-74)	71,3 (68,9-73,5)	69,7 (66,6-72,6)	77,5 (74,7-80,1)	72,9 (70,1-75,5)
Tratamiento antihipertensivo en hipertensos (%)	47,7 (37,6-58,1)	56,1 (49,8-62,7)	54,8 (49,7-59,8)	61,1 (57,3-64,8)	69,3 (65,5-72,9)	57,3 (50,9-63,4)
Medición Colesterol (último año, %)	31,1 (24,8-38,1)	37 (34,1-40)	42,1 (37,8-46,4)	41,9 (39,7-44,1)	45,1 (42,6-47,6)	42,3 (39,3-45,4)
Tratamiento con hipolipemiantes si colesterol elevado (%)	13,1 (12,8-26,4)	18,6 (12,8-26,4)	28,5 (20,6-38,8)	22,8 (18,1-28,4)	33,4 (27,3-41,2)	23,8 (17,5-31,5)
Medición glucemia	76,3 (69,2-82,2)	74,8 (71,6-77,7)	72 (63,2-79,4)	76,9 (73,4-80,1)	75,8 (70,5-80,5)	76,9 (73,4-78,8)
Tratamiento diabetes en diabéticos	37,8 (22,3-56,3)	44,9 (35,8-54,4)	44,9 (40,2-49,7)	39,9 (34,4-45,8)	46,3 (37,7-55,1)	40,7 (31,6-50,5)

Nota: acceso, medición de presión arterial, colesterol y glucemia evaluados en toda la población. Tratamiento en cada condición. Prevalencias calculadas sobre totales expandidos y no con cantidades de la muestra.

Apartado metodológico:

Para el presente análisis se consideraron las características agrupadas de las localidades (tamaño de aglomerados urbanos y prevalencia de cobertura de obras sociales y prepagos) para toda la muestra para evaluar la comparabilidad entre las localidades y para el análisis de los objetivos se consideró a la población de ambos sexos de 40 años y más con cobertura pública exclusiva (población elegible).

Las **localidades** incluidas en el **Programa Redes** fueron las seleccionadas por las propias provincias (primeras 11 provincias que en sus jurisdicciones seleccionadas llevaban para noviembre de 2013 2 años como mínimo de ejecución del proyecto: Buenos Aires (junio 2011, Región Sanitaria VI), Chaco (mayo 2011, región sanitaria VIII), Chubut (septiembre 2010, Áreas urbanas y periurbanas de Rawson, Trelew y Puerto Madryn), Corrientes (octubre 2011, Capital, Goya, Mercedes y Paso de los Libres), Formosa (diciembre 2010, Distritos sanitarios VIII, IX, X, XI), Jujuy (septiembre 2010, departamentos de San Pedro, Santa Bárbara, Ledesma y Valle Grande), Misiones (diciembre 2010, zona centro Paraná y zona norte Paraná), Neuquén (diciembre 2010, capital), Río Negro (diciembre 2010, Cipoletti, Zona Atlántica), Santiago (septiembre 2010, capital), Tucumán (junio 2010, área programática Centro: Capital, Yerba Buena, Tafi Viejo, Lules).

Las ENFR realizaron sus relevamientos en abril-mayo 2005, noviembre 2009 (consideradas línea de base) y noviembre 2013 (considerada post-intervención).

Definiciones de variables:

• Medición de presión arterial (ultimo año): medición de la presión arterial en el último año en el total de la población.

• Tratamiento farmacológico de hipertensión arterial: tratamiento con anti hipertensivos en hipertensos (según profesional de la salud).

• Medición de colesterol (ultimo año): medición de colesterol en el último año en el total de la población.

• Tratamiento farmacológico de colesterol elevado: tratamiento con fármacos hipolipemiantes en personas con colesterol elevado (según profesional de la salud).

• Medición de glucemia (alguna vez): medición de glucemia alguna vez en el total de la población.

• Tratamiento farmacológico de diabetes: tratamiento con fármacos hipoglucemiantes y/o insulina.

• Acceso: definido como utilización de servicios de salud en el último mes, sobre el total de personas que utilizaron servicios más aquellos que no lo hicieron habiendo tenido síntomas o problemas de salud en los últimos 30 días.

Fuentes de sesgo - puntaje de propensión (*propensity-score*):

Como no se asignó la intervención (o las intervenciones) en forma aleatoria, existen potenciales explicaciones alternativas a parte o el total del efecto que pueda observarse, en especial debido al sesgo de selección (diferencias al momento de incorporar localidades a la red de cada provincia), clasificación errónea de observaciones (dado que en la ENFR no se distinguen los beneficarios directos del Programa, sino las personas que por localidad donde viven son considerados dentro del programa provincial) y potenciales confundidores, como características de las localidades (población total y tamaño del aglomerado), condiciones socioeconómicas tanto de la localidad como individuales (edad, sexo, necesidades básicas insatisfechas, cobertura de salud, ingreso y nivel educativo). Para dar cuenta de estas explicaciones alternativas, se estimó un puntaje de propensión (o *propensity score*) que asigna un valor a cada observación de acuerdo a su probabilidad de recibir o no la intervención (Programa Redes)

incorporando toda la información disponible en las encuestas para estimar esta probabilidad, y haciendo más comparable los grupos (intervención y control) asociando encuestados similares (apareamiento o matching) uno a uno o uno a varios, o incorporando pesos diferenciados en el análisis. Esta última es la estrategia recomendada para la implementación de puntajes de propensión en el contexto de encuestas poblacionales con muestreo complejo, y es la que se implementó en este estudio. Se consideraron las variables en las que se hallaron diferencias entre localidades con y sin Redes y que podrían evidenciar tanto el sesgo de selección de las localidades y factores confundidores, que en realidad podrían explicar al menos en parte los resultados. Se registraron diferencias entre las localidades seleccionadas entre 2009 y 2013 respecto de NBI, de cobertura de OS y prepagas, de cantidad de población en localidades, y no se hallaron diferencias respecto de la edad en la población con cobertura pública exclusiva y mayor de 40 años, ni las prevalencias de sexo masculino, de ingreso bajo, ni de educación secundaria o más. Se incluyeron entonces estas variables (a nivel de localidades y a nivel individual), incluyendo además las ponderaciones muestrales, en un modelo de regresión logística para estimar la probabilidad de ser asignado al Programa Redes o no, evaluando el balance final entre grupos de acuerdo a algoritmos disponibles y comparando la distribución de las variables observadas en estratos definidos por similar probabilidad de realización de la intervención, tanto para aquellos con y sin Programa. La probabilidad de tratamiento (pertenencia a Redes) estimada para todas las observaciones se utilizó para calcular una nueva ponderación expresando la inversa de la probabilidad de tratamiento, en ambos grupos, y este fue multiplicado por la ponderación muestral, obteniéndose así nuevas ponderaciones que se utilizaron en modelos de regresión logística, ahora balanceando por todas las variables observadas en las encuestas.

Métodos estadísticos:

En el análisis univariado, sin ajuste, se estimaron las prevalencias y sus intervalos de confianza del 95% de rastreo, tratamiento, acceso, continuidad de cuidado y calidad de atención para el grupo intervención (todas las observaciones en localidades bajo Programa Redes) versus el control (todas las observaciones en localidades sin el Programa Redes, ya sea de las mismas y otras provincias), para cada año de la encuesta, incluyendo a la población con cobertura pública exclusiva y de 40 años o más de ambos sexos.

Para la construcción de tests de hipótesis se construyeron modelos univariados de regresión logística, utilizando como variables dependientes a los resultados de interés, y variables independientes a la intervención, a los años de las encuestas (2005, 2009 y 2013) y a sus términos de interacción. Se reportará y considerará como test de hipótesis de la diferencia entre el grupo intervención y control al odds ratio (OR) obtenido de la exponenciación de la suma de los últimos tres coeficientes, su intervalo de confianza 95% y valor de p, tomando como hipótesis nula OR=1, y como valor significativo un valor de p menor o igual a 0,05. Estos modelos incorporaron la ponderación, estratificación y etapas de muestreo de la muestra.

Se construyó un puntaje de propensión (*propensity score*), y se obtuvieron ponderaciones que dieron cuenta de la probabilidad de recibir la intervención o programa, llamados ponderaciones inversas de probabilidad de tratamiento (*inverse probability treatment weighting*), y se incorporó esta ponderación a la ponderación derivada de la muestra, obteniendo una nueva ponderación que fue utilizada en nuevos modelos de regresión logística, también utilizaron los demás componentes de la muestra compleja, obteniendo los mismos coeficientes que los modelos no ajustados o univariados, pero esta vez incrementando la comparabilidad entre el grupo intervención y control.

Bibliografía

Ferrante D, Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. Rev. argent. cardiol. v.75 n.1 Buenos Aires ene./feb. 2007

Daniel Ferrante, Bruno Linetzky, Jonatan Konfino, Ana King, Mario Virgolini, Sebastian Laspiur. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41.

3era Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Sampling of Populations: Methods and Applications, 4th Edition. Paul S. Levy, Stanley Lemeshow. Wiley, Nueva York.

DuGoff E, Schuler M, Stuart E. Generalizing Observational Study Results: Applying Propensity Score Methods to Complex Surveys. Health Services Research 2014, 49:1, Part I

Austin P. An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. Multivariate Behavioral Research. 2011, 46:399–424

Jones A. Econometric Evaluation of Health Policies. University of York. Oxford University Press, 2009

Capítulo #3

Prescripción de drogas antihipertensivas en centros con y sin Programa Redes y muerte prematura por accidente cerebrovascular en la Argentina durante el período 2000 a 2011

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte prematura en el mundo y particularmente en los países de medianos y bajos ingresos (1,2). Más aún, dentro de cada sociedad, los sectores más desfavorecidos desde el punto de vista de su condición socioeconómica son los más vulnerables a la muerte a temprana edad por ACV (3). Sin embargo, la muerte prematura por ACV es una condición evitable en gran proporción de los casos (4). Existe evidencia científica acerca del tratamiento de los factores de riesgo, particularmente la hipertensión arterial, y la reducción de la incidencia de ACV y muerte por ACV (5,6), sin embargo no contamos con estudios nacionales que evalúen el impacto de una estrategia pública nacional de provisión gratuita de agentes antihipertensivos (Programa Remediar) y de una red colaborativa de servicios integrados de salud (Programa Redes).

Con el objetivo de evaluar en qué medida estos programas se trasladan en una efectiva acción sanitaria se desarrolló un estudio de investigación que utiliza diversas y sólidas fuentes de datos.

Se utilizó un modelo ecológico de diseño longitudinal, que evaluó el impacto de la prescripción de antihipertensivos (AA) y de las condiciones socio económicas (CSE) sobre la evolución temporal de la tasa estandarizada de muerte precoz por ACV en Argentina, en el período comprendido entre el año 2000 y el 2011. Para tal propósito se utilizaron modelos de regresión de Poisson para datos de panel. **En relación con el Programa Redes se evaluó el efecto de la estrategia en la prescripción, es decir cómo la presencia del Programa contribuye en la provisión de tratamiento antihipertensivo**.

Las fuentes de datos fueron las provistas por la Dirección de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública de Nación (muerte por ACV), las del Instituto Nacional de Estadísticas (para los denominadores poblacionales y CSE), las del Programa Remediar (para las prescripciones de AA) y las del **Programa Redes** (que determinó la presencia y el tiempo en el Programa de cada una de las circunscripciones). La unidad de análisis fueron los 513 departamentos de la República Argentina. *(Para profundizar aspectos metodológicos ver apartado al final del capítulo)*

Sobre Remediar + Redes

Durante los últimos años el Ministerio de Salud de la Nación ha promovido acciones de Salud Pública destinadas a reforzar la estrategia de atención primaria en salud (APS), con fuerte énfasis en favorecer el acceso equitativo a los servicios de salud. A partir del año 2002 se implementa el Programa Remediar, que desde sus inicios tuvo como principal objetivo proveer medicamentos esenciales, a todas aquellas personas en situación socioeconómica vulnerable con dependencia exclusiva del sistema público de

salud. Una vez superada la situación de emergencia, y luego de 10 años de implementación del programa, se evidenció la necesidad de fortalecer el funcionamiento en red de los servicios de salud. Se creó entonces en el año 2009 el componente y luego Programa Redes que promueve cambios en la gestión de los servicios de salud como forma de profundizar la estrategia de APS. El Programa Redes implementa proyectos provinciales en etapas, abarcando una zona delimitada del territorio de cada provincia, e incluyendo al menos el 30% de la población argentina que cuenta con cobertura pública exclusiva. Las acciones del Programa que específicamente se dirigen a abordar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la detección temprana y el tratamiento adecuado de la Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT 2) y la Hipertensión Arterial (HTA), factores de riesgo relevantes relacionados con la enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en la Argentina.

Redes

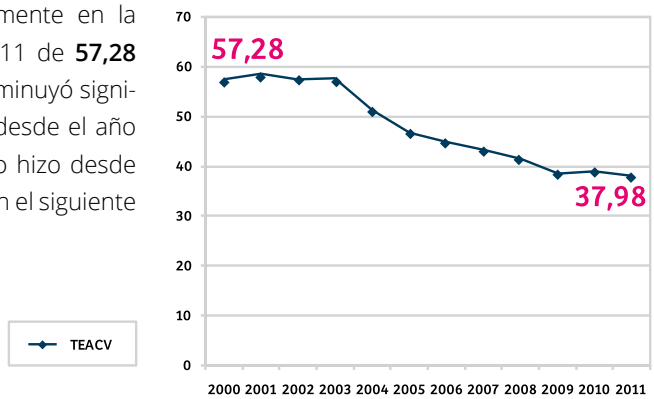
Resultados

La población incluida fueron todas las personas de entre 25 a 74 años residentes en los 513 departamentos de la Argentina. El número absoluto de eventos/personas osciló entre los 10.000 / 17.6 millones (año 2000) a 7.400 / 21.3 millones (año 2011).
En general el 23,4% de la población residía en los departamentos pertenecientes al quintil más favorecido Q1 de CSE mientras que el 31,1%, 30,3%, 9,9% y 5,2% residían en los departamentos del Q2 al Q5, respectivamente.

La tasa estandarizada (TE) de muerte prematura por ACV (por cada 10.000 personas) se redujo significativamente en la Argentina entre el 2000 al 2011 de **57,28** hasta **37,98**. La TE por ACV disminuyó significativamente en la Argentina desde el año 2000, aunque efectivamente lo hizo desde el año 2003 como se observa en el siguiente gráfico.

Tasa estandarizada de muerte por ACV (x10.000)

Personas entre 25 y 74 años. Argentina, 2000 - 2011

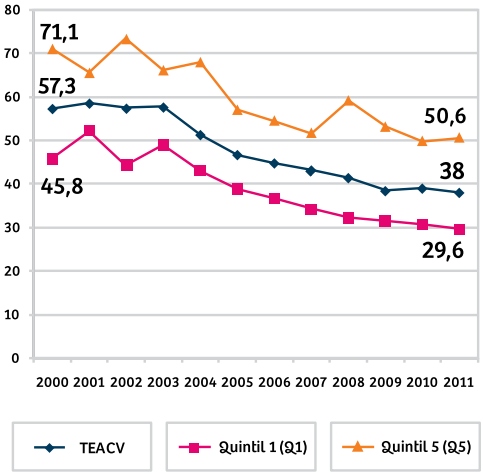


La TE de muerte prematura por ACV mantuvo una fuerte asociación con la CSE durante todo el período. En todos los años se observó un gradiente lineal entre la deprivación socio-económica del departamento y la muerte precoz por ACV. Cuanto mayores fueron las NBI del departamento, mayor fue la tasa estandarizada de muerte prematura por ACV.

Aunque la disminución de la tasa de muerte por ACV entre los sectores con mejores condiciones socio-económicas no resulta sorprendente y es comparable a las disminuciones reportadas en las tasas en países de altos ingresos, **sí resulta llamativo destacar la disminución de la muerte precoz por ACV entre los sectores sociales con peores condiciones socio-económicas**.

Tasa estandarizada de muerte por ACV (x10.000)

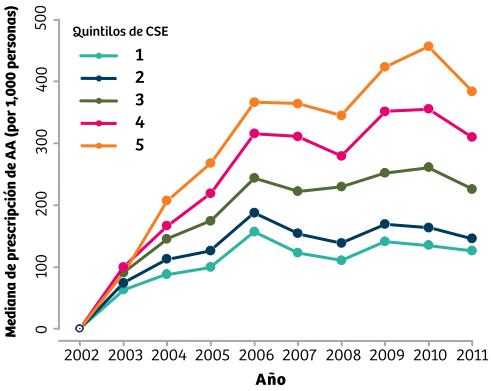
Personas entre 25 y 74 años. Argentina, 2000 - 2011



El volumen prescriptivo de AA provistos por el Estado Nacional estuvo más concentrado entre los departamentos pertenecientes a los quintilos más desfavorecidos en todos los años.

Así por ejemplo en el año 2004 la mediana (IC 95%) de prescripción de comprimidos de AA fue de **61,7** (42,8 – 114,5) para el Q1 y **180,4** (127,3 – 286,3) para el Q5. El gradiente entre el volumen de prescripción y la CSE se mantuvo estable durante todos los años analizados.

Mediana de prescripción de AA por CSE (quintilo)



Se verificó una interacción estadísticamente significativa de la prescripción de AA y la CSE sobre el efecto en la TEACV. Comparado con los departamentos pertenecientes al Q1 de CSE (categoría de referencia), la disminución de la TEACV tuvo una significativa interacción con altos volúmenes prescriptivos entre los quintilos más carenciados de la población. En conclusión, **en los departamentos más pobres de Argentina, cuánto mayor fue el volumen de agentes antihipertensivos recetados, mayor fue la reducción de la muerte precoz por ACV**.

Interacción entre la CSE, los volúmenes de prescripciones de agentes anti-hipertensivos y la reducción de riesgo de ACV (tasa de incidencia)

	Cuartilos de prescripción de AA			
	AA Q1	AA Q2	AA Q3	AA Q4
SES Q1	1.00	1.00	1.00	1.00
SES Q2	1.00	0.95 (0.85-1.06)	0.94 (0.66-1.03)	1.02 (0.89-1.17)
SES Q3	1.00	0.93 (0.83-1.04)	0.88 (0.78-0.99)	0.86 (0.76-0.99)
SES Q4	1.00	0.89 (0.79-0.99)	0.78 (0.68-0.88)	0.78 (0.69-0.89)
SES Q5	1.00	0.97 (0.86-1.10)	0.84 (0.75-0.96)	0.77 (0.67-0.87)

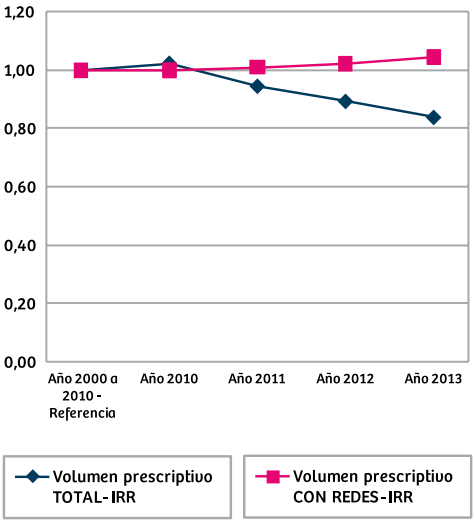
Para finalizar, respecto del **Programa Redes** y su efecto en la prescripción de AA se analizó el período de observación 2010-2013 comparando centros con y sin Programa.

Se verificó una tendencia estadísticamente significativa hacia la reducción en el volumen prescriptivo de AA entre los efectores del primer nivel de atención en general. Así, comparados con el período 2000 a 2010 (como categoría de referencia), la tasa de incidencia desciende significativamente. (IRR [IC95%]) fue entre el 2010 al 2013 de 1,022 [0,943-0,947]; 0,945 [0,943 – 0,947]; 0,899 [0,898 – 0,901]; 0,843 [0,841 – 0,844], respectivamente (p<0,001).

Los centros bajo el Programa Redes no experimentaron ese descenso en el comportamiento prescriptivo y de hecho **tuvieron una tendencia a aumentar las prescripciones** (IRR = 1,004 [1,002 – 1,007] **cuando se los compara con los centros sin Programa Redes**.

Volúmen prescriptivo de AA en CAPS bajo Programa Redes y Total.

(expresado en tasa de incidencia IRR). Años 2010 - 2013



El estudio realizado evidencia la interacción estadísticame significativa de la prescripción de AA y la CSE sobre el efecto en la TEACV, y asimismo comprueba que los centros bajo el Programa Redes tuvieron una tendencia a aumentar las prescripciones cuando se los compara con los centros sin Programa Redes.

Discusión

Existe una repetida documentación que advierte acerca del incremento esperable en la incidencia de ACV en los próximos años en todo el mundo, pero sobre todo en los países de bajos a medianos ingresos y que esta tendencia no cambiará a menos que se instrumenten "intervenciones de base poblacional". Menos documentado en cambio, están los efectos de esas estrategias poblacionales.
El desarrollo temprano de las enfermedades cardiovasculares en general y el ACV en particular constituyen uno de los más emblemáticos casos-modelos centrados en el concepto de evitabilidad. Si bien las evidencias de grandes ensayos clínicos randomizados subrayan la eficacia de los tratamientos para la prevención de los ACV a temprana edad, la efectiva transferencia de estas evidencias en países/poblaciones en donde profundas desigualdades socioeconómicas ponen en riesgo el acceso a la atención médica y a la prevención no puede ser automática. La producción de un perfil epidemiológico constituido con datos nacionales y reales que combine estadísticas vitales con acceso a los cuidados y condiciones sociales son un complemento necesario para la producción de conocimientos que permitan evaluar y planificar estrategias sanitarias.

El análisis aquí presentado demuestra que la muerte precoz por ACV en la Argentina disminuyó en forma significativa en los últimos 12 años. Aunque la exploración formal de las razones por las que se produjo esta disminución permanecerán en el terreno de las especulaciones, debido a la naturaleza ecológica de nuestro análisis, es inevitable reflexionar sobre aspectos que surgen de estos y otros datos.
Teóricamente, la disminución de la tasa de muerte precoz por ACV podría deberse a la combinación de estrategias poblacionales (mejor alimentación, disminución de la tasa de fumadores, reducción de la ingesta de sodio, etc.) y aquellas que tienen que ver con el acceso a la atención médica (mayor acceso a consultas, medición de la tensión arterial, consejo médico) y la instauración de tratamientos preventivos adecuados (inicio y mantenimiento de drogas antihipertensivas). Si bien los sectores sociales más favorecidos de la Argentina tuvieron en los últimos años una significativa disminución en la carga de factores de riesgo, éste no fue el caso para los sectores social y económicamente más vulnerables. De hecho, en la última

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo llevada a cabo en Argentina, la tasa de obesidad, sobrepeso, diabetes y sedentarismo aumentaron significativamente entre los más pobres mientras que la tasa de fumadores no se redujo significativamente en ese mismo grupo.
Por otro lado, **el acceso a la asistencia médica y –sobretodo- al tratamiento farmacológico garantizado por el Estado cambió significativamente desde el año 2003**. El presente análisis refleja que la tasa de prescripciones de agentes antihipertensivos por el Programa Remediar (+Redes) se concentró fundamentalmente en los departamentos más vulnerables de Argentina y –aún más importante- que existió una interacción significativa entre el volumen de agentes antihipertensivos dispensados por los centros de atención primaria del Estado, la pobreza y la reducción de la muerte prematura por ACV. De esta forma, en los departamentos más pobres de Argentina, cuanto mayor fue el volumen de agentes antihipertensivos recetados, mayor fue la reducción de la muerte precoz por ACV.

En consecuencia es verosímil plantear la posibilidad que la presencia del Estado a través de sus programas sanitarios sea la responsable de la caída en la tasa estandarizada de muerte prematura por ACV en Argentina. El Programa Redes, fomentando cambios en el modelo de gestión y atención en el primer nivel de atención, mantuvo un adecuado y robusto volumen prescriptivo fundamental en la reducción del ACV precoz.

Metodología

Diseño y fuentes de datos

Este estudio empleó un diseño ecológico para el análisis de las tendencias temporales de ACV fatal, usando como fuentes de datos los registros de todos los fallecimientos por ACV en la Argentina en personas de entre 25 a 74 años, el número y la composición demográfica de todos los departamentos de la Argentina y las prescripciones de agentes AA erogadas por el programa REMEDIAR + REDES, a nivel de cada uno de los 513 departamentos distribuidos en todas las provincias de Argentina.

A fin de establecer la cantidad de personas entre 25 a 74 años residentes en cada uno de los departamentos de la Argentina, se usó la información provista por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y que surge de los censos nacionales de población y vivienda del año 2001 y 2010. El dato tiene cuenta de la distribución por edad y sexo. Para el cálculo del tamaño de la población durante el período intercensal se usó el método de los componentes (7).

La cantidad de muertes por ACV por departamento se basó en la información provista por la Dirección de Estadísticas Vitales e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Esta información proviene del procesamiento de los certificados de defunción de los departamentos de la Argentina en el período usado para el análisis. La causa de muerte es procesada por la DEIS con un algoritmo específico validado y usando la clasificación provista por el CIE-10 (8). La causa de muerte que informa el programa es la denominada “causa subyacente”

como recomienda la Organización Mundial de la Salud (9).

Para el cálculo de la tasa de muerte por ACV estandarizada por edad y sexo (TEACV) (densidad de incidencia) a nivel departamental se utilizó el método de estandarización directa usando a la población argentina del 2010 como población estándar.

Las tasas se reportan sobre base anual de 10.000 personas residentes.

A fin de calificar la CSE se usó una medida geográfica (departamental) del grado de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estos datos provienen de fuentes integradas del INDEC y el CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Las NBI surgen de atributos complejos que incluyen los siguientes dominios: ingresos, nivel de escolaridad alcanzado, condiciones habitacionales, grado de hacinamiento y condiciones sanitarias, como está descrito en otras fuentes.

Con estos datos, cada departamento de la Argentina fue calificado con un porcentaje de NBI. Este representa la proporción de hogares en cada departamento que tienen NBI. Ulteriormente se dividieron todos los departamentos en quintilos de NBI, siendo el Q1 al que corresponde a menos NBI (departamentos con menos carencias).

El programa Remediar distribuye cuatro agentes antihipertensivos: enalapril (30 tabletas de 10 mg), atenolol (30 tabletas de 50 mg), furosemida (30 tabletas de 20 mg) e hidroclorotiazida (30 tabletas de 25 mg). A fin de calcular el volumen prescriptivo a nivel de cada departamento se sumaron todas las prescripciones por departamento dividiéndola por el número de sujetos de entre 25 a 74 años residentes en ese departamento por mes y por año calendario. Esta estimación corresponde a la mediana de prescripción de AA por departamento (junto a sus correspondientes percentilos 25 y 75). Finalmente, la tasa de prescripción por departamento fue dividida en cuartilos, siendo el cuartilo 1 (q1) un indicador de menor volumen prescriptivo y el q4 el de mayor cantidad de prescripciones.

Análisis estadístico

Se usó un modelo multivariado de regresión de Poisson para datos de panel con efecto random. Estos modelos se usan cuando el estimador a analizar es una cuenta (como por ejemplo el número de muertes en un año) y asume una distribución de Poisson (media similar a la varianza) de la variable dependiente. Los datos de panel incluyen además un término de error y un segundo término que controla por características no observadas invariantes en el tiempo en la unidad de análisis. En este análisis en particular, estos incluyen pero no se limitan, a variables geográficas, históricas, socio-culturales del departamento.

Estos modelos de regresión se usaron para determinar tasas de mortalidad tanto no ajustadas como ajustadas usando los departamentos con menor cobertura del programa como categoría de referencia.

Para el procesamiento de los datos y análisis se usó el programa STATA versión 13.0.

Anexos

Tabla 1. Número absoluto de muertes por ACV y personas entre 25 a 74 años, por año y condición socio-económica

Año	Medida	Quintilos de NBI					Todos
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
2000	Población	4.524.730	5.575.310	5.034.631	1.646.492	878.195	17.659.358
	Muertes	2.438	3.390	2.892	1.035	634	10.389
2001	Población	4.533.752	5.672.247	5.180.822	1.683.973	921.163	17.991.957
	Muertes	2.373	3.400	2.950	1.094	603	10.420
2002	Población	4.605.091	5.778.562	5.321.439	1.722.934	922.691	18.350.717
	Muertes	2.136	3.587	3.130	1.148	615	10.616
2003	Población	4.644.396	5.883.992	5.461.223	1.771.822	968.031	18.729.464
	Muertes	2.177	3.577	3.096	1.125	623	10.598
2004	Población	4.693.192	5.984.532	5.579.647	1.803.223	970.229	19.030.823
	Muertes	2.010	3.323	2.898	1.114	587	9.932
2005	Población	4.742.183	6.068.969	5.706.671	1.850.323	995.666	19.363.812
	Muertes	1.849	2.892	2.582	998	516	8.837
2006	Población	4.776.570	6.164.970	5.848.167	1.897.370	1.005.888	19.692.965
	Muertes	1.783	2.781	2.494	933	512	8.503
2007	Población	4.831.058	6.262.058	5.971.071	1.944.979	1.050.723	20.059.889
	Muertes	1.658	2.631	2.489	980	539	8.297
2008	Población	4.870.249	6.372.933	6.098.563	1.996.987	1.060.173	20.398.905
	Muertes	1.623	2.619	2.432	955	558	8.187
2009	Población	4.935.138	6.455.681	6.232.811	2.047.815	1.095.007	20.766.452
	Muertes	1.534	2.439	2.225	922	576	7.696
2010	Población	4.966.498	6.536.304	6.346.300	2.058.673	1.122.440	21.030.215
	Muertes	1.502	2.455	2.241	953	573	7.724
2011	Población	5.000.557	6.651.852	6.486.346	2.115.709	1.111.718	21.366.182
	Muertes	1.358	2.411	2.240	870	521	7.400

Tabla 2. Tasa estandarizada de muerte prematura por ACV y condición socio-económica por año.

Año	Medida	Quintilos de NBI					Todos
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
2000	Mediana	45,74	54,83	61,50	71,62	71,05	57,28
	IC95%	35,52 a 55,22	42,21 a 62,59	46,74 a 69,84	53,73 a 85,50	46,99 a 113,45	42,47 a 74,36
2001	Mediana	52,04	55,49	61,92	67.83	65,52	58,51
	IC95%	33,92 a 62,31	44,53 a 66,73	47,69 a 76,10	44,73 a 85,19	44,57 a 96,44	43,10 a 74,76
2002	Mediana	44,20	55,76	59,45	66,95	73,33	57,35
	IC95%	32,00 a 55,78	43,20 a 67,78	48,39 a 78,09	50,33 a 87,12	45,82 a 106,95	41,45 a 76,04
2003	Mediana	48.80	58,06	63,35	65,70	66,13	57,62
	IC95%	34,57 a 59,11	45,08 a 70,79	48,85 a 74,03	48,29 a 80,92	41,28 a 95,34	43,46 a 74,66
2004	Mediana	42,96	47,92	53,97	60,24	68,00	51,28
	IC95%	30,50 a 52,67	33,77 a 62,59	42,60 a 63,04	41,88 a 84,69	40,01 a 94,92	34,90 a 68,08
2005	Mediana	38.73	44,28	48,96	53,91	57,00	46,68
	IC95%	27,85 a 49,25	35,39 a 51,16	39,56 a 65,18	38,35 a 74,33	34,73 a 80,01	33,95 a 63,16
2006	Mediana	36,53	42,65	47,33	52,98	54,51	44,76
	IC95%	27,59 a 44,62	32,21 a 51,51	34,3 a 59,97	35,88 a 69,53	34,67 a 70,04	31,80 a 60,31
2007	Mediana	34,16	36,77	45,91	51,56	51,68	43,14
	IC95%	25,55 a 41,94	28,63 a 47,83	35,88 a 61,10	37,55 a 70,84	36,64 a 75,50	31,42 a 58,74
2008	Mediana	32,26	39.43	40,98	49,84	59,16	41,38
	IC95%	23,44 a 40,37	29.06 a 49.56	34,68 a 53,69	34,10 a 64,86	37,42 a 81,60	29,38 a 57,10
2009	Mediana	31,48	35,95	36,26	47,20	53,09	38,38
	IC95%	20,25 a 44,36	25,68 a 45,25	27,39 a 47,75	32,33 a 60,88	38,11 a 77,00	27,51 a 53,81
2010	Mediana	30,63	35,75	37,08	50,16	49,81	38,96
	IC95%	22,95 a 39,09	26,61 a 45,28	27,80 a 45,44	37,80 a 64,01	36,39 a 73,00	28,45 a 52,76
2011	Mediana	29,56	33,84	39,81	44,38	50,60	37,98
	IC95%	19,29 a 39,11	24,91 a 45,56	28,94 a 48,94	31,47 a 57,12	34,78 a 64,96	25,83 a 52,26

Tabla 3. Tendencia temporal del comportamiento prescriptivo de centros sin y con Programa Redes.

Período	IRR	IC 95%
Año 2000 a 2010	1.00 (ref.)	
Año 2010	1.022	(0.943 – 1.024)
Año 2011	0.945	(0.943 – 0.947)
Año 2012	0.899	(0.898 – 0.901)
Año 2013	0.843	(0.841 – 0.844)
Programa Redes	1.004	(1.002 – 1.007)

Referencias

1. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2095–128.

2. Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life-years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2197–223.

3. Addo J, Ayerbe L, Mohan KM, Crichton S, Sheldenkar A, Chen R, Wolfe CD, McKevitt C. Socioeconomic status and stroke: an updated review. Stroke 2012;43:1186-91.

4. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014 Oct 28.

5. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Prospective Studies Collaboration. Lancet. 2002;360:1903–13.

6. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ. 2009 May 19;338:b1665. doi: 10.1136/bmj.b1665.

7. Preston SH, Heuveline P and Guillot M (2001). Demography: Measuring and Modelling Population Processes. Oxford: Blackwell

8. http://www.cdc.gov/nchs/data/statab/gmwki_98.pdf

9. Shryock HS, Siegel JS. The Methods and Materials of Demography, Vol. 2, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 1971, p. 778.

CONCLUSIONES

Las acciones del **Programa Redes**, en el marco de la estrategia del Ministerio de Salud de la Nación para el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, están orientadas a consolidar un sistema de salud que brinde servicios de calidad, de manera oportuna, considerando toda la población. Para ello se requiere un Primer Nivel de Atención fortalecido, que incorpore lógicas de funcionamiento inclusivas y participativas y que realcen el rol de los equipos de salud y la comunidad en la organización para el cuidado de la salud. Estas acciones se orientan teniendo como ejes esenciales la promoción, difusión, prevención y atención, que permiten un acceso adecuado al segundo y tercer nivel de atención, haciendo uso racional de las tecnologías y recursos, que posibilitan el ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de las personas.

El **monitoreo** y la **evaluación** de los planes, programas o proyectos son instrumentos de política e insumos claves para orientar la acción. Permiten generar aprendizaje y revisar los aspectos sustantivos de las iniciativas, para optimizar sus procesos, resultados e impacto esperados. Si tomamos como punto de partida que la **evaluación** implica contrastar una hipótesis de trabajo, la evaluación entonces revisa y demuestra la relación causal o cadena causal propuesta en el diseño del programa. Esta secuencia lógica se encuentra definida en la relación establecida por el Programa entre insumos, actividades, productos y resultados esperados.

Los resultados del monitoreo y evaluación del Programa son concebidos como parte sustancial de un proceso de aprendizaje para la gestión, con la finalidad de generar acciones de cambio tendientes a fortalecer al Estado y garantizar el derecho a la salud.

De acuerdo a los estudios aquí presentados, respecto de los resultados de **monitoreo**, se comprueban mejoras desencadenadas por el Programa en los procesos de trabajo en red que presentan un fuerte énfasis en la accesibilidad de las personas al sistema de salud y la capacidad de respuesta del PNA.

Los ejes de análisis seleccionados para el monitoreo incluyeron:

1. Conocimiento de su población a cargo
2. Acceso a los servicios de salud del PNA
3. Capacidad resolutiva del PNA
4. Coordinación asistencial

Se objetivaron resultados positivos vinculados a la nominalización de la población a cargo de las redes, la atención programada en el PNA, el acceso a extracciones de sangre en los efectores de salud del PNA y las referencias y contrarreferencias documentadas. Asimismo

se evidenciaron resultados favorables en cursos de acción particulares con mejoras en los indicadores de identificación y captación de grupos de riesgo, electrocardiogramas en el primer nivel de atención, actividades entre niveles de complejidad, y turnos protegidos en el segundo nivel de atención.

Los resultados de los estudios de **evaluación** aquí presentados, verifican las mejoras en el acceso al sistema de salud de las personas con cobertura pública exclusiva. Asimismo, **Redes** con su intervención en múltiples niveles, mantuvo un adecuado y robusto volumen prescriptivo en personas pertenecientes a sectores más vulnerables del país, fundamental en la reducción del ACV precoz. Por último, se comprueba que las acciones de este Programa, para el caso de las patologías trazadoras en población con cobertura pública exclusiva, mejoran el acceso al control de la TA y al tratamiento antihipertensivo, teniendo en cuenta la evolución de estos resultados en el tiempo e incorporando las diferencias entre las localidades con y sin programa.

Los resultados de la presente publicación son la parte visible del trabajo cotidiano que se lleva adelante con los equipos de salud y la comunidad de la que forman parte. El compromiso de los equipos es el motor fundamental del cambio para responder a las demandas cotidianas. Al mismo tiempo, éste compromiso genera la capacidad de ampliar sus competencias y desarrollar nuevos procesos de trabajo para dar respuestas a las demandas habituales y a las llamadas “enfermedades de la modernidad”.

República Argentina
salud.gob.ar
Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación