

Estrategias de microgestión

Acompañando a los
equipos de salud

Redes



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

González, Gabriel

Estrategias de microgestión : acompañando a los equipos de salud / Gabriel González ; coordinación general de Mónica Padró. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016. 57 p. ; 24 x 17 cm.

ISBN 978-950-38-0235-9

1. Acceso a la Salud. 2. Formación Continua. I. Padró, Mónica, coord. II. Título.
CDD 613.04

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

Coordinación General

Gabriel González

Coordinación Editorial

Mónica Cristina Padró

Colaboradores UEC

Alló, Claudio

Careaga, Mabel

Calvo Nuñez, Paula Andrea

Muguruza, Adriana

Scлаuzero, Alejandra

Colaboradores UGJ's

Provincia de Jujuy

Iturri Suxo, María Belén

Reyes, Fanny del Rosario

Sanagua, Cecilia

Provincia de Misiones

Brizuela, Mónica

Diello, Marta Graciela

Olinek, Valeria Rosana

Provincia de Santiago del Estero

Curet, María marta

Orellana, Luis

Ruise, Mauro

Provincia de Tucumán

Álvarez, María Eugenia

Gianfrancisco, Nelly Eugenia

Martínez, María Paula

Edición

de Barrio, Lucía

Gianfrini, María Flor

Platero, Carolina María Noel

Diseño

Carnelli, María Laura

Guastavino, Greta

Glosario

MG	Microgestión
UGJ	Unidad de Gestión Jurisdiccional
RCVG	Riesgo Cardiovascular Global
GPC	Guía de Práctica Clínica
PNA	Primer Nivel de Atención
MAPEC	Modelo de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
APS	Atención Primaria de la Salud
UPAS	Unidades Primarias de Atención Sanitarias
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
DMT	Diabetes Mellitus
HTA	Hipertensión arterial
HC	Historia Clínica
ECG	Electrocardiograma
SIISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
PLP	Proyectos Locales Participativos

09 Introducción

15 Experiencias provinciales

Experiencia #1: Jujuy

17 Organizarse en red: un camino necesario

Experiencia #2: Misiones

27 Hacia una microgestión de calidad

Experiencia #3: Santiago del Estero

39 El apoyo a la microgestión: la estrategia para cambiar el modelo de atención

Experiencia #4: Tucumán

49 Articulación de acciones para configurar una estrategia

57 Conclusiones

Introducción

Con el objetivo de fortalecer las redes de salud, **la estrategia de implementación de equipos de apoyo a la microgestión (MG) o gestión clínica** constituye una de las formas de organizarse para mejorar la atención sanitaria a la población. Esto implica entre otras cosas, la participación de los equipos de salud en la organización de los efectores y recursos, y el desarrollo de acciones que favorezcan la inclusión de los ciudadanos en el cuidado de su salud.

Los equipos de apoyo a la MG contribuyen a orientar la asistencia sanitaria hacia la atención integral de las personas; la mejora de la accesibilidad al sistema de salud y de la calidad de las intervenciones; la potenciación de la participación ciudadana y la garantía de continuidad de la atención entre los distintos niveles. Pretende conseguir los mejores resultados posibles en la práctica diaria, la utilización de la mejor evidencia científica disponible y los menores inconvenientes para las personas que acuden al centro de salud y para la sociedad.

Cuando un ciudadano concurre a un Efector de Primer Nivel de Atención (EPNA) que trabaja en red, puede percibir una mejor atención, más segura, así como una mejor organización de los servicios, todo lo cual influye en una mejora de la satisfacción.

La estrategia de implementación de equipos de apoyo a la MG se propone fortalecer la inserción de los Proyectos Provinciales en el espacio local a través de un grupo de trabajo que profundice y prolongue su alcance a nivel de los efectores de salud que conforman la red, mediante un proceso continuo de acompañamiento a los equipos de salud. Lo lleva a cabo de la siguiente manera:

Objetivo general

- Contribuir al fortalecimiento de las **Redes** de servicios públicos de salud de las provincias argentinas a través de 3 líneas estratégicas de acción:
 - El fortalecimiento de las **Redes** de servicios de salud
 - El fortalecimiento de las competencias de los equipos de salud
 - El acompañamiento y supervisión de los procesos de gestión clínica en los EPNA

Objetivos específicos

- Brindar asistencia técnica para la formulación e implementación de Proyectos Provinciales de consolidación de **Redes** que incorporen la gestión de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), priorizando el Riesgo Cardiovascular Global (RCVG).

- Incentivar la Nominalización, Evaluación/Clasificación y Seguimiento de personas con RCVG mayor al 10% mediante el financiamiento de reembolsos por cumplimiento de metas
- Capacitar a miembros de los equipos de salud, en relación a la promoción, prevención y tratamiento de los problemas sanitarios.
- Elaborar/actualizar y acompañar la implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Supervisar los procesos de gestión clínica de calidad en personas con ECNT y/o con RCVG aumentado.
- Desarrollar capacitaciones en gestión de redes, en gestión sanitaria y en esquemas terapéuticos.
- Brindar apoyo a los equipos de MG provinciales.
- Desarrollar proyectos piloto dentro de las redes seleccionadas con el fin de probar procesos innovadores.
- Capacitar en temáticas de actividad física, alimentación saludable, tabaquismo y adicciones, prevención temprana de ECNT en adolescencia e infancia, adultos mayores, adherencia al tratamiento, recreación, medioambiente, redes sociales y de apoyo en ECNT, inclusión de perspectiva de género y de diversidad cultural en el abordaje de ECNT, u otras que sean de interés para la comunidad y estén vinculadas a aquellas enfermedades y sus determinantes.

Para el cumplimiento acabado de los objetivos anteriormente planteados, es preciso conocer qué se entiende por **gestión clínica**: se trata del uso adecuado de los recursos humanos, profesionales, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de las personas.

Incluye: el conocimiento clínico; la perspectiva gerencial del profesional y del establecimiento de salud para optimizar el proceso asistencial; la búsqueda de nuevas estrategias tecnológicas; nuevos procesos de atención que mejoren la salud individual y colectiva; la incorporación del conocimiento del equipo de salud en la capacidad de decidir y de tomar la iniciativa, tanto asistencial como de gestión; el reconocimiento de los valores y la cultura del equipo de salud para actuar como motor en la gestión actual y futura con autonomía.

La gestión clínica está presente en mayor o menor grado en el ejercicio profesional de cada uno de los equipos de salud. Se desarrolla debido a una serie de fuerzas impulsoras que son:

a. Cambio del modelo de atención

Implica un cambio en la administración del nivel local. La necesidad de ello se demuestra a partir de una serie de estudios, los cuales indican que el cambio del modelo no ha tenido la penetración esperada debido a la falta de orientación en el proceso administrativo. Esto genera la necesidad de encauce en un proceso de gestión clínica, por parte de los equipos de salud.

b. Variabilidad

Los nuevos tratamientos, los métodos diagnósticos, el desarrollo tecnológico y una comunicación de los hallazgos a través de todos los métodos disponibles y adecuados a cada espacio local, han hecho que la atención a las personas sea cada día más variable. Por esto el equipo debe mantenerse informado a través de los insumos de la medicina basada en la evidencia, así como por la revisión constante de los protocolos clínicos.

c. Orientación hacia el usuario

Éste juega cada día un papel más relevante en la atención de la salud de las comunidades. Cada vez más se involucra la participación ciudadana en salud, a través del análisis de la percepción de la calidad por parte del usuario y de los derechos del consumidor que cada día se hacen más evidentes con la inclusión de las contralorías de servicio. Esto permite al equipo de salud conocer las expectativas de los usuarios y la modificación de los procesos, para buscar, a través de la gestión clínica, la satisfacción plena tanto interna como externa.

d. Cambio en los perfiles

El cambio demográfico, las modificaciones en el perfil de morbimortalidad, el incremento de las patologías crónicas, el envejecimiento de la población, el aumento de los accidentes de consecuencias fatales y el deterioro social de la familia con la violencia intrafamiliar, hacen que la atención varíe sustancialmente hacia una eficacia clínica.

Los equipos de salud, los profesionales que participan en la gestión clínica y los equipos de facilitadores de microgestión, deben plantearse cómo, a través de la dirección, la gerencia, la administración y el conocimiento clínico, optimizar la eficacia, la efectividad y la eficiencia de sus acciones para lograr obtener mejores resultados en la salud de la comunidad de responsabilidad programática.

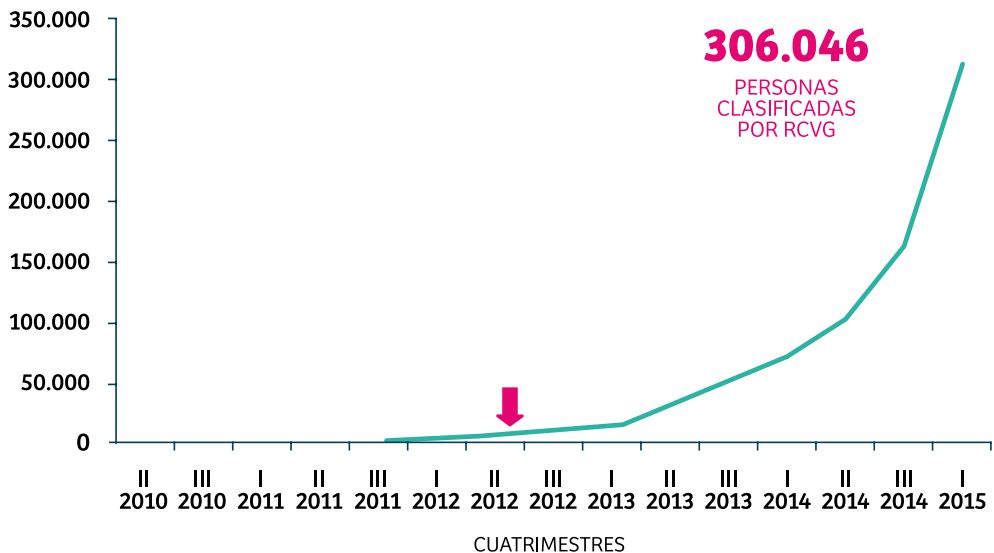
Para encarar la línea de acción de implementación de equipos de apoyo a la MG en los 24 distritos provinciales, se realizó un encuentro nacional con los responsables políticos y operativos en los que se les consultó la iniciativa y se midió su disposición para aceptarlo. Entre las “observaciones” que se registraron estaban:

- el “temor” de la competitividad con el resto del equipo de las Unidades de Gestión Jurisdiccional, cuestión que se resolvió estableciendo que los candidatos fueran seleccionados por las propias provincias;

- el cuestionamiento por una “eventual superposición de roles”, que fue subsanada con la definición de perfiles claros que trataron de replicar el de los distintos integrantes del equipo de salud. Así, la mayoría de los equipos fueron constituidos con un profesional médico, un profesional del campo de la enfermería y un trabajador social o agente sanitario.

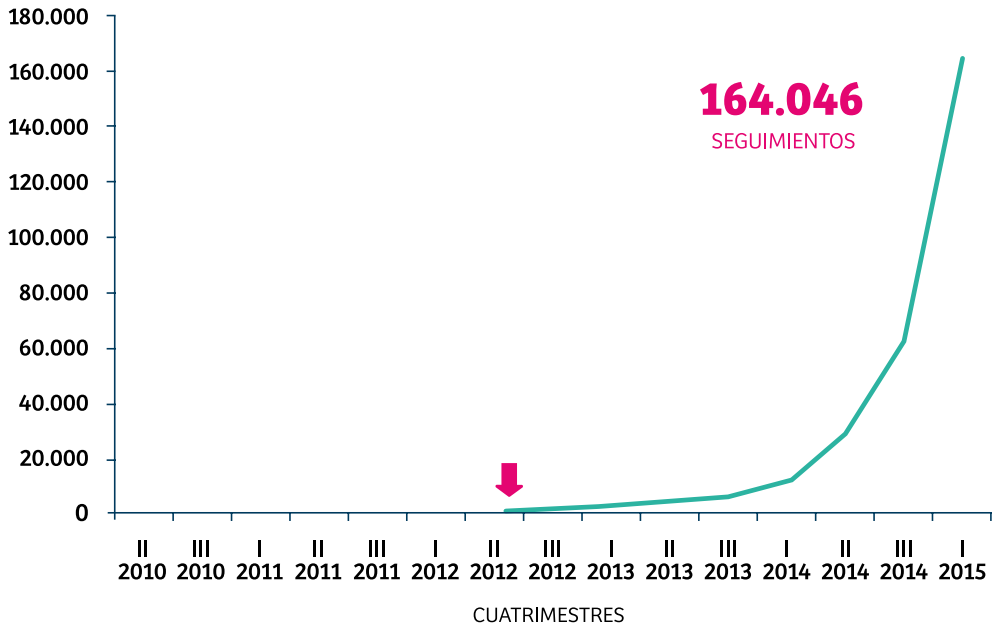
El impacto de la inclusión de los equipos de MG se hace notar muy fuertemente en la mejora sustancial de los procesos de clasificación de personas tal como lo muestra el siguiente cuadro:

Evolución de la Clasificación por RCVG a partir de la implementación de la línea de acción de los equipos de apoyo a la MG



Y su consecuente impacto en los seguimientos de aquellas personas clasificadas con riesgo moderado, alto, muy alto, *per se* y con hipertensión y diabetes:

Evolución de los seguimientos según RCVG a partir de la implementación de la línea de acción de los equipos de apoyo a la MG



Los cuadros anteriores grafican la evolución hasta el cierre del primer cuatrimestre del 2015, fecha en que concluyó el tramo de **Redes 1**. El trabajo de acompañamiento intensivo en el primer cuatrimestre del año mencionado por parte del equipo de MG del nivel central y la instalación en territorio de la totalidad de los equipos provinciales, sumado a la introducción de instrumentos de *screening* comunitario y a la capacitación intensiva de agentes sanitarios, promotores de salud y enfermeros/as permitió que la totalidad de las provincias cumplieran las metas y pasaran a **Redes 2**.

Experiencias de apoyo a la microgestión

No solo de clasificación y seguimiento se nutre y ocupa la MG. Si bien estas acciones están orientadas a la mejora de los procesos y la calidad en la gestión clínica, como se desprende de las misiones y funciones explicitadas anteriormente, los equipos provinciales tuvieron diferente modalidad de intervención. Se destaca la creatividad y la entrega de todos y cada uno, en vista a superar las dificultades, que fueron múltiples y totalmente diferentes, acorde a los requerimientos de cada provincia.

Como corresponde a la realidad de un país federal, los cambios que se fueron introduciendo, siempre se hicieron respetando los patrones de estructuras, procesos y resultados que marcaban las realidades locales. Cada equipo propuso las estrategias de intervención que consideraran más eficientes y efectivas y en ello siempre fueron acompañados por **Redes**.

El avance de cada provincia es único e irrepetible, y todas tienen estrategias superadoras dignas de ser mencionadas y destacadas. Las limitaciones de espacio a las que nos obliga una publicación nos fuerza mostrar solo cuatro **experiencias**, sin que ello sea en desmedro de las restantes, ya que la selección fue muy difícil. La misma se realizó teniendo en cuenta dos criterios básicos:

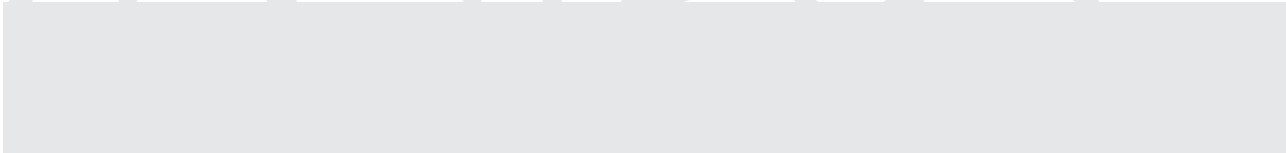
1. Las provincias elegidas son aquellas que forman parte de **Redes** desde el inicio del Programa;

2. Los equipos que protagonizan estas experiencias están constituidos por profesionales que están insertos en el PNA desde su trabajo anterior y/o profesionales del área de las ciencias sociales (trabajadores sociales, agentes sanitarios y/o promotores de salud) que aportan una mirada diferente a la actividad sanitaria.

Las diferentes experiencias recorren dos años y medio de implementación de esta línea de acción y serán presentadas por orden alfabético. Los recorridos son diversos, tanto como lo son el tamaño de las redes, los recursos iniciales, la dispersión territorial (son tanto capitales -Santiago del Estero y Tucumán-, como rurales -Misiones y Jujuy-), las líneas de base desde las que partieron y la multiplicidad y diversidad de estrategias a las que todas estas diferencias los desafiaron.

Experiencias provinciales

Jujuy - Misiones - Santiago del Estero - Tucumán





Organizarse en red: un camino necesario

El equipo de apoyo a la microgestión (MG) de **Redes** de la Provincia de Jujuy, siempre orientó sus actividades hacia el objetivo de fortalecer el Programa y crear lazos en las redes de salud, así como acompañar de manera continua la tarea de la Unidad de Gestión Jurisdiccional (UGJ).

Durante sus dos años de funcionamiento (se conformó en el 2013) desarrolló hasta el momento diferentes tareas que respondieron a las propias necesidades, y que contribuyeron a desplegar la estrategia. Esto derivó en la configuración de una experiencia específica, cuyas características se detallarán en las líneas siguientes.

Tareas en Red

El equipo de apoyo a la MG siempre consideró prioritaria la comunicación al interior del propio grupo, por lo cual de manera semanal realiza reuniones de planificación conjunta de las actividades. Durante las mismas se definen y delimitan las tareas, se proyectan la salidas a terreno y se establecen los efectores a visitar. También se dialoga respecto de las dificultades que surgen en el quehacer diario, y se piensan soluciones colectivamente.

El acompañamiento, guía y asesoramiento a los equipos de salud que abordan personas con riesgo cardiovascular global (RCVG) con clasificación moderada y alta se realiza de manera continua. Se trabaja con historias clínicas y fichas de RCVG provinciales

N° DNI	APELLIDO Y NOMBRES	FEC. NAC.	SEXO	DIAGNOSTICO									RCVG	FECHA DE EMP	FECHA DE CLAS	DIRECCION	PUNTO-GPS	
				HTA	DIAB	DISLIP	T. COL.	COL. HDL	GLUC.	ENL. CVG	FCV	QDRG					HEMOG.	HEMOKR.

Actualmente el equipo se encuentra fortalecido con diferentes perfiles profesionales como promotores de salud, educadores para la salud, psicóloga y área de comunicación y diseño central. Trabajan en conjunto con agentes sanitarios y enfermeros utilizando estrategias para organizarse con el fin de obtener cada dato necesario para poder continuar con el empadronamiento, clasificación y seguimiento, utilizando planillas como herramienta. Se realiza además la distribución de Guías de Práctica Clínica, folletería y afiches para sala de espera y consultorios médicos en los efectores de la red.

Para la implementación de **Redes 2** en las áreas Zona Capital, Alto Comedero y Palpalá, se realizaron reuniones con la dirección de APS, visitas en terreno realizando capacitaciones en coordinación con el Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de Nación, y jornadas de trabajo en conjunto con el Hospital de Palpalá.

También se mantuvo la continuidad de las visitas a terreno a los efectores de **Redes 1** y se trabajó con los equipos de salud en la organización del abordaje del RCVG a través del armado de un fichero de orden cronológico solo para personas con diabetes, hipertensión, HTA y obesidad. Se realizó, en coordinación y articulación con el equipo de salud, la búsqueda activa de personas con RCVG que no asistían al control médico de hace más de un año. En esta búsqueda, se intentó volver a tomar contacto con la persona que dejó de concurrir al centro de salud y sensibilizarla para que se realice sus controles. Para esto, el agente sanitario se acercó a los domicilios brindando un turno programado para su control seguimiento y en el caso de que la persona no fuera al turno asignado, nuevamente se lo buscó para asignarle otro y así lograr su control y seguimiento.



Para apoyar esta estrategia, se utilizó el envío de mensajes de texto programado recordando día y horario del turno, junto con consejos saludables. Simultáneamente se lanzaron convocatorias para la presentación de Proyectos de Abordaje Territorial. Estos tienen como finalidad la captación de población adulta, preferentemente hombres mayores de 40 años, que por cuestiones culturales, o por la lógica de los centros de salud, tradicionalmente abocados a lo materno-infantil, etc., llegan al centro cuando ya se encuentran enfermos y/o cuando el estadio preventivo ya ha sido superado.

Por último, es importante destacar que el trabajo que se pretende generar y potenciar a través de la estrategia de equipos de apoyo a la MG, no sólo encuentra su fuerza en la labor en equipo y con los efectores de salud. Además, resulta fundamental la fluida y continua articulación con la Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud, Departamento Provincial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Programa Municipio Saludable, Dirección de Salud Mental, Programa de Actividad Física, entre otras.

Cargas en SIISA

Debido a las diferentes experiencias en terreno el equipo de apoyo a la MG llevó a cabo una serie de acciones para optimizar la carga de datos en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA), que fueron las siguientes:

1. Creación de un usuario para cada integrante del equipo, para acceder al sistema y realizar las cargas de las fichas de empadronamiento y RCVG, con su respectiva clasificación y seguimiento de los registros relevados en terreno, datos necesarios para reclasificar las fichas de aquellas personas que están registradas por **Redes**.
2. Creación de una nueva herramienta de trabajo denominada Planilla de Clasificación, que permitió disminuir los problemas de registro en sistema.

Al realizar las cargas correspondientes a **Redes 2**, surgió el problema de la ausencia de personas en los listados debido a que no estaban empadronadas. Esto ocurría debido a la existencia de zonas descubiertas por la Dirección de APS, lo cual se vincula con el surgimiento de asentamientos. A medida que se fue avanzando en el trabajo, algunas cargas en sistema fueron observadas ya que no tenían correcto su domicilio, por tal motivo se hizo necesario modificar la planilla agregándole un nuevo indicador, que es el “punto GPS”, que refleja la información necesaria para su validación en sistema.

A través de esta herramienta del GPS es posible localizar con exactitud el domicilio, utilizando las coordenadas de longitud y latitud, y así registrar adecuadamente la calle, número, barrio, lote, manzana, padrón. Esto puede realizarse o bien yendo al terreno con la herramienta y

tomar el punto en cada casa, o bien reuniéndose con el agente y proporcionándole algún aplicativo que permita identificar las coordenadas en la computadora (por ejemplo: www.wikimapia.org).

Sensibilización

Otra de las acciones principales desarrolladas por la estrategia de implementación de apoyo a los equipos de MG, fue la sensibilización a los equipos de salud con el objetivo de ampliar la mirada de los efectores, tradicionalmente enfocados en lo materno-infantil, hacia la población adulta masculina (en especial hombres mayores de 40 años). Esta acción comenzó por los equipos locales y se extendió a la población con talleres, charlas, e iniciativas en terreno. Las temáticas se relacionaron con los factores de riesgo cardiovascular, y se realizó registro de talla, índice de masa corporal, presión arterial y laboratorio, etc.



En este proceso, muchas personas se mostraron predispuestas a reflexionar sobre estos temas, como así también muchos equipos de salud pusieron resistencia, lo cual demostró la necesidad de continuar trabajando con ellos.

Otra de las estrategias que **Redes** y el Ministerio de Salud de la provincia pusieron en práctica para generar sensibilización, y que a su vez promovió la vinculación y el trabajo conjunto entre la población y los centros de salud fueron los Proyectos Locales Participativos (PLP). En estos se buscó captar al adulto mayor, especialmente los hombres mayores de 40 años y a la población en general, para que se concientice sobre la importancia que tienen los factores

de riesgo cardiovascular y las ECNT, particularmente diabetes e hipertensión.

En este sentido, la realización de convocatorias para la presentación de estos proyectos, permitió trabajar en pos de la consecución de estos objetivos. Se convocó a los equipos de salud de los CAPS a que trabajaran de manera participativa (incorporando miembros de la comunidad y organizaciones locales) en la formulación de un proyecto que diera respuesta a alguna problemática local.

Luego, se hizo una selección en donde se contactó a los proyectos ganadores para su posterior financiamiento y ejecución. Se realizó el seguimiento correspondiente, teniendo en cuenta cómo se llevó a cabo la ejecución, los gastos y actividades realizadas.

Algunos de los Proyectos Locales Participativos fueron:

- “Por hombres más sanos” – CAPS Santa Rosa
- “Mejores hábitos, mejor vida” – Hospital La Mendieta
- “Más deportes, mas salud” – CAPS Caimancito
- “Salud en movimiento” – CAPS Vinalito
- “Actúa sanamente” – CAPS Guaraní – Yuto
- “En busca de los hombres” – Hospital Presbítero Escolástico Zegada – Fraile Pintado
- “Salud para todos” – El Talar
- “Hábitos saludables para nuestros niños” – CIC Caimancito
- “Salud en movimiento” – Vinalito
- “Planificación familiar en mujeres de edad fértil” – La Esperanza

La experiencia resultó exitosa, lo cual permitió percibir que esta estrategia hizo consonancia con una demanda latente de los equipos y las comunidades, que requería motivación y estímulo y que no había tenido la suficiente atención en las políticas de salud.

Cursos y Talleres

Se trabajó fuertemente en capacitación a los equipos de salud tanto médicos como no médicos. Además de la labor realizada cotidianamente por el equipo de apoyo a la MG en los efectores, se implementaron líneas en conjunto con otros programas y asociaciones.

Se pusieron en práctica el curso de “Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT” destinado a enfermeros y agentes sanitarios; curso de “Abordaje integral de personas con ECNT, modelo MAPEC”; curso de “Insulinización oportuna en el PNA”, entre otros. Los mismos fueron dictados en conjunto con profesionales de **Redes** (de Nación y Provincia), Programa de ECNT (Nación y Provincia), y la Universidad Arturo Jauretche.



También se realizaron talleres de sensibilización destinados a los equipos de salud en conjunto con la Asociación APRADI (Asociación Pro Ayuda al Diabético) para una mejor atención a las personas con diabetes e hipertensión, promoviendo hábitos saludables en los estilos de vida, reducción del consumo de tabaco, alimentación saludable, fomento de la actividad física, educación diabetológica, etc. Es importante comentar que la participación en los distintos cursos fue masiva, teniendo que ampliar su cupo y desdoblarlos en algunas oportunidades.

Luego de varias reuniones de trabajo se diseñó un curso en “Capacitación y actualización en la prevención de enfermedades de riesgo cardiovascular” cuyo objetivo general fue “promover conductas saludables y realizar prevención primaria, favoreciendo el acercamiento de población masculina mayor de cincuenta años con riesgo cardiovascular a los CAPS”.

Participaron y se involucraron los equipos de salud de los CAPS, referentes locales del Programa Municipios y Comunidades Saludables, miembros de las Mesas de Trabajo Intersectorial de cada territorio, organizaciones civiles dedicados a diferentes actividades físicas, empresas de servicios y/o productivas, entre otras.

La propuesta fue diseñada y abordada por los siguientes actores:

- Programa Provincial de **Redes**
- Programa Municipios y Comunidades Saludables
- Programa de Actividad Física y Salud “Por Tu Salud Muévete Jujuy”
- Programa de Adultos Mayores, Asociación Pro-Ayuda al Diabético (APRADI)
- Coordinación Provincial de Salud Mental, Alimentación Saludable

El mismo contó con 3 módulos, un examen final que consistió en la elevación de una propuesta de abordaje y la exposición oral de la misma, contando dicho curso con aprobación ministerial y puntaje.



Un evento importante en el que el Programa participa todos los años, fue el Congreso Provincial de APS, donde brindó conferencias, mesas debate y se abordó la temática de los Proyectos Locales Participativos. Además, se pudo contar con *stands* de promoción de la salud con la participación de los proyectos ganadores para comentar sus experiencias particulares.

Comunicación a través de mensajería de texto

Como nueva forma de comunicación, que permite fortalecer aún más las estrategias abordadas y la conexión entre la comunidad y las redes de salud, se incorporó el sistema de mensajería de texto, en donde toda la comunidad podía suscribirse gratuita y voluntariamente para recibir mensajes saludables, recordatorios de eventos que tuvieran que ver con la promoción de la salud, iniciativas saludables y el recordatorio de su turno en el caso de que hayan solicitado uno programado.

Un aspecto importante de esta experiencia, es que muchas personas devolvieron el mensaje realizando consultas y se encontraron casos en que las mismas requerían de una atención específica debido a su gravedad. En esas oportunidades se derivó el caso al área correspondiente para que la persona sea contactada.

Por lo antedicho, queda en evidencia que la estrategia de implementación de los equipos de apoyo a la MG fue un acierto de gran valor para el trabajo en la provincia. Al comienzo, la presión por encontrar personas para empadronar y clasificar consumió gran parte del tiempo e incluso se probaron con ensayo y error diferentes estrategias que con el paso del tiempo fueron dando lugar a la instalación de procesos cualitativamente diferentes y de mejores resultados. Esto se hizo evidente en el inicio de **Redes 2**, ya que a partir de la experiencia anterior, todo se hizo de manera más eficiente. Se debe destacar que la coordinación con otras áreas del Ministerio, el compromiso territorial de los efectores y la instalación de los Proyectos Locales Participativos, son un plus que permite la profunda penetración en territorio, lo que redundará en una mejor calidad de atención y una llegada a la población en estadios cada vez más precoces de las patologías crónicas.



Hacia una microgestión de calidad

El equipo de apoyo a la microgestión (MG) en la Provincia de Misiones, comenzó a trabajar en el año 2013. Los objetivos que estableció fueron:

1. Conocer las fortalezas y debilidades presentes en la implementación de acciones previstas en el Proyecto Provincial.
2. Capacitar en servicio al personal del equipo de salud de los efectores del primer nivel de atención (PNA) de las redes, sobre las bases de las debilidades identificadas en la primera etapa.
3. Supervisar la implementación y uso de herramientas de eficiencia de efectores del PNA para definición de línea de base y posterior evaluación.

Por medio del acercamiento a cada efector el equipo se propuso en primera instancia **conocer** su situación y realidad para poder **planificar** acciones, metodologías y metas a cumplir, que sean adecuadas y que su aplicación y **ejecución** sean eficaces y eficientes. A partir de ello, fue posible **supervisar** los procesos y resultados, por medio del acompañamiento a los equipos de salud.



En el año 2013 se desarrolló un diagnóstico inicial que arrojó las siguientes fortalezas y debilidades, las cuales determinaron las acciones del equipo de apoyo a la MG:

Fortalezas

- Apoyo institucional
- Fuerte empatía del equipo
- Buena recepción de nuevas técnicas y sugerencias
- Compromiso con las tareas que llevan adelante
- Fuerte necesidades de auto-superación
- Predisposición a la tarea

Debilidades

- Atención centrada en la urgencia
- Debilidad en la delimitación de objetivos de trabajo;
- Variabilidad y fragmentación en la atención del paciente;
- Multifuncionalidad en los integrantes del equipo de salud.
- Falta de accesibilidad a estudios clínicos complementarios;
- Concentración de la atención en hospitales.

Teniendo en cuenta toda esta información, se presentan a continuación las estrategias de intervención que el equipo de apoyo a la MG implementó en el territorio alcanzado por **Redes** hasta el presente:

Plan de Capacitación

Se elaboró un Plan, con el objetivo principal de brindar herramientas e información para la aplicación del MAPEC y para el cumplimiento de las trazadoras e incentivos del Programa. El mismo se constituyó como un eje central de intervención. Se pensó con una lógica de integralidad del equipo de salud y sus miembros, orientado a aumentar la calidad en los procesos y resultados, e incorporar herramientas de eficiencia (Guías de Práctica Clínica y Tabla de Clasificación según RCVG sin determinación de colesterol).

Las capacitaciones fueron organizadas por áreas de salud. De esta manera se buscó descentralizar y trabajar cerca de los efectores. Las invitaciones fueron cursadas en forma personal por el equipo de apoyo a la MG, incentivando de este modo la asistencia.

Hasta el momento, se abordaron las siguientes temáticas:

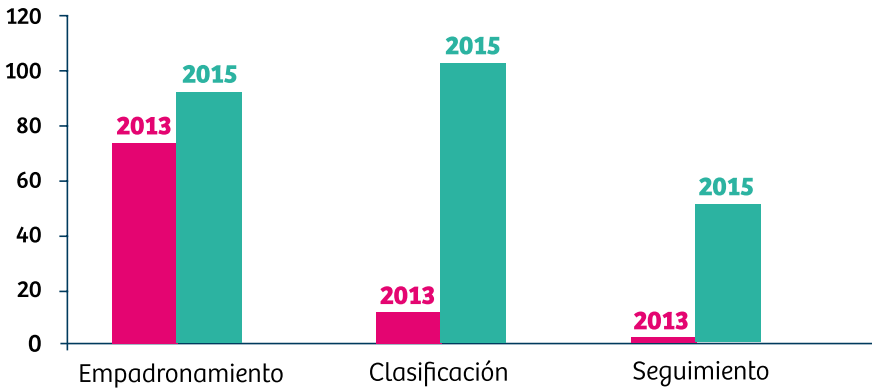
- Integración y fortalecimiento del equipo de salud.
- Clasificación por RCVG con tabla sin determinación de colesterol.
- Estrategias de trabajo en redes.
- Trabajo comunitario para la búsqueda activa.
- Guías de Práctica Clínica: Diabetes mellitus tipo 2 y RCVG (versión para personal médico y versión para agentes sanitarios y promotores de salud)

- Electrocardiografía práctica. (Aprobado por Resolución Ministerial)
- Abordaje del RCVG y ECNT para enfermeros y agentes sanitarios. (Aprobado por Resolución Ministerial).

Luego de dictadas las capacitaciones para todo el equipo de un área, se llevó a cabo el fortalecimiento, acompañamiento y/o implementación de las nuevas herramientas en cada efector de la red, adecuándose a las capacidades y medios específicos.

A lo largo de su desarrollo, el Plan de Capacitación, ha tenido un alto impacto en las trazadoras del Programa, como se puede observar en este gráfico:

Comparativo crecimiento en Trazadoras abril 2013/2015 (%)



También se ha logrado:

- Instalar la lógica de **Redes**.
- Brindar información y formar en nuevas técnicas a los participantes.
- Trabajar fuertemente en la organización del equipo de salud y en la atención.
- Planificar y justificar tareas y funciones.
- Que los equipos identifiquen las necesidades existentes.
- Fortalecer la capacidad resolutoria del equipo.

Estas mejoras se sostienen en el tiempo gracias a una constante **Supervisión capacitante** realizada en terreno por el equipo de apoyo a la MG. Ésta constituye uno de los aspectos principales de este eje de intervención y por ello ha sido necesario definirla y establecer pautas internas respecto a cómo se llevaría a cabo.

En la Supervisión capacitante aplicada en la Provincia, se realiza el control del desempeño de acciones inherentes a la implementación de **Redes** en cada visita al efector. Mediante la

metodología de acompañamiento y capacitación en servicio, teniendo como base el MAPEC, la organización de las visitas se realiza de manera tal que sean periódicas y frecuentes. Para llevarlas a cabo, previamente se confecciona un cronograma mensual, comunicando oportunamente a la Unidad de Gestión Jurisdiccional (UGJ), al jefe de área y a cada efector que será visitado. Durante la jornada se trabaja con todo el equipo de salud, a partir de los procesos, y se fijan metas. Por último se acuerda una fecha para el próximo encuentro.

A partir de la experiencia en los efectores, y con el objetivo de optimizar el trabajo se elaboró un Formulario de Supervisión. Se trata de una guía de trabajo que permite establecer objetivos, identificar debilidades y fortalezas, recolectar datos y realizar una devolución escrita al equipo de salud.

Esta metodología permite un acompañamiento permanente de las acciones en terreno, con el énfasis puesto en la calidad de los procesos y no solo en los resultados. A su vez apunta a fortalecer la capacidad resolutoria y de gestiones del efector, así como también habilita una correcta sistematización de la información.



Herramientas de eficiencia en la detección, identificación, clasificación y seguimiento de personas con ECNT:

Con el objetivo de lograr mejoras en la nominalización, clasificación y seguimiento de personas con ECNT, la intervención del equipo de apoyo a la MG apuntó a lograr el fortalecimiento de la resolución de los efectores del PNA.

Nominalización y clasificación

Las capacitaciones abordaron el trabajo en equipo y la clasificación por RCVG con tabla sin determinación de colesterol con promotores de salud, agentes sanitarios, técnicos en atención primaria de la salud, médicos y enfermeros. Por otro lado, se gestionó con la UGJ la compra de los insumos necesarios para llevar a cabo los procesos, logrando la adquisición de tensiómetro, estetoscopio y cinta métrica para cada promotor de salud del área.

Además se realizaron afiches guías con protocolos de intervención según RCVG, con diseminación y acompañamiento en la organización e implementación en todos los efectores de la red.



Seguimiento

Para fortalecer este proceso, se apostó fuertemente a la proactividad del equipo de salud. Una de las estrategias implementadas fue la capacitación en trabajo comunitario para la búsqueda activa de la población nominalizada de cada efector, acompañándola y supervisándola. Para ello se le proporcionó a cada efector la lista de personas clasificadas y además, se les entregaron ficheros cronológicos de búsqueda activa, confeccionados por el equipo de MG. Además se realizó el acompañamiento y la asignación de personas responsables por efector o área de salud para la carga de datos al sistema, con capacitaciones específicas. También se efectivizó la compra de computadoras por parte de la UGJ.

- **Historia clínica (HC) y registros:**

Se capacitó y acompañó en la organización de la HC del adulto, logrando que todos los efectores comprendan y apliquen el circuito de atención y que administrativos, promotores, enfermeros, médicos, realicen registros de todas sus intervenciones.



- **Electrocardiogramas (ECG):**

Luego de la capacitación en ECG y de la compra de un equipo se acompañó, supervisó y coordinó la organización de un cronograma de realización de este estudio por área de salud. Allí se acordó fijar fecha y hora en que el equipo estaría realizando la prestación en los efectores.

- **Toma de muestra de sangre para análisis clínico:**

Se acompañó la organización y gestión con los laboratorios de la red y la toma de muestras descentralizada, facilitando el acceso y optimizando la atención de la población a cargo cerca de su domicilio disminuyendo el tiempo de espera de los turnos en los hospitales.

- **Turnos programados:**

Se alcanzaron las metas propuestas por **Redes** en turnos programados. La estrategia giró en torno a la capacitación y el acompañamiento.

- **Referencia y contrarreferencia:**

Se entregó y capacitó en el uso de planillas de referencia y contrarreferencia (R-CR), logrando las metas propuestas.

- **Fondo de ojo y estudios complementarios en el segundo y tercer nivel:**

Durante las visitas a los efectores se supervisaron las HC, se detectaron necesidades y se acompañó en la derivación a los especialistas. Para ello, se crearon las Oficinas Integrales de Redes (OIR), ubicadas en lugares estratégicos, como Hospital Nivel I y jefaturas de áreas de salud, que cuentan con una persona encargada de recibir y solicitar turnos programados haciendo la devolución a través de mensajes de textos o mail.

Para la ampliación de la cobertura (Extracciones, ECG, traslado de profesionales y pacientes) se utiliza un móvil cedido a las Jefaturas de Áreas por **Redes**. Se realizaron además reuniones por área de salud con todos los promotores, estableciendo según el domicilio de la persona a seguir (lista de datos) el promotor que tiene asignada esa área (cartografía).

- **Diseminación de Guías de Práctica Clínica:**

Se realizó una distribución masiva de estos materiales en formato gráfico en todos los efectores de la red.

- **Protocolo de recuperación de personas con RCVG:**

Se elaboró un protocolo de recuperación de personas con RCVG >10% aceptado por la UGJ y en ejecución, que implica las siguientes instancias:

- a. Cargar los datos de atención al SIGEP inmediatamente, estableciendo un responsable.
- b. Realizar ficha de búsqueda activa, que debe ser repetida a los tres meses si fuera necesario. La misma contempla estas acciones:

- Depuración de listado de personas en seguimiento: se entrega a cada promotor un listado de personas a seguir en el área programática correspondiente. Del listado se debe detallar cuáles se encuentran referenciadas a su centro de salud y residen en el área de cobertura de cada promotor. Se especifica qué personas han fallecido, cuáles se han mudado y de cuáles se desconoce paradero. Dichos datos se informan a trimestralmente a la UGJ.

- Búsqueda de personas que se encuentran residiendo en su área de cobertura: se realiza una visita en terreno a las personas que se informó que están referenciadas a su centro de salud y viven en el área de cobertura de cada promotor. La búsqueda se registra en un Fichero Cronológico, y deberá repetirse según los plazos estipulados por GPC de RCVG según el riesgo de la persona, y/o indicaciones de periodicidad indicada por el médico tratante por escrito (cuando corresponda).

- Control en terreno: durante la visita se debe trabajar con la persona realizando una toma de TA, informándose sobre el grado y modo de cumplimiento con el tratamiento, y consejería sobre pautas y hábitos saludables. Esto se registra en un cuaderno de campo con la firma del entrevistado y luego transcrito en la HC. Se debe informar a la UGJ en forma

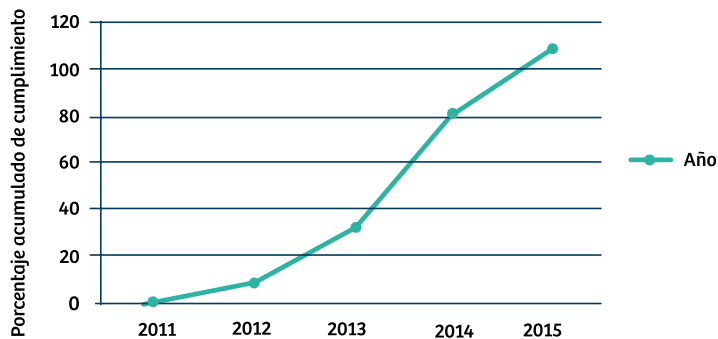
trimestral el listado de personas con los que se intervino en terreno con observaciones.

- Gestión de turno para consulta en CAPS: éste debe estar registrado en el cuaderno de turnos programados. La consulta del paciente recuperado debe cargarse al SIGEP indicando el promotor responsable de la intervención, para lo cual es necesario que se indique en su HC, en la fecha de la consulta programada la leyenda :“PTE. RECUPERADO POR:..... nombre del promotor...”.

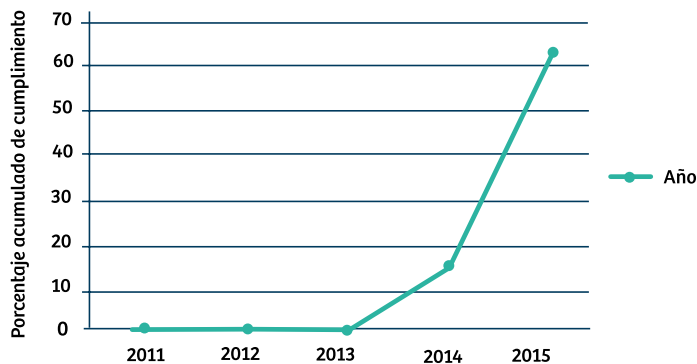
Estas estrategias son acompañadas por reuniones permanentes con la UGJ, los jefes de área de salud y los responsables de los efectores del PNA y de otros programas e instituciones relacionadas con el objetivo de delinear acciones conjuntas para lograr el fortalecimiento o mejora de los procesos.

Siendo priorizadas al momento de la incorporación del equipo de apoyo a la MG, las trazadoras de Clasificación y Seguimiento, se puede ver en los siguientes gráficos el crecimiento progresivo y sostenido de las mismas.

Proyección crecimiento de Clasificaciones según Año de implementación del programa en la provincia de Misiones (%)



Proyección crecimiento de los Seguidos según Año de implementación del programa en la provincia de Misiones (%)



Es importante destacar que se ha apuntado a la **calidad** de la atención, resultando así correlativos los tiempos de crecimiento entre la suba en clasificaciones y posteriores seguimientos de las personas, según pautas establecidas en GPC incorporadas (RCVG y DMT2).

Herramientas de comunicación que facilitan la resolución conjunta de problemas

A lo largo del tiempo, a través de las capacitaciones y de la inserción de los procesos de trabajo en la lógica de redes, se fue observando la necesidad de contar con herramientas de comunicación que ayudaran a allanar el camino a la hora de abordar y solucionar problemas; acompañar y reforzar ideas, conceptos, puntos de vista, formas de organización, etc.

De ese modo, se pensaron y desarrollaron acciones con aquella finalidad, que cobraron mucha importancia en la estrategia de trabajo, convirtiéndose en uno de los ejes de la tarea de apoyo a la MG.

Para ello se puso en práctica un “cuaderno de novedades” del efector, donde se plasmaban las recomendaciones y sugerencias del equipo de trabajo de MG. La utilización de esta herramienta se decidió teniendo en cuenta la incidencia y el peso que tiene el dejar por escrito aquello que se pretendía que se lleve a cabo, reforzado esto por el hecho de que era firmado al pie por los miembros del equipo. Actualmente el cuaderno sigue funcionando aunque en menor medida, puesto que esta herramienta se complementó con otras que también apuntaban a aquel objetivo.

Paralelamente se realizaron reuniones con los equipos de salud de los centros del PNA, con la finalidad de capacitarlos en el trabajo en redes, recoger sus inquietudes, o interiorizarse en la problemática del efector y en su cotidianeidad. En estos casos el recurso utilizado fue la comunicación verbal que se constituyó como una forma muy efectiva de conocerse y reconocerse, a través de la relación cara a cara.

Con posterioridad se colaboró en la construcción de una red de efectores conectados entre sí mediante telefonía celular, en la Zona Capital (Ciudad de Posadas y zonas aledañas). Se estableció que el CAPS que poseyera más servicios de prestaciones fuera el nodo y el referente de todos los demás. De esta manera, cada centro de salud que eventualmente no pudiera brindar a su población a cargo alguna prestación determinada, tuvo la posibilidad de poder derivar la consulta de esa persona a otro efector que sí tuviera el servicio y solucionar su problema de salud. A su vez, esta práctica ofreció la ventaja de que un centro de salud que derivara a una persona hacia otro, lo pudiera hacer con un turno programado.

De la misma forma, cuando se requirió un estudio o especialista de mayor complejidad, se concluyó derivar al Hospital Central de Posadas “Dr. Ramón Madariaga” para su tratamiento, pues allí se generó un contacto que participa de la red y que permitió solucionar este tipo de inconvenientes, surgidos de la falta de especialistas y de equipamientos médicos en los centros de PNA. Concomitantemente con ello, se confeccionó una cartilla de servicios *on line*, para que cada efector pueda conocer con qué servicios cuentan los demás efectores, y de ese modo poder solicitar turno al que sea de su interés.

Otra iniciativa comunicacional está constituida por la herramienta de devolución de información a los centros de salud, denominada Planilla Supervisión de MG. En la misma se expresan los resultados de las visitas, tales como: número de HC supervisadas, los datos o estudios complementarios que constan en la misma y quiénes la firman; si en el efector se realizan extracciones o ECG; si posee cartografía; si se realizan exámenes de pie diabético, y otros datos. Se realiza por duplicado, de manera que una copia quede en el efector y otra en la UGJ. Además sirve de guía para la próxima visita, ya que permite evaluar avances y retrocesos. Finalmente, cuenta con un soporte digital *on line* donde se vuelcan los datos relevados.

Ampliación de la cobertura acercando al PNA los profesionales que den respuesta a la mayoría de los requerimientos que allí pueden resolverse

Las personas con enfermedades crónicas a menudo requieren de la atención de una variedad de profesionales que no siempre están ubicados en el mismo lugar físico. Esto implica que las primeras deban trasladarse hacia otros centros de atención que muchas veces se encuentran ubicados en otras localidades, generando inconvenientes. Para dar solución a esto, se creó la figura de un “coordinador de la atención” en el primer nivel. Éste permite reducir los problemas de comunicación (turnos programados y protegidos) y además apoya a las personas en su recorrido por el sistema (circuitos de atención del paciente).

Para ello, se adopta el MAPEC, modelo centrado en la persona y en las necesidades de la población, siendo proactivo, anticipatorio, con cuidados planificados, con foco en la prevención, que organiza los cuidados en función de las necesidades de las personas. El mismo concibe un equipo de salud organizado, que brinda consultas y controles individuales, apoyando al auto manejo (acuerdo de pautas), implicando la reorientación de un modelo centrado en la emergencia y demanda espontánea de atención a un modelo enfocado en personas con ECNT. Busca implementar diferentes alternativas tanto tecnológicas como cualitativas, es decir, lograr la aceptación y participación por parte del equipo de salud, en conjunto con el compromiso e interacción del ciudadano que requiere asistencia y sus familias, sumando también al entorno socio político.

En función de este modelo, la estrategia implementada fue la redistribución de especialistas desde centros de mayor complejidad al primer nivel en determinados días y horarios, para facilitar la atención de los usuarios del sistema (cardiólogos, diabetólogos, oftalmólogos, etc.).

Resultados

- 61% de la meta de Seguimientos (0% en mayo 2013).
- 95% de los efectores realizan ECG en forma descentralizada con personal capacitado por MG.
- 100% de efectores cuentan con herramientas de eficiencia.
- 100% de efectores con HC de adultos.
- Mejora en la calidad del dato e información registrada en la HC.
- Adopción de circuitos de atención del adulto ambulatorio.
- 100% de los efectores cuentan con RRHH capacitados por el equipo de MG con los lineamientos de **Redes**.
- 95% de incremento en Clasificaciones, con tendencia creciente y constante, superando la meta establecida.
- 76,3 % clasificados a través de la tabla sin colesterol.
- Adopción de circuitos de atención de pacientes adultos ambulatorios.
- Integración de base de datos con distintos programas nacionales (SUMAR, Incluir) al SIGEP.
- 30% de efectores con registros de entrega de medicamentos sobre una base del 5%.
- Incremento en la periodicidad y mejoría en la eficiencia del trabajo en terreno por el equipo de apoyo a la MG.
- Reconocimiento de los efectores a su referente del equipo de MG como tal.
- Creación de la Red inter-efectores de PNA para gestión de turnos programados en región IV Zona Capital (**Redes 2**).
- Cumplimiento de metas de turnos programados y protegidos mediante fortalecimiento de registro de los mismos (Cuaderno de Turnos).
- 80% de efectores trabajan con búsqueda activa y ronda sanitaria.
- Aprobación por la UGJ del protocolo de intervención del Promotor de salud/Enfermero en el Seguimiento de personas. (Implementación con incentivo al personal).

El trabajo realizado por el equipo de apoyo a la MG de Misiones pone de manifiesto la importancia de una visión compartida y un análisis situacional adecuado y certero, a fin de programar aquellas intervenciones que lograran el mayor impacto en el menor tiempo posible. La experiencia y el conocimiento previo de estrategias de gestión de calidad y el compromiso asumido en la tarea dieron los resultados que están a la vista en la presentación.

Es importante destacar dos cuestiones centrales:

1. La red de efectores seleccionada para **Redes 1**, constituía un enorme desafío ya que se extendía por más de 500 km. Eso implicaba un gran esfuerzo en tiempo y movilidad de los consultores, dada la necesidad de realizar un diagnóstico apropiado y la visita permanente a los efectores a fin de implementar todos los procesos antes mencionados.

2. La constitución interdisciplinaria del equipo nuclear de apoyo a la MG permitió aportar miradas diferentes respecto de las respuestas más oportunas a las problemáticas detectadas. El intercambio permanente con los integrantes de los diferentes equipos y la estrategia comunicacional adoptada es el resultado de este trabajo mancomunado.

El intercambio de estas experiencias en ocasión de encuentros regionales de equipos de apoyo a la MG, permitió que las mismas sean extrapoladas a otras redes con las adecuaciones pertinentes, definidas por la realidad del espacio local.



El apoyo a la microgestión: La estrategia para cambiar el modelo de atención

El problema socio-sanitario que representan las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) obliga a cambiar el perfil del sistema de atención y mejorar la capacidad resolutive de las Unidades Primarias de Atención Sanitarias (UPAS). Éstas deben ser la puerta de entrada al sistema para todas las personas con condiciones crónicas, a partir del modelo de atención MAPEC que propone la OMS y la OPS. En el mismo, interactúan el equipo de salud con la comunidad y las otras redes de servicios, implicando no solo al recurso humano sino al proceso de atención que debe incorporar turnos programados, historia clínica del adulto, formularios de referencia y contrarreferencia, planillas de seguimiento y registros informatizados¹.

Desde el 2009 **Redes** desarrolla iniciativas para contribuir a la incorporación de este modelo. En un primer momento, se llevaron a cabo diagnósticos cuya realización encontraba barreras que se incrementaban, a medida que se intentaba implementar cambios en el muy arraigado funcionamiento tradicional. Estas dificultades hicieron que aparezcan otras figuras para reforzar el trabajo desde nivel central como la supervisión capacitante y los perfiles críticos, hasta la llegada de los equipos de apoyo a la microgestión (MG) en el 2013. Desde entonces, esta estrategia fue creciendo.

A continuación se desarrollan las distintas acciones que el equipo llevó a cabo en la red de salud seleccionada de Santiago del Estero:

Definición de la estrategia

El territorio de la red capital está compuesto por 25 unidades primarias de atención provinciales, 7 CAPS municipales, 2 puestos sanitarios, 4 hospitales y 2 laboratorios. La población de la misma es de 272.249 habitantes. Aproximadamente el 50% de esta, mayores de 6 años, tiene cobertura pública exclusiva. Cuenta con 50 médicos de familia, 32 clínicos,

¹ En Santiago del Estero comenzaron a implementarse diversas estrategias con el fin de cambiar el paradigma mencionado. La incorporación de Médicos de Familia y de Médicos Comunitarios amplió la visión de los problemas de salud de la comunidad y permitió conocer otros factores determinantes para estas enfermedades como son los psicosociales y socio sanitarios.

20 pediatras, 19 ginecólogos, 4 cardiólogos, 40 obstetras, 41 odontólogos, 13 psicólogos, 23 educadores sanitarios, 53 maestranzas, 105 administrativos, 155 enfermeros y 306 agentes sanitarios.

El equipo de apoyo a la MG se propuso como tarea principal, fortalecer las acciones tendientes a mejorar el Empadronamiento, la Clasificación y el Seguimiento, y calidad de atención, para lo cual se implementaron talleres y reuniones que abordaron el uso de las Guías de Práctica Clínica (GPC).

El objetivo formal consistió en cambiar el modelo de atención, aplicando el MAPEC a las personas con RCVG, complejizar la atención en los efectores y crear redes integradas de servicios de salud (RISS) para lograr una mayor accesibilidad a los distintos niveles.

Barreras encontradas para la instalación de las redes:

- Equipos del PNA con perfiles inadecuados, que respondían a la demanda de eventos agudos, con atención fragmentada, episódica, no programada.
- Desconocimiento del trabajo en red.
- Falta de registros de la atención.
- Falta de unificación de datos en base a los registros de los diferentes programas.
- Falta de informatización de registros.
- Falta de articulación entre el primer y segundo nivel.
- Dificultad para la accesibilidad al primer nivel debido a la falta de capacidad resolutive por parte del centro.

Para crear una red, desde la Unidad de Gestión Jurisdiccional, se proveyó de los insumos necesarios para estar interconectados (celulares con líneas corporativas, fax, computadoras, internet, etc.).

Existía un modelo de historia clínica única, pero al haber un modelo de atención centrada en solucionar la patología aguda, de demanda espontánea, había registros con muy poca información.

Se implementaron fichas de clasificación, seguimiento de personas con ECNT y se adjuntaron a todas las historias clínicas. Además se logró que todo el equipo registre allí sus acciones.

Ante la falta de articulación entre el primer y segundo nivel de atención, se realizaron reuniones con las distintas autoridades para preservar turnos protegidos.

La capacitación continua como una herramienta fundamental

Como parte de la estrategia de implementación de equipos de apoyo a la MG, se realizaron diferentes actividades de capacitación y acompañamiento en terreno, que se detallan a continuación:

- Charlas en las distintas UPAS de Capital y Banda sobre admisión, turnos programados, referencia-contrarreferencia, manejo de la persona con ECNT y trabajo en equipo.
- Auditorías de historias clínicas, clasificación y seguimientos en las UPAS.
- Atención a personas con ECNT en diferentes efectores con falta de personal médico.
- Reuniones para articulación de acciones en el PNA y de éste con el SNA, con los diferentes líderes formales e informales (coordinadores UPA y puestos sanitarios, dirección de APS, directores y médicos hospitalarios, etc.).

Actividades conjuntas

Se realizaron charlas informativas sobre la implementación de las GPC en hipertensión y diabetes, y talleres interactivos sobre RCVG realizados en UPA N° 12, con asistencia de 20 médicos.

Además, se desarrollaron encuentros sobre “Capacitación del equipo de salud para el manejo de las personas con ECNT”. Se llevaron a cabo 2 jornadas en el Ministerio de Salud: una de ellas destinada a efectores provinciales del área Capital, de la que participaron 52 personas, entre ellas 12 educadores en salud, 15 agentes sanitarios, 10 enfermeros y 15 administrativos. La otra, destinada a efectores municipales, de la que participaron 5 educadores en salud, 8 administrativos y 20 enfermeros. Los temas abordados fueron:

1. Nominalización: estrategias pasivas y activas. Ejemplo de nominalización pasiva: captación intramuros.
2. Confección de historias clínicas por parte del equipo de salud.
3. Fortalecimiento del equipo de salud.
4. Funciones de los integrantes del equipo de salud.
5. Uso de recordatorios: libreta sanitaria, importancia de la participación del usuario para la implementación de las GPC.
6. Talleres de replicación del MAPEC para médicos, enfermeros y agentes sanitarios.

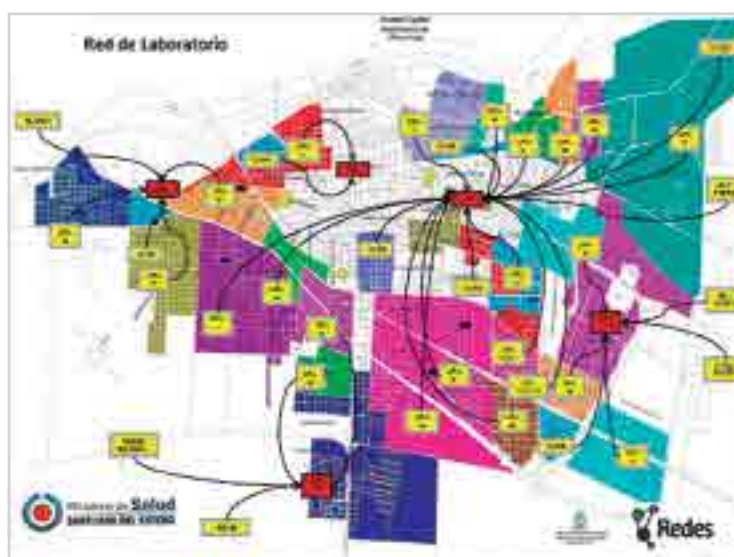
Programa de capacitación continua

El equipo de apoyo a la MG apoyó al Proyecto de Capacitación Continua del personal de salud del PNA para los años 2013-2014.

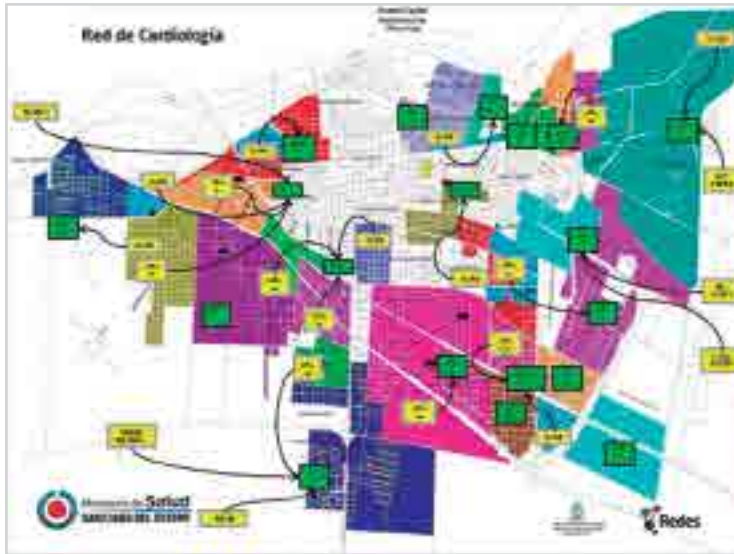
Profesión	Profesionales dentro de la Red	Frecuencia de la Capacitación	Capacitaciones al año	Total
Médicos	80	Bimestral	5	800
Enfermeros	155	Trimestral	4	1200
Agentes sanitarios	306	Trimestral	4	2400
Educadores sanitarios	23	Bimestral	4	180

Redes de servicios

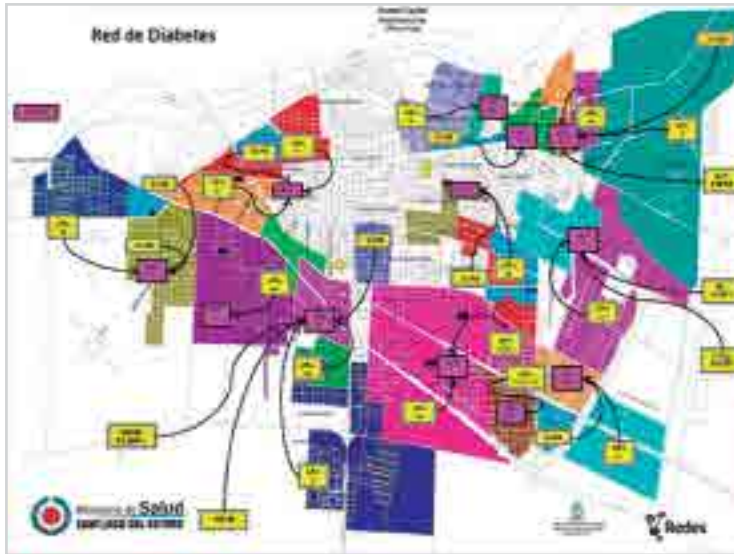
La estrategia de implementación de equipos de apoyo a la MG tuvo gran valor en el refuerzo de la Red de Laboratorio, ya formada; y participó en la elaboración de otras redes de atención para lograr una Red de Atención Única.



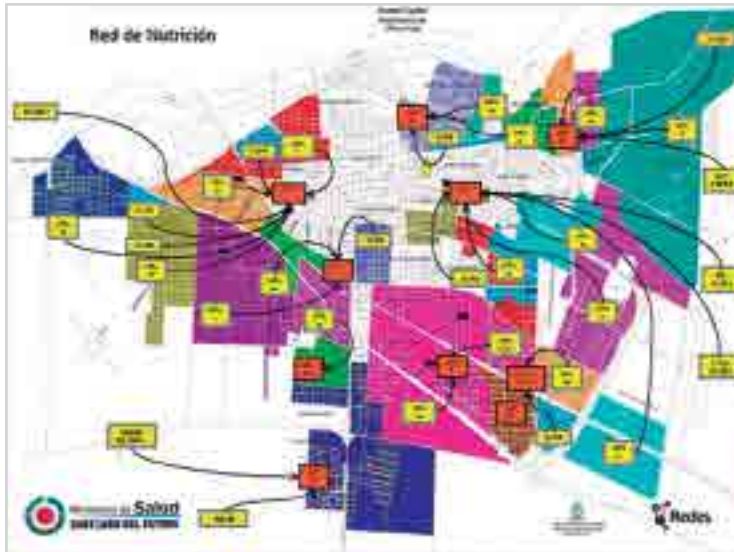
La **Red de Cardiología** proveyó de más de 30 electrocardiógrafos a los efectores y capacitó técnicamente a las UPA para su utilización. Con la colaboración del Ministerio de la Provincia, asignó a 11 especialistas en cardiología a los distintos efectores. Además, se realizaron 20 talleres de ECG para 15 médicos, 80 enfermeros y 60 agentes sanitarios.



La **Red de Diabetes**, desde el año 2014 y durante todo el 2015 realizó cursos de Insulinización oportuna en el PNA destinados a médicos y enfermeros. Para estas capacitaciones se articuló con el segundo nivel con el objetivo de realizar las prácticas en los servicios de diabetes de los hospitales Regional e Independencia.



La **Red de Nutrición**, brinda cobertura con nutricionistas del primer y segundo nivel, aunque los recursos humanos son escasos.

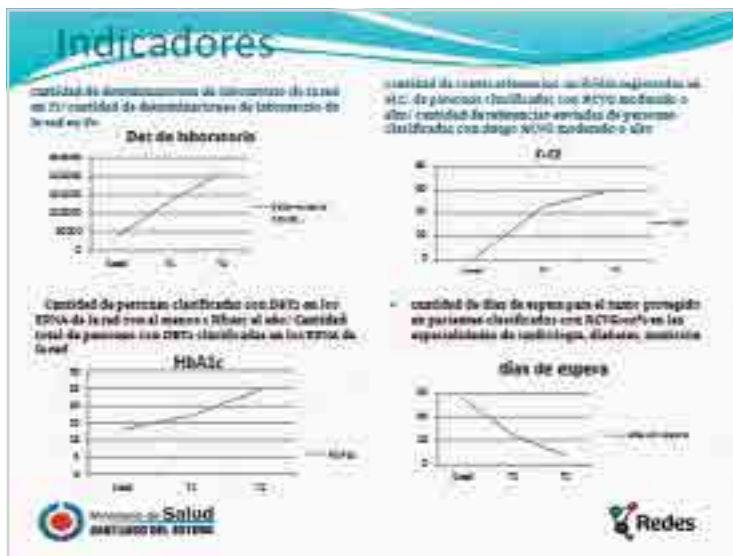


Medir la tarea de la MG

Cumpliendo con los requisitos propios de las redes de salud, la vigilancia de las mismas se hace a través de los Indicadores. Los propuestos son los siguientes:

1. Cantidad de turnos programados de adultos (mayores de 40 años)/ cantidad de personas adultas (mayores de 40 años).

2. Cantidad de personas con HTA y DMT2 clasificados en los efectores del PNA de la red con al menos 1 microalbuminuria al año/ cantidad total de personas con HTA y DMT2 clasificados en los efectores del PNA de la red.
3. Cantidad de personas clasificadas con DMT2 en los efectores del PNA de la red con al menos 1 HbA1c al año/ Cantidad total de personas con DMT2 clasificadas en los efectores del PNA de la red.
4. Cantidad de personas clasificados con HTA y DMT2 que presentan registro de TA y Peso en HC en cada consulta médica/ cantidad total de personas con HTA y DMT2 clasificados en los efectores del PNA de la red.
5. Cantidad de contrarreferencias recibidas registradas en HC de personas clasificadas con RCVG moderado o alto/ cantidad de referencias enviadas de personas clasificadas con riesgo RCVG moderado o alto.
6. Cantidad de turnos protegidos efectivamente utilizados/ cantidad total de turnos otorgados.
7. Cantidad de determinaciones de laboratorio de la red en T1/ cantidad de determinaciones de laboratorio de la red en T0.
8. Cantidad de personas seguidas con RCVG inicial moderado, alto o muy alto en los efectores del PNA/Cantidad total de personas clasificadas con RCVG inicial moderado, alto o muy alto en los efectores del PNA.
9. Cantidad de días de espera para el turno protegido en personas clasificadas con RCVG>10% en las especialidades de cardiología, diabetes, nutrición.
10. Cantidad de personas clasificadas con RCVG>30% con prescripción de aspirina registrada en HC/ cantidad total de personas clasificadas con RCVG>30%.



El trabajo del equipo de apoyo a la MG realizado hasta la fecha requirió de un gran esfuerzo para insertar el modelo de atención de ECNT, con los resultados reflejados en esta experiencia. Es nuestro deseo poder continuar con la tarea de afianzarlo y expandirlo, para disminuir la morbimortalidad de estas enfermedades, acompañando a un envejecimiento de nuestra población con mayor calidad de vida.



Articulación de acciones para configurar una estrategia

El equipo de apoyo a la MG de la Provincia de Tucumán inició sus actividades en marzo de 2012. El principal problema al que en una primera instancia se atendió fue la baja incorporación de adultos al Proyecto Provincial de **Redes**. Bajo el nombre de “Monitores en terreno”, programaron y llevaron a cabo un promedio de 2 a 3 visitas por año a los 64 efectores de salud alcanzados por **Redes 1**. Actualmente ese número asciende a 83 luego de la ampliación territorial y poblacional que supone **Redes 2**.

A continuación se describen las diferentes acciones que el equipo tucumano desarrolló como parte de su estrategia de intervención, las cuales configuran su experiencia de trabajo:

Las capacitaciones como uno de los ejes de la estrategia

Los miembros del equipo de apoyo a la MG desarrollaron capacitaciones en forma continua respecto de los temas inherentes al Proyecto de **Redes**, bajo la premisa de que la formación de los recursos humanos constituye una de las tareas fundamentales a llevar a cabo para fortalecer las redes de salud. Se trabajó con enfermedades crónicas, hábitos saludables, uso de Guías de Práctica Clínica (GPC), modelo MAPEC, gestión de redes, entre otros. Muchas temáticas fueron llevadas a cabo en distintos espacios, como reuniones y/o talleres de los que formaron parte asistentes sanitarios, enfermeros, odontólogos, bioquímicos, responsables de farmacia, médicos, etc.



Durante el 2015, en la mayor parte de las visitas se implementaron reuniones informales con la participación de los miembros del equipo, donde tuvo lugar un intercambio de experiencias, conocimientos, necesidades puntuales (insumos, equipamiento, conocimiento), obstáculos en la operatoria, todo lo cual permitió crear un vínculo más estrecho con el efector, lo que posibilitó el despliegue de otras actividades. Por otra parte, estas reuniones se aprovecharon para difundir y/o definir futuras capacitaciones, nuevas recomendaciones, material del proyecto, etc.



Curso de gestión de redes

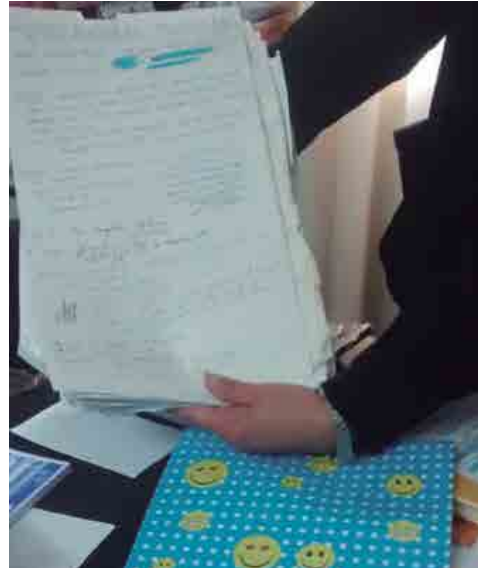
La organización al interior de los efectores

La presencia de los equipos de apoyo a la MG en los efectores de salud, interviene en su organización interna. A continuación se detallan algunas de las acciones que han tenido lugar desde el 2013 hasta el presente:

Historias Clínicas de Adultos

Una de las líneas sobre las cuales se trabajó en los centros de salud, fueron las Historias Clínicas (HC). Cuando el equipo de apoyo a la MG comenzó su labor, la mayoría de los efectores del PNA de la red no contaba con esta herramienta o había un registro informal de la atención de las personas en solo algunos de los servicios. De modo que se comenzó

a trabajar en ese sentido, hasta lograr el fortalecimiento en la utilización de la HC, lo cual es considerado como uno de los logros más importantes de la implementación de la estrategia. Actualmente la totalidad de ellos cuenta con registros de calidad, donde además pueden intervenir todos los miembros del equipo de salud. Se logró que el personal de enfermería, asistentes sanitarios, y responsables de farmacia puedan acceder a la HC, dando cuenta de sus intervenciones. Por ejemplo un asistente sanitario puede informar si se realizó la búsqueda activa y/o se dio un turno; o enfermería puede incluir los registros de signos vitales (tensión arterial, peso, talla y/o medición de glucotest, etc.). Con anterioridad a la intervención de los equipos de apoyo a la MG la entrega generalizada de medicamentos se realizaba sin una HC de respaldo (solo por pedido de la persona). Esto fue revertido, al lograr involucrar al personal que dispensa los medicamentos, quienes antes de entregarlos revisan en la HC el control de enfermería previo (si fuera tratamiento prolongado), y/o una receta prescrita por el médico tratante. Durante el primer año de gestión, esta actividad fue monitoreada con una planilla, y se logró una implementación del 90%.



Ejemplo de HC

Relevamiento y devolución de la información.

Cada visita marca una instancia en el proceso de atención. La información que es generada en las mismas, se registra en una planilla, en papel químico, y es el resultado de observaciones y entrevistas a los distintos miembros del equipo de salud. También genera recomendaciones y/o sugerencias, no tan solo a nivel local, sino para los otros niveles involucrados en la gestión. Esta información se devuelve en el mismo acto al servicio, quienes firman en conformidad a lo expresado. Se guarda en archivo en la UGJ y queda a disposición de las autoridades de la red.

Las planillas de entrevistas fueron evolucionando y modificándose de acuerdo a las necesidades de cada efector. A continuación se puede observar un ejemplo:

Tablero de Control

Los datos obtenidos durante la entrevista, son volcados a una planilla en formato excel, denominada Tablero de Control, caracterizada por sus colores (verde, rojo y amarillo), que brindan una información rápida y resumida del efector visitado, dado que los colores revelan su situación respecto a ciertos datos adquiridos.

El mismo es analizado por el equipo de la UGJ y de las conclusiones surgen las nuevas estrategias a seguir, priorizando los que reflejan color rojo o amarillo.

VISITAS REALIZADAS A LOS SERVICIOS POR EL EQUIPO DE MICROGESTION																						
APC/APE	HC	Historia Clínica										ASS		TP	Actividades de prom. y prev.	R/CR	Fechas Visitas 2015					
		Dx	P	IMC	TA	TBQ	RCVG	Exámenes Complementarios			Laboratorio						GPC	BA	Intervencion de HC	1º	2º	3º
								ECGF	OE	X.PieP	ropioR	onda	CT									
AREA OPERATIVA BANDA RIO SALU																						
POLICLINICA BANDA RIO SALU																						
POLICLINICA SANTA RITA																						
CAPS 17 DE OCTUBRE																						
CAPS EVA PERON																						
CAPS BARRIO BELGRANO																						
CAPS MONSIEUR DIAZ																						
CAPS PACARA																						
CIC JUAN B. TERAN																						
CAPS SAN ANDRES																						

Referencias:
 Registro y/o Datos Ausentes e Inconsistentes
 Registro y/o Datos Incompletos
 Registro y/o Datos Completos


Turnos programados – Fichero calendario

Se planteó la necesidad de contar con una demanda organizada debido al potencial aumento de la misma por captación activa de adultos a la consulta sin demoras. Así se comenzaron a implementar distintas formas adaptadas al servicio para su ejecución (agenda, cuaderno, fichero calendario) según elección.

Tomando como referencia el sistema empleado en el sector materno-infantil, surgió la idea de configurar un instrumento que permitiera organizar la consulta, creándose así una ficha calendario, la cual ya era manejada en forma fluida por el equipo de salud.

Dado que estas patologías requieren un seguimiento periódico, la ficha propuesta facilitó el ordenamiento de la consulta, la búsqueda activa, el retiro de medicación con tratamiento prolongando posterior a los controles de enfermería.

Redes
Programa Nacional de Redes de Salud

 **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

FICHA SEGUIMIENTO PACIENTE ADULTO (> 20 años)

Apellido y Nombre/s:												WCVG (Clasificación)																				
Fecha de Nacimiento:						DNI:						DART:																				
Domicilio:												HTA:																				
Edad:						Sexo:						Teleseguimiento:																				
												Osteodensitometría:																				
												Cefaleas:																				
												Otro:																				
CM: control médico				CE: control enfermería				VD: visita domiciliaria				FEAPS:																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Enero																																
Febrero																																
Marzo																																
Abril																																
Mayo																																
Junio																																
Julio																																
Agosto																																
Septiembre																																
Octubre																																
Noviembre																																
Diciembre																																

Acciones comunicacionales apoyar la MG

Se llevaron a cabo diferentes acciones comunicacionales que contribuyeron a desplegar la estrategia de apoyo a la MG.

Canasta prestacional

Con el objetivo de mejorar la calidad de atención en las personas y asegurar una respuesta adecuada a las necesidades de la población se pensó en la difusión de la Canasta prestacional del servicio y su policlínica de referencia y otros efectores del área. Ésta incluye información vinculada a la modalidad de atención, especialidades y horarios disponibles, etc.

Se elaboraron folletos y cartelería y se distribuyeron en distintos efectores del área de responsabilidad programática e influencia.



Difusión de recomendaciones impresas

Se distribuyó material con recomendaciones concretas y precisas destinadas tanto a profesionales como usuarios para que mejoren la calidad de seguimiento y el automanejo de las patologías (basadas en las GPC).



Utilización de redes sociales

A fin de apelar a todos los medios disponibles para la difusión de hábitos saludables y actividades realizadas a tal efecto, se creó una cuenta de *Facebook* y correo electrónico, logrando así una interacción y comunicación fluidas con los usuarios de las mismas.

Participación en eventos con la comunidad

El equipo de apoyo a la MG participa de manera activa con la comunidad brindando apoyo a través de la entrega de materiales de promoción y prevención.

Además interviene en la mayoría de los eventos organizados por diferentes sectores (Ministerios, Programas y Gobiernos locales).

También logró, a través de una comunicación fluida, que los efectores informen de su agenda de actividades.



Turnos laboratorio y rondas

El trabajo de relevamiento en terreno realizado en las visitas por el equipo de apoyo a la MG, permitió generar datos que justifiquen el aumento de la cobertura (más servicios y más turnos), la gestión de la periodicidad de las rondas, requerimientos de turnos especiales de laboratorio (por falta de accesibilidad) y plantear la creación de nuevos laboratorios que cubran el aumento de la demanda.

En base a las necesidades detectadas por el equipo se motivó la producción de un manual de procedimientos técnicos de la Toma de Muestra conjuntamente con la División Bioquímica del Ministerio.

Carga de datos

Para asegurar la incorporación de datos con calidad al sistema SIISA y disminuir las bajas por auditoría, el equipo de apoyo a la MG fue capacitado oportunamente, reforzando la tarea de los *data entry*.

Elaboración, confección y utilización de padrones

Como estrategia para aumentar el ingreso de personas con RCVG al Proyecto de **Redes**, se elaboran de manera cuatrimestral, padrones en formato excel en base a los datos ingresados al sistema SIISA para su posterior envío a los efectores. En los mismos se encuentran discriminadas las personas que fueron empadronadas y están en condiciones de ser clasificadas a fin de priorizar su búsqueda según RCVG. Del mismo modo existe un espacio para las personas clasificadas para su posterior seguimiento. Además, los padrones son entregados periódicamente al departamento de informática para ser importados en la base de datos de la red del Ministerio.

La evolución y el crecimiento en posibilidades de resolución de problemas, construcción de escenarios posibles, acercamiento a los EPNA desde la confianza y la capacitación permanente en servicio, han demostrado que la estrategia de implementación de equipos de apoyo a la MG ha sido una herramienta pertinente. Solo el trabajo en equipo, interactivo, con un *feed back* concreto (en documentos, informes, detección de necesidades, charlas con los integrantes de los equipos del PNA) logra el eficiente funcionamiento de una red sanitaria y acompaña en el territorio el cambio necesario de un modelo de atención a fin de cubrir las carencias sanitarias de las personas con ECNT.



Conclusiones

Tal como se desprende de lo visto anteriormente, las jurisdicciones apelaron a múltiples herramientas para lograr el objetivo de cambiar el modelo de atención. Esto implicó pasar desde lo reactivo, desarticulado, inaccesible y orientado a lo materno-infantil, (característica que marcó el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud los últimos treinta años, especialmente en el PNA), hacia lo proactivo, accesible y articulado en red, única forma de dar respuesta a la complejidad planteada por la atención de la persona adulta.

La búsqueda de personas mayores de 40 años, de sexo preferentemente masculino y con factores de riesgo, solo se logra haciendo un giro copernicano en el modelo de atención y saliendo activamente a su encuentro. Esto marca una profunda diferencia con los años anteriores, dado que la pasividad del sistema de atención de la salud estuvo presente como característica casi inamovible, con una gran resistencia al cambio. La salida a terreno, la intervención comunitaria, las estrategias de promoción y prevención insertadas en otros ámbitos que no sean los exclusivamente sanitarios (escuelas, clubes de deportes, ONG's, etc.) demostraron ser eficientes en todos los territorios provinciales. El acompañamiento permanente de los procesos de capacitación en servicio, la puesta en valor del trabajo en equipo, el trabajo sistemático recuperando roles, misiones y funciones y el estímulo permanente a cada nueva modalidad de intervención comienza a dar sus frutos.

Es sabido que lograr la ruptura de un paradigma e iniciar un camino hacia otro nos instala en un tiempo de "crisis inter-paradigmática" que moviliza estructuras, saberes y haceres.

En este sentido, la instalación en territorio de los equipos de apoyo a la MG ha demostrado ser una línea de intervención efectiva y eficiente, lo que motivó en muchas de las provincias la ampliación de los equipos y la profundización de la estrategia.