

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

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

*Avanzando en
la implementación
de la CUS.*

Documento técnico 1

AUTORIDADES

Presidencia de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretaría de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Luis Rubinstein

Unidad de Coordinación General

Dra. Analía López

Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud

Dr. Luis Alberto Giménez

Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias

Lic. Cintia Aldana Cejas

Elaboraron este documento: Lic. Cintia Aldana Cejas, Lic. Marcos Merello, Lic. Felipe García Scrimizzi (Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias).

RESUMEN EJECUTIVO

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

En Argentina, el acceso a los servicios de salud es universal y todos los habitantes tienen derecho a recibir una atención integral de salud de manera gratuita en el sistema público. Sin embargo, aún coexisten brechas en el acceso a servicios de diagnósticos y en los resultados sanitarios obtenidos según las jurisdicciones y los tipos de cobertura (pública, privada, seguridad social).

Por ello, en 2016 el Gobierno Nacional definió a la Cobertura Universal de Salud (CUS) como la política sustantiva para disminuir las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud, para que todas las personas tengan una atención homogénea que garantice estándares de calidad, independientemente de donde vivan o su condición socioeconómica. Así, comenzó el camino hacia la CUS a través de tres ejes de implementación: población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria; sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas y monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas.

El presente documento está destinado a definir conceptos básicos de la estrategia de Cobertura Universal de Salud, sus ejes de implementación en Argentina e identificar los aportes y la potencialidad de los Programas y Direcciones nacionales sustantivas que pertenecen a la Secretaría de Gobierno de Salud y que traccionan la estrategia, mediante asistencia técnica, herramientas y recursos.

ÍNDICE

6	1. ¿POR QUÉ AVANZAR HACIA LA CUS EN ARGENTINA?
8	2. ¿QUÉ ES LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?
9	3. ¿CUÁL ES EL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?
10	4. ¿CÓMO AVANZAMOS HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA?
10	Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria
12	Sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas
13	Monitoreo y evaluación de indicadores de calidad y metas acordadas entre Nación y Provincia para líneas de cuidado priorizadas
14	5. ¿CON QUÉ HERRAMIENTAS CUENTA LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CUS?
16	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1 ¿POR QUÉ AVANZAR HACIA LA CUS EN ARGENTINA?

En Argentina el acceso a la salud es un derecho universal. Es decir que todos los habitantes del país tienen acceso a la provisión pública (nacional, provincial, municipal), con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento de la seguridad social o del sub-sector privado (PNUD, 2011). Esto implica que el sub-sector público debe brindar atención gratuita a todas las personas en el punto de atención, independientemente de que cuenten con algún tipo de cobertura explícita formal (seguridad social o prepagas).

Las enfermedades no transmisibles representan más del 70% de la carga de la enfermedad, y la enfermedad cardiovascular representa alrededor de un tercio de las muertes por enfermedades crónicas en Argentina. Se trata de un país que casi ha completado las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales. Sin embargo, la mayoría de los recursos de salud de la nación todavía están dedicados a enfermedades transmisibles y a las condiciones de salud materno infantiles. En muchos aspectos, Argentina cuenta con un sistema de salud altamente desarrollado, particularmente por los estándares de los países de ingresos bajos y medios.

Comparado con otros países de la región, Argentina posee un robusto sistema de salud con buenos indicadores de performance. Sin embargo, los resultados están por detrás del potencial del país, considerando que es uno de los países con mayor gasto per cápita y

desarrollo humano de la región. En resumen, los principales problemas de salud en Argentina se relacionan con la equidad y la eficiencia (Rubinstein, et al; 2018).

El sector salud en Argentina se encuentra segmentado en tres subsectores: i) seguridad social, en el que se encuentra el 60% de la población, e incluye a las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP), y al Programa de Atención Médica Integrada (PAMI); ii) subsector privado, con un 5% de la población; iii) subsector público con un 35%.

En esta estructura segmentada, se identifica que los quintiles de menor ingreso, son los que poseen el mayor porcentaje de población con cobertura pública exclusiva. Esto significa que las personas de mayor vulnerabilidad acceden en su mayoría al sub-sector público, sin tener otra opción de cobertura.

A su vez se reconoce la existencia de superposiciones entre la población correspondiente a cada uno de los diferentes segmentos, que derivan en casos de “múltiple cobertura”, lo cual genera subsidios cruzados en el sistema de salud. Por ejemplo, la atención en el sub-sector público de personas con cobertura de obras sociales o prepagas, sin recupero de costos por parte del sub-sector público, impacta negativamente en la atención de las personas con cobertura pública exclusiva, que son las de mayor vulnerabilidad.

Por otro lado, el sub-sector público tiene una estructura descentralizada entre los niveles de gobierno nacional, provincial y municipal. Este elemento implica la existencia de significativas brechas de gasto, desarrollo y capacidades entre las jurisdicciones, que se traducen en acceso a los servicios de salud y resultados sanitarios heterogéneos. En este sentido,

1. Datos: Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Secretaría de Gobierno de Salud. <http://www.deis.ms.gov.ar/>

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

se identifican amplias brechas en resultados sanitarios¹ alcanzados por las jurisdicciones:

- **Tasa de Mortalidad Infantil** (2017) = Brecha Interprovincial **2,4**.
 - o Provincia con mayor TMI = 16 cada mil nacidos vivos
 - o Provincia con menor TMI = 6,8 cada mil nacidos vivos
- **Tasa de mortalidad por tumores de colon** (2017) = Brecha Interprovincial **4,9**.
 - o Provincia con mayor TM = 20,9
 - o Provincia con menor TM = 4,3
- **Tasa de mortalidad por tumores de cuello de útero** (2017) = Brecha Interprovincial **7,7**.
 - o Provincia con mayor TM = 12,2
 - o Provincia con menor TM = 1,6

El camino hacia la CUS implica **disminuir las brechas de inequidad**² en el acceso a los servicios de salud entre las jurisdicciones y entre los distintos tipos de cobertura, para que **todas las personas tengan una atención homogénea que garantice estándares de calidad, independientemente de donde vivan o su condición socioeconómica**.

En esta dirección, el Gobierno Nacional, a través de la Secretaría de Gobierno de Salud, estableció como una de sus políticas sustanciales a partir de 2016³, **avanzar en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS)**. De acuerdo con su marco normativo⁴, la CUS instruye a todos los Programas nacionales dependientes de la Secretaría de Gobierno de Salud a colaborar y coordinar su accionar con la implementación y el desarrollo de esta estrategia. Considerando estos aspectos, el presente documento tiene como objetivo plantear los ejes estratégicos para la implementación de la CUS e identificar los aportes y la potencialidad de los Programas SUMAR, REDES, y PROTEGER así como de las Direcciones Nacionales de Sistemas de Información y Salud Familiar y Comunitaria.

2. La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. El género, la etnia, la edad y la condición económica y social, son determinantes sociales específicos que impactan de forma positiva o negativa a la inequidad en salud.

3. La implementación de la CUS es una de las 100 iniciativas prioritarias del gobierno nacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

4. Resolución Ministerial N°475/16. Se instruye a todos los programas nacionales del MSAL a coordinar su accionar con la implementación de la CUS.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/261130/norma.htm>

• Decreto N°908/16 PEN. Se establece un destino excepcional del Fondo Solidario de Distribución y crea un fideicomiso; y define la Estrategia CUS.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm>

• Resolución Ministerial N° 840/17. Constituye el Fideicomiso creado por Decreto 908/17.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/276747/norma.htm>

• Resolución Ministerial N° 1552/17. Aprueba el Reglamento Operativo de la Unidad Ejecutora del Fideicomiso antes mencionado.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/279964/norma.htm>

• Resolución Ministerial N° 1013/18. Aprueba el Convenio Marco de Adhesión a la Cobertura Universal de Salud.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=310893>

• Resolución Secretarial N° 189/18. Aprueba la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/315832/norma.htm>

• Resolución Secretarial N° 32/2019. Aprueba la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318730/norma.htm>

2 ¿QUÉ ES LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

Bajo la concepción de que la salud es un derecho humano fundamental, y la equidad es un aspecto primordial para hacerlo efectivo, la CUS implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, así como a medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin que los usuarios se expongan a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (OMS, 2014).

La CUS consiste en asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, con adecuado acceso y calidad y sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos (OMS, 2018).

A su vez, es importante distinguir entre el concepto de acceso y cobertura:

El **acceso** a la salud es la capacidad de utilizar los servicios de salud sin que existan barreras administrativas, organizacionales, geográficas, financieras, culturales o de género. De acuerdo con la OMS, el acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa (OMS, 2014).

La **cobertura de salud** se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La **cobertura universal de salud** implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población (OMS, 2014).

El concepto de cobertura trasciende el de acceso, en tanto implica la continuidad de la atención, integralidad, coordinación de cuidados, con efectividad,

¿Qué NO es la CUS?	La CUS es:
La privatización de la salud pública	La optimización de la salud pública gratuita para brindar mejores servicios con equidad
El retiro del Estado	Mayor rectoría y gobernanza del Estado para garantizar la salud
Una disminución de los derechos de salud de las personas	La efectivización de los derechos y la legitimación social de las prestaciones porque explicita los servicios: quién los brinda y cómo deben brindarse
La entrega de carnet o credencial	Acceso con el DNI de todos los ciudadanos y residentes de nuestro país
Una “salud para ricos” y una “salud para pobres”	Es una salud oportuna y de calidad para todos , independientemente de la capacidad de pago, su lugar de residencia y su cobertura sanitaria
Reducción o limitación de servicios	Es ampliación de servicios a través de una atención integral y coordinada por un equipo de salud, de la misma calidad en todo el país
Servicios de salud reactivos y curativos	Es prevención, promoción y mayor atención primaria de la salud con servicios proactivos
Sacar un turno en la madrugada en el hospital	Es tener una derivación del equipo de salud del CAPS más cercano con turnos protegidos, y una Historia Clínica Electrónica para los cuidados continuos
Financiamiento exclusivamente con fondos nacionales	Se financia con el aporte de los tres niveles de gobierno , con la responsabilidad final de acortar las brechas de inequidad

5. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>

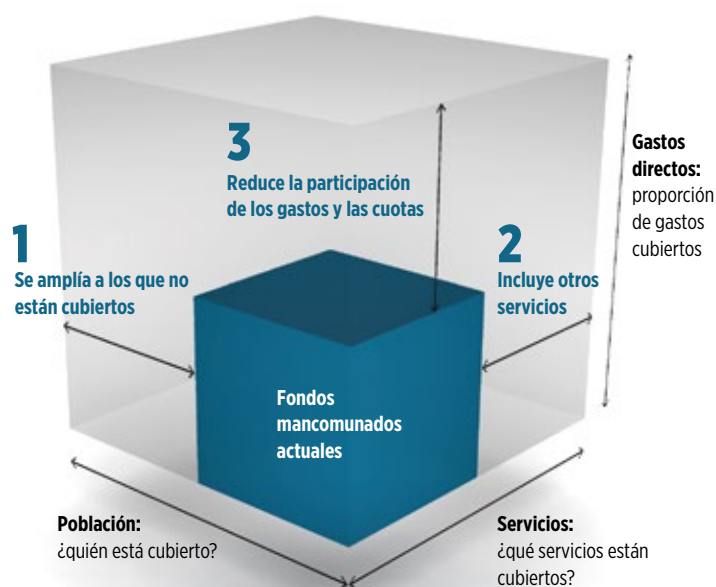
equidad y calidad. De eso se trata la **cobertura efectiva** a la que hace referencia el concepto de CUS, diferenciándose del acceso episódico a los servicios de salud.

3 ¿CUÁL ES EL CAMINO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, una estrategia integral para avanzar hacia la CUS, implica trabajar en 4 ejes⁵:

- 1) **Ampliar el acceso equitativo** a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- 2) **Fortalecer la rectoría** y la gobernanza.
- 3) **Mejorar el financiamiento**, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- 4) **Fortalecer la coordinación** multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

El siguiente cubo, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), grafica y sintetiza los ejes de trabajo en que los sistemas de salud deberían avanzar para hacer efectiva la CUS. El cubo azul refleja los recursos financieros disponibles para lograr la CUS, mientras que el total del volumen del cubo sería el ideal. Si con los recursos disponibles se lograra alcanzar todo el cubo, significaría que se garantiza una **Cobertura Universal Efectiva**.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010.

- 1) **Cobertura a toda la población** que implica ampliar la cobertura efectiva a quienes hoy no cuentan con una cobertura explícita garantizada. En una primera instancia requiere identificar la población objetivo del sector público, conocerla, estratificarla según riesgos y características, y asignarla a equipos de salud responsables de la salud de su población con una mirada integral, intersectorial y de acuerdo con estándares de calidad.
- 2) **Espectro completo de servicios** de salud de calidad de acuerdo a la necesidad de la población. Implica incorporar y explicitar servicios, estableciendo estándares de atención, guías de práctica clínica que disminuyan la variabilidad de la atención y el monitoreo de indicadores.
- 3) **Protección financiera** para evitar los pagos directos de los servicios (gasto de bolsillo). Implica, entre otros aspectos, mejorar la oportunidad y calidad

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

de la atención en el subsector público para que las personas con mayor vulnerabilidad no tengan que recurrir a la atención privada, cuando el sector público podría dar una respuesta. Los pagos de bolsillo constituyen la forma más regresiva en el financiamiento de la salud y tienen una relación directa con el empobrecimiento de las personas. Tanto el nivel de cobertura de los servicios de salud como el grado de protección financiera son aspectos que deben ser tenidos en cuenta para acceder a una visión completa acerca de quiénes utilizan los servicios de salud que necesitan y las consecuencias financieras que tiene esa utilización.

En síntesis, se pretende avanzar hacia un sistema de salud integrado, en donde no existan diferencias en la atención brindada por los distintos subsectores y todas las personas reciban los mismos beneficios sanitarios, sin que estos dependan de sus ingresos, ubicación en el mercado laboral, género o cualquier otra característica que sea diferente a las necesidades de atención.

4 ¿CÓMO AVANZAMOS HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA?

La Secretaría de Gobierno de Salud, junto con las jurisdicciones, comenzó el camino hacia la CUS a través de los siguientes ejes estratégicos:

POBLACIÓN A CARGO DE EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Este eje implica la implementación de una **Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC)** como estrategia territorial prioritaria.

La ESFyC se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Se desarrolla a través del ejercicio de prácticas sanitarias y de gestión participativas, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios, poblaciones en contexto de encierro, poblaciones de comunidades indígenas y otras etnicidades, a través de las cuales asumen la responsabilidad sanitaria, considerando el dinamismo existente en el territorio donde viven dichas poblaciones.

Para su implementación, la estrategia utiliza tecnologías y saberes que deben resolver los problemas de salud de mayor prevalencia e importancia en el territorio y brinda primer contacto, accesibilidad, integralidad, continuidad, longitudinalidad y coordinación de cuidados a una población definida a cargo de un equipo de salud que promueva la participación activa de la comunidad. Se trata de un proceso de cuidado centrado en la persona y sus necesidades, fomentando el desarrollo de sus saberes y capacidades con el propósito de generar mayor autonomía en el cuidado de su salud y toma de decisiones respecto al automanejo de su enfermedad.

En esta dirección, los equipos de Salud Familiar y Comunitaria se conforman por Equipos Nucleares (EN)

6. Ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud.

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

compuestos por: un/a médico/a (idealmente médico/a de familia o médico/a general), enfermero/a y agentes sanitarios/as; Equipos Ampliados (EA) formados por otras disciplinas como Odontólogo/a, Nutricionista, Obstetra, Kinesiólogo/a, entre otras. Los mismos deben trabajar de manera integrada y articulada con los EN ampliando el alcance de las acciones en el primer nivel de atención (PNA). Por último, los Equipos de Apoyo Psicosocial (EAPS) trabajan con apoyo matricial en el PNA para el abordaje de problemáticas complejas que exceden los niveles resolutivos de los EN y EA.

Dichos equipos podrán ser conformados a la medida de las jurisdicciones, contando con el apoyo de la Nación para la formación, reorientación y motivación de los recursos humanos en salud que integren los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

La asignación de población a cargo de equipos de salud consta de dos dimensiones: 1) implica la asignación de la población a cada establecimiento de salud mediante la **definición de áreas de responsabilidad**⁶; 2) luego, al interior de cada efector, se asigna el cuidado de cada persona entre los integrantes del equipo de salud, mediante el proceso de **panelización**.

La panelización implica la evaluación de la oferta y demanda de prácticas con el objetivo de determinar el tamaño correcto del panel a ser asignado al equipo de salud. Asimismo, la asignación de población en paneles puede ser actualizada regularmente en una base de datos con el fin de asegurar que todos ellos mantengan el tamaño apropiado para cada equipo de salud y que éste tenga la capacidad para continuar con el cuidado de las personas. En paralelo, existe la posibilidad de realizar un proceso de “re-panelización” de pacientes cuando los equipos de salud cambian su horario de atención o dejan de ocupar sus lugares de trabajo.

La panelización de la población también permite proveer información específica a los equipos de salud (registros) para acortar brechas y rastrear pacientes. Existen dos tipos de panelización: la panelización geográfica y la panelización voluntaria. En el primer caso, el proceso asigna población de acuerdo a la ubicación geográfica del individuo utilizando demarcaciones geográficas preexistentes. En el segundo caso, el individuo tiene la posibilidad de elegir el panel y el equipo de salud asignado al mismo. Sin embargo, este último caso puede afectar negativamente la continuidad de los cuidados debido a la movilidad de pacientes entre distintos paneles (Bitton, 2017).

Esto implica desarrollar procesos, herramientas y formas de organización que permitan **identificar unívocamente a cada persona, conocer sus características y su riesgo** para adaptar los servicios a sus necesidades. Asimismo también requiere contar con equipos de salud con para brindar respuestas adecuadas.

Por su parte, la **georreferenciación** de la población consiste en asignar a las personas una ubicación espacial (usualmente a sus domicilios) en función de un sistema de coordenadas y a través de un procesamiento informático que asocia a los individuos con las áreas programáticas de responsabilidad de los establecimientos. Esta herramienta contribuye al seguimiento de la salud de las personas, a identificar patrones de distribución espacial de factores de riesgo, construir mapas con indicadores que permitan un seguimiento a nivel local. También permite la evaluación de impacto en las intervenciones en salud, la vigilancia y monitoreo en salud pública.

A su vez, gracias a la **nominalización** de la población, que consiste en la identificación unívoca de cada persona, como ya se hizo referencia, se facilita el abordaje comunitario. **En los sistemas de salud en los cuales los equipos de salud tienen a su cargo una población**

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

definida las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como el reconocimiento y manejo sistematizado de los problemas de su población, son mucho más eficientes.

Por ello, la Secretaría de Gobierno de Salud propone colaborar con las jurisdicciones en el desarrollo e implementación de procesos y herramientas que favorezcan los procesos de nominalización, georreferenciación, y asignación de población a Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN INTEROPERABLES Y APLICACIONES INFORMÁTICAS

Constituye otro eje fundamental hacia la CUS, el desarrollo o fortalecimiento de los sistemas de información. Esto implica trabajar en pos de definir indicadores reportables para el monitoreo y evaluación del proceso de atención y estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes, contando con reportes periódicos. Contar con una **historia clínica electrónica constituye la plataforma para mejorar la continuidad de los cuidados de las personas en los diferentes niveles de complejidad del sistema de atención.**

Actualmente las historias clínicas están fragmentadas por instituciones, jurisdicciones o niveles de atención, incluso en provincias que han implementado historia clínica electrónica en el sistema público, éstas no suelen integrarse con el nivel privado o de obras sociales. Contar con registros nominalizados, longitudinales y únicos que construyan una historia clínica única nacional, que incluya la historia de tratamientos, prestaciones, prescripciones, alergias, antecedentes clínicos de cada individuo, es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de la atención médica.

La toma de decisiones de los profesionales en el punto de atención se basa en la información clínica disponible y la fragmentación de la misma dificulta esta tarea. Contar con un sistema de información integrado posibilita el acceso a información actualizada y completa, así como también a disponer de sistemas de soporte a la toma de decisiones que previenen errores y omisiones, presentado como alertas por alergias, interacciones medicamentosas, prácticas preventivas pendientes, etc.

Desde la perspectiva de las políticas sanitarias, resulta clave facilitar una detección precisa de necesidades de la población, con registros nominalizados y georreferenciados, facilitando la planificación de los servicios de salud y el seguimiento de los indicadores priorizados de la CUS. Asimismo, es importante contar con información para evaluar el impacto de políticas implementadas.

Finalmente, los procesos de carga se simplifican, se elimina la doble carga existente (primero en la atención y luego el dato se duplica manualmente para facturación y estadísticas), redundando en una mejora de la calidad del dato, dado que la información cargada por el profesional en forma primaria tiene mejoras cualitativas, llega más temprano y permite reutilizar el esfuerzo administrativo para otras tareas. Asimismo, contar con un sistema de facturación electrónica online para reporte y recupero de prestaciones a beneficiarios de la seguridad social o de seguros privados constituye una gran herramienta para la gestión de los recursos en el sistema público.

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud la propuesta consiste en lograr que el sistema de salud cuente con tecnologías que permitan registrar información en forma primaria durante el contacto con el paciente,

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

en sistemas interoperables que permitan compartir la información entre niveles de atención y jurisdicciones, construyendo para cada paciente una historia clínica nacional, longitudinal y completa, de utilidad clínica, estadística y de gestión.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD Y METAS ACORDADAS ENTRE NACIÓN Y PROVINCIA PARA LÍNEAS DE CUIDADO PRIORIZADAS

Complementando los ejes estratégicos anteriores, el camino hacia la CUS requiere trabajar en la calidad de los servicios de salud. En este sentido, la Secretaría de Gobierno de Salud propone colaborar con las jurisdicciones en el análisis acerca de qué servicios se están brindando, con qué oportunidad y calidad, y si se adecuan a las necesidades de la población. También propone colaborar en la organización de los servicios de salud en red por niveles de complejidad creciente.

Llevar a cabo ambos procesos requiere explicitar los servicios que se brindan en cada una de las instituciones, desarrollar herramientas que faciliten el acceso (por ejemplo, turnos programados y protegidos) y establecer circuitos o recorridos por los cuales las personas deben transitar el sistema de salud, así como difundirlos a la población.

Una de las estrategias para alcanzar la cobertura explícita y reducir las brechas de inequidad intra e interjurisdiccionales consiste en **definir líneas de cuidado prioritarias**, entendidas como el conjunto de cuidados de calidad, continuos e integrales, ya sea en condición de

salud o enfermedad, realizando un recorrido a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y sus complicaciones.

Para ser utilizadas en su máximo potencial requieren contar con una **red de servicios de salud**, en las que se articulen acciones sanitarias, un sistema de información prestacional y la implementación de guías de práctica clínica.

El modelo de líneas de cuidado, facilita el ordenamiento del sistema de salud, mejorando la sinergia institucional, facilitando la oportunidad de atención, reduciendo el costo del tratamiento, minimizando los errores en la toma de decisión clínica y logrando un buen nivel de satisfacción de la población atendida.

En este sentido, resulta clave la identificación de la población con riesgo asociado a cada línea de cuidado, la explicitación de los servicios, la utilización de guías de práctica clínica y el monitoreo de indicadores de utilización, procesos de atención y resultado sanitario, estableciendo metas y la asignación de recursos específicos. La construcción de líneas de cuidado implica además estandarizar todo el proceso de atención a fin de reducir la variabilidad de la práctica médica, desde la promoción hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Algunos ejemplos de líneas de cuidado que se proponen priorizar son: atención de la embarazada y el niño, cuidado de cánceres prevalentes (mama, cérvicouterino y colon), identificación y seguimiento de personas adultas con diabetes, hipertensión arterial o alto riesgo cardiovascular.

7. Resolución 1013/ 2018 - Convenio marco de adhesión a la Cobertura Universal de Salud.

5 ¿CON QUÉ HERRAMIENTAS CUENTA LA SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CUS?

En 2018 se invitó a las jurisdicciones a adherir a la estrategia de implementación de la Cobertura Universal en Salud a través de la firma de Convenios Marco⁷. Previamente la Secretaría de Gobierno de Salud organizó su estructura para dar respuesta a los ejes allí planteados.

En este camino, todas las Direcciones y Programas contribuyen a la implementación de la estrategia. En especial, la Direcciones Nacionales de Sistemas de Información en Salud; de Salud Familiar y Comunitaria; de Maternidad e Infancia y Adolescencia, de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, de Medicamentos y demás Programas con financiamiento nacional e internacional. Para ello, aportan asistencia técnica, herramientas y recursos:

- Herramientas para la nominalización de la población y asignación de población a equipos de salud responsables de su cuidado. Incluye estrategias para la conformación de equipos de salud familiar y comunitaria, su formación y reorientación; sistemas de información para búsqueda activa de pacientes, rondas sanitarias y georreferenciación **(Eje Poblacional)**.
- Explicitación de servicios; implementación de líneas de cuidado; desarrollo de sistemas de información interoperables para reporte de prestaciones y análisis; gestión por resultado en indicadores seleccio-

La visión y los recursos para avanzar hacia la CUS han sido desarrollados y la CUS ya está sucediendo en Argentina. Estas direcciones y programas han debido coordinar sus acciones en el marco de una estrategia orientada a desarrollar un subsector público más inclusivo y de calidad, en un trabajo mancomunado nación-provincias.

nados relacionados con los cuidados oportunos y de calidad **(Eje Prestacional)**.

- Acceso a insumos y equipamiento que se proveen centralizadamente o mediante transferencias monetarias a las jurisdicciones. Asimismo, se promoverá el fortalecimiento del sistema de recupero de los efectores públicos, especialmente los del primer nivel de atención **(Eje de protección financiera)**.

La Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud representa un instrumento clave para la implementación de la CUS en la Argentina. En este sentido, la DNSIS trabaja en el despliegue de la **Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024**⁸ la cual define una serie de actividades que contribuyen a la construcción de la infraestructura necesaria con el objeto de contar con sistemas de información en salud interoperables en la Argentina.

Para mayor información visite:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/cus>

8. Resolución 189/2018. Aprueba la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024. Resolución Secretarial N° 21/2019. Aprueba el Plan Nacional de Telesalud.

AVANZANDO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA

Esta estrategia se materializa en dos fases: una primera fase que consiste en definir los fundamentos técnicos, regulatorios y políticos de la Estrategia, con participación de la comunidad de expertos y de las jurisdicciones, y una segunda fase focalizada en la extensión de la cobertura de las herramientas de Salud Digital y la profundización de las funciones de los Sistemas de Información.

Por otra parte, la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria se encarga de la implementación de la **Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria**⁹ la cual se compone de un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan el cuidado integral, la promoción, la protección, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la salud. Uno de los instrumentos operativos de esta estrategia es el Programa de Salud Familiar y Comunitaria cuyo objetivo consiste en favorecer la conformación de equipos de salud familiar y comunitaria con población nominal a cargo y georreferenciada, mediante becas de capacitación.

9. Resolución Secretarial N° 32/2019. Aprueba la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Secretaria de Gobierno de Salud (2019). *Estadísticas vitales 2017*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>
- OMS/OPS (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53° CONSEJO DIRECTIVO. 66° SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Washington, D.C., EUA. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/UHC-consultas-CD53-Spanish-2014.pdf>
- OMS (2010). The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf
- Rubinstein, A; Zerbino, M.Clara; Cejas, Cintia & López, Analía (2018). *Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform, Health Systems & Reform*, DOI: 10.1080/23288604.2018.1477537. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2018.1477537>
- Saksena; et.al (2014). *Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges*. Volume 11, Issue 9, Medicine. www.plosmedicine.org.
- Bitton, Asaf (2017). *Empanelment, Risk Stratification, Care Management, and Referrals*. Ariadne Labs, Harvard Medical School, Harvard T.H. Chan School of Public Health.