

Monitoreo de
procesos de redes
integradas de
servicios de salud:
**resultados del
relevamiento
de medio término**

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Ángel Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Equidad en Salud

Dr. Víctor Urbani

Subsecretaría de Articulación Federal

Dra. Verónica Paola De Cristóforo

Directora Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales

Mg. Carolina Casullo

Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Christian Hertlein

Coordinador del Programa Redes de Salud

Dr. Santiago Cirio

Este documento fue elaborado por el equipo técnico de planificación y monitoreo del Programa Redes de Salud: Mg. Mariana Rolla, Lic. Paula Piccoli, Lic. Marcela Juez, Dra. Norma Farías, Lic. Karen Roberts.

Redes de Salud | [Argentina.gob.ar](https://argentina.gob.ar)

Contenido

Introducción

1. Aspectos generales del relevamiento

2. Población a cargo y accesibilidad

2.1. Situación de los EPNA respecto a la población a cargo

2.2. Área de responsabilidad

2.3. Instrumentos de registro clínico

2.4. Efectores con sistema de turnos programados

2.5 Otros aspectos vinculados a la accesibilidad

3. Continuidad en el proceso de atención

3.1. Servicios coordinados entre efectores del PNA y el SNA

3.2 Acceso a prácticas descentralizadas en el PNA

3.3. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

3.4 Abordaje integral de personas con DBT e HTA

3.5. Recursos de comunicación que inciden en la capacidad resolutive del PNA

Consideraciones finales

Bibliografía

Introducción

En el marco de la política sanitaria definida por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), la Subsecretaría de Articulación Federal (SSAF) y la Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) gestionan y coordinan el entramado de las estrategias de los programas Proteger, Redes de Salud y Sumar a través de una visión integradora de su implementación en las jurisdicciones.

La DNFSP tiene entre sus objetivos el de coordinar acciones para garantizar los resultados sanitarios propuestos, la recomposición de los ecosistemas provinciales post pandemia y la rendición de cuentas. Asimismo, se propone aportar desde los programas Proteger, Redes de Salud y Sumar las estrategias, herramientas y recursos para que los equipos jurisdiccionales tomen las mejores decisiones y garanticen a la población el acceso oportuno, equitativo y de calidad al sistema de salud.

Redes de Salud es un programa de alcance nacional que nació en 2009 con el objetivo de consolidar la atención sanitaria a través del trabajo en red, la integración y la coordinación de los establecimientos y equipos de salud de todas las provincias argentinas. Considerando a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) como eje estructurante de la organización del sistema de salud público argentino, sus acciones se dirigen a mejorar la accesibilidad de la población más vulnerable del país a los servicios de salud y garantizar la continuidad del proceso de atención.

En este sentido, el objetivo de Redes de Salud es contribuir a que las jurisdicciones fortalezcan, desarrollen y consoliden redes formales de servicios y cuidados sanitarios, considerando a los tres niveles de complejidad del subsector público de salud, tendiendo a garantizar la integralidad y la continuidad de la atención a poblaciones con cobertura pública exclusiva. Esto incluye también la mitigación de los efectos producidos durante la pandemia y el apoyo para un abordaje integral de las personas con COVID-19 agudo y post-agudo.

En consonancia con la estrategia nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles que lleva adelante la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DINAIENT), el Programa promueve intervenciones para la prevención, promoción y atención de las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes (DBT), la Hipertensión Arterial (HTA) y las cardiovasculares, que son la principal causa de morbimortalidad en el país y en el mundo. En esa línea, refuerza la necesidad de una reorganización y readecuación de los servicios de salud para brindar respuestas más integrales y equitativas a la población.

Para ello, financia Proyectos Jurisdiccionales de Inversión (PJI) orientados al fortalecimiento de redes, que responden a problemas priorizados respetando las características y prácticas locales, y cuyo propósito es avanzar hacia una atención integral, integrada y continua de las personas que utilizan los servicios públicos de salud.

El programa Redes de Salud adopta como marco teórico-conceptual la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como «una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve» (OPS, 2010:9).

Las RISS se encuentran entre las principales expresiones operativas de la EAPS, contribuyendo a concretar varios de sus elementos esenciales: cobertura y acceso universal; primer contacto con el sistema de salud; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptima de los servicios; y orientación a la acción intersectorial, entre otros. Asimismo, las RISS tienen una serie de atributos esenciales para hacer efectivo el derecho a la salud a través de acciones centradas en las comunidades y personas, dando garantía de acceso, oportunidad, continuidad de cuidados y calidad de los servicios.

Este documento presenta los resultados del **segundo relevamiento de monitoreo de RISS en el Primer Nivel de Atención (PNA)**, que se implementó con el objetivo de fortalecer la estrategia de monitoreo y evaluación de los proyectos jurisdiccionales de redes, considerando las distintas fases del Programa. El relevamiento fue diseñado para fortalecer los PJI, tanto en la etapa diagnóstica como en el seguimiento y la evaluación de su desempeño. Contar con un instrumento que permite la sistematización y homogeneización de la información es indispensable para evaluar de forma continua las acciones sanitarias que se llevan a cabo en el territorio, ya que permite identificar resultados parciales y reorientar actividades para alcanzar el objetivo de un modelo de atención integral y de calidad.

En este sentido, el relevamiento surgió con el objetivo de recabar de forma sistematizada, estandarizada y periódica la información referida a los principales procesos de red impulsados por el Programa. A través del mismo, se abordan aspectos vinculados con la oferta de servicios, a la articulación entre diferentes niveles de atención, y el abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Su primera implementación se llevó a cabo entre junio de 2018 y mayo de 2019 en 3.072 efectores del PNA para la elaboración de los diagnósticos y PJI. El segundo relevamiento se realizó con motivo de la evaluación de medio término de los proyectos jurisdiccionales, entre febrero y agosto de 2020, en

un contexto complejo debido a la emergencia sanitaria por COVID-19. A pesar de ello, gracias a un fuerte compromiso por parte de los equipos jurisdiccionales y del nivel nacional, se logró contar con información de 3.012 efectores del PNA de todo el país; es decir, que el alcance fue superior al 83% del total de efectores incluidos en Redes 3.

Los distintos capítulos presentan los principales resultados del año 2020 a nivel país, una comparación con los datos del relevamiento de diagnóstico anterior, y un análisis de los desempeños por región geográfica en los temas más relevantes. Para ello, se estructura la información en dos ejes:

- **1. Población a cargo y accesibilidad**
- **2. Continuidad en el proceso de atención**

En primer lugar, se presenta un breve apartado con las características generales del cuestionario, su proceso de implementación y aspectos metodológicos principales. En el capítulo referido a la dimensión de población a cargo y accesibilidad se incluye un análisis de las herramientas y procesos de los efectores para conocer a su población a cargo y definir su área de responsabilidad, los instrumentos de registro clínico utilizados, la estrategia de turnos programados y aspectos vinculados a la accesibilidad como la inclusión de la perspectiva de género y el abordaje multicultural.

En tanto, el capítulo orientado a la continuidad en el proceso de atención aborda los principales hallazgos respecto de la coordinación entre niveles de atención, como turnos protegidos y proceso de R-CR, disponibilidad de prácticas descentralizadas (ecografía, electrocardiograma y análisis de laboratorio) y acciones de promoción de la salud.

A continuación, se plantean los principales aspectos relacionados con el abordaje integral de personas con DBT e HTA, que fueron agregados específicamente en el segundo relevamiento y, por lo tanto, no pueden compararse con los resultados en el marco del diagnóstico.

Finalmente, se abordan las principales lecciones aprendidas y las conclusiones del análisis, con la expectativa de que la información contenida en este documento sea de utilidad para quienes se desempeñan en los distintos ámbitos y niveles de la gestión en salud, tanto locales, como provinciales y nacionales.

1. Aspectos generales del relevamiento

El cuestionario de monitoreo de procesos de RISS está conformado por cien preguntas distribuidas en los siguientes apartados:

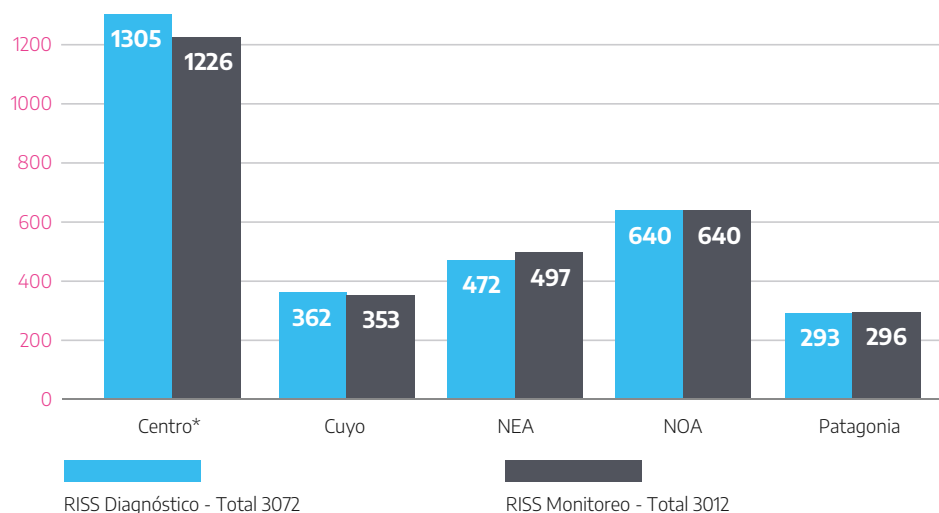
- 1. Datos del efector.**
- 2. Población y territorio a cargo:** definición de área de responsabilidad, conocimiento de población a cargo, fuentes de información, rondas sanitarias.
- 3. PNA:** puerta de entrada y capacidad resolutive: tipo y formato de registro clínico, disponibilidad de turnos programados, modalidad de solicitud de turnos y registro, recordatorios, medición de inasistencias, consultas totales y programadas por especialidad.
- 4. Oferta de servicios coordinada e integrada:** disponibilidad de turnos protegidos en el segundo y tercer nivel de atención en especialidades priorizadas para la atención de ECNT, modalidad del circuito de R-CR y tipo de registro; protocolos de atención, recursos humanos, equipamiento médico y medicamentos para la atención de ECNT en los centros de salud, acceso oportuno a prácticas.
- 5. Atención especializada, preferentemente extrahospitalaria:** capacidad técnica y operativa o circuitos para estudios de laboratorio, electrocardiogramas y ecografías.
- 6. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad:** actividades de prevención y promoción de la salud en articulación con el segundo nivel de atención, perspectiva de género y enfoque intercultural.
- 7. Telefonía y conectividad.**

La implementación se realizó en dos modalidades. Algunas jurisdicciones realizaron el relevamiento en forma presencial en cada centro de salud y luego cargaron los datos en una plataforma digital (<https://indicadores.msal.gov.ar>); otras enviaron a los responsables de los efectores un link para que pudieran completar las respuestas directamente en la plataforma, debido a las dificultades para realizar el trabajo en terreno durante la pandemia. En todos los casos, los equipos centrales de las jurisdicciones realizaron una revisión de los datos cargados para subsanar errores o completar información faltante.

Una vez finalizada la carga de datos, cada jurisdicción accedió a la base de datos completa para poder gestionar la información y recibió de parte de la UEC un reporte comparativo de resultados con el relevamiento anterior para la elaboración del informe de medio término y las tablas con el procesamiento completo del relevamiento 2020. Además, el área de monitoreo de la UEC pone a disposición de cada jurisdicción herramientas de visualización de datos (Power BI) con mapas de red y sus resultados organizados por efector, departamento y área de redes, a las que se accede mediante una clave.

La figura 1 muestra la comparación respecto del alcance del relevamiento de diagnóstico y el de monitoreo, ambos realizados en todo el país y con una distribución similar a nivel de región geográfica. El primero tuvo lugar entre junio de 2018 y mayo de 2019 y se relevaron 3.072 efectores del PNA. El segundo alcanzó a 3.012 efectores del PNA y fue realizado entre febrero y agosto de 2020.

Figura 1. Alcance de los relevamientos de RISS en sus dos instancias de implementación, por región.



***Nota:** en la región Centro el total de efectores relevados es similar en los dos, aunque se modificó la composición interna según jurisdicción de origen, dado que en 2020 participaron los efectores de Córdoba y se redujeron los efectores de Buenos Aires.

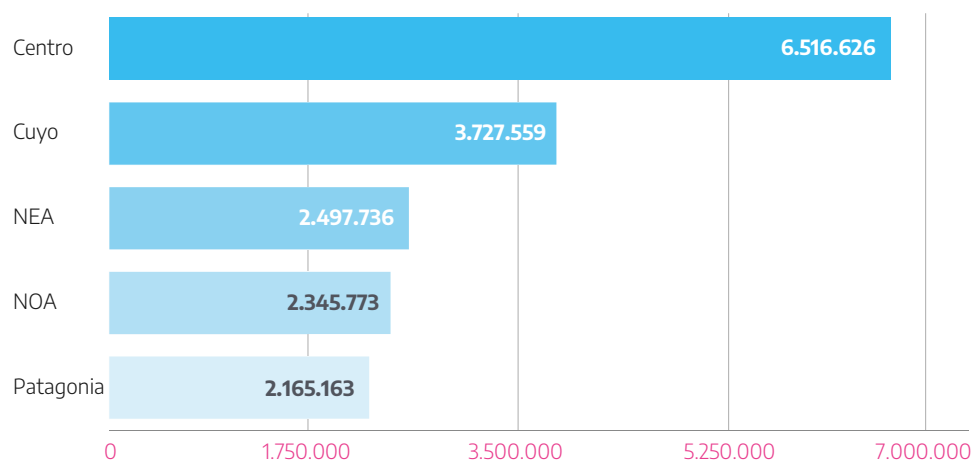
La información se presenta consolidada a nivel nacional, entendiendo por «total país» todos los efectores de Redes de Salud participantes de los relevamientos de diagnóstico y de evaluación de medio término. En los casos en que se observan particularidades o diferencias significativas, se presenta la apertura por región geográfica. El universo que se consideró para el procesamiento de datos se ajusta a los efectores que respondieron cada apartado del cuestionario, por lo que pueden variar los totales.

2. Población a cargo y accesibilidad

Las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad (OPS, 2010). Este es el primer atributo esencial de las redes y es el que permite, a partir del conocimiento de la población y los grupos más vulnerables, el diseño o la reorientación de la oferta de servicios para responder de manera adecuada a sus necesidades y demandas.

En este apartado se presenta la información referente a la definición de áreas de responsabilidad y población a cargo, la situación de los efectores respecto de la misma, la disponibilidad de turnos para mejorar la accesibilidad y los registros clínicos disponibles.

Figura 2. Cantidad de población a cargo identificada por los efectores, por región.



2.1. Situación de los EPNA respecto a la población a cargo

Efectores que identifican la población a cargo, a nivel país.

89%
Diagnóstico

90%
Monitoreo

Al considerar las regiones geográficas, se mantuvo entre 85% y 97% la proporción de efectores que puede cuantificar su población a cargo. A modo de ejemplo se destaca la región Cuyo, que incrementó la cantidad de efectores con población a cargo identificada en 13 puntos porcentuales de un relevamiento a otro, al pasar de 80% al 93%.

Entre ambos relevamientos se redujo a menos de la mitad la cantidad de efectores que no cuentan con registro de esa población (de 73 efectores al momento del diagnóstico a 30 en la instancia de monitoreo).

Fuente de información	Diagnóstico	Monitoreo
Estadística	46%	58%
Relevamiento en terreno	25%	26%
Planilla de atención	15%	6%

La principal fuente de información utilizada para cuantificar la población a cargo es información estadística para Centro, Cuyo, NEA y NOA, seguida del relevamiento en terreno, excepto en Patagonia donde el uso de estas fuentes se invierte, tal como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Fuente de información de la población a cargo por región (monitoreo).

	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Estadísticas	72%	61%	42%	53%	32%
Relevamiento en terreno	8%	21%	37%	44%	49%
Planillas de atención	5%	9%	12%	0%	8%
Otras fuentes	0%	0%	0%	0%	1%
No cuenta con registro	1%	2%	0%	0%	2%
Ns/Nr	14%	8%	9%	2%	7%

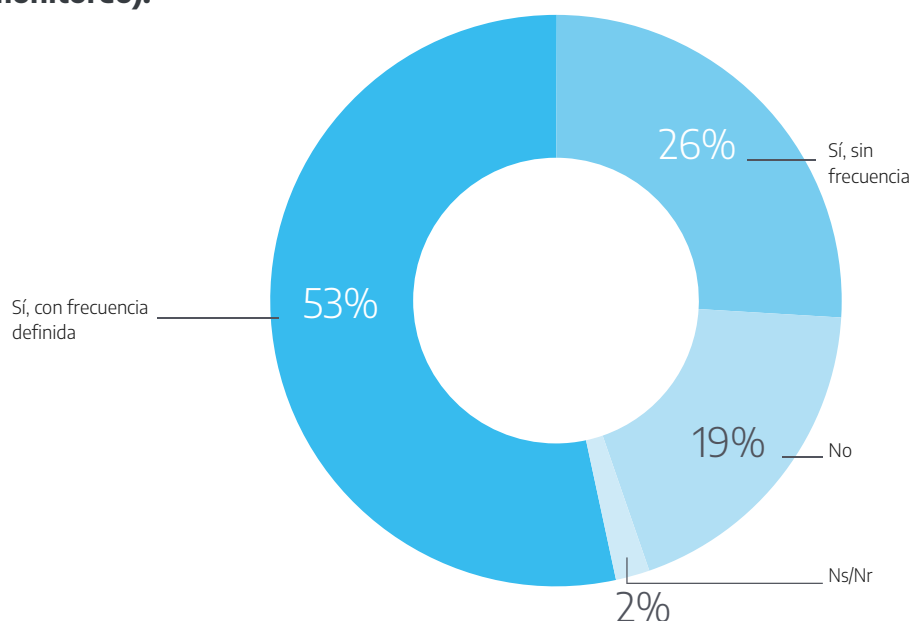
Las rondas sanitarias constituyen una de las principales intervenciones para obtener información que permita identificar y conocer el territorio y la población a cargo. Esta metodología de trabajo consiste en visitas periódicas realizadas principalmente por agentes sanitarios que tienen como objetivo el relevamiento de datos sociosanitarios, la detección de grupos vulnerables y la promoción y protección de la salud. Los efectores que realizan rondas sanitarias, ya sea con o sin frecuencia definida, se mantienen en un 80% al momento del medio término.

Realización de rondas sanitarias con frecuencia definida

49%
Diagnóstico

53%
Monitoreo

Figura 3. Efectores que realizan rondas sanitarias, total país (monitoreo).



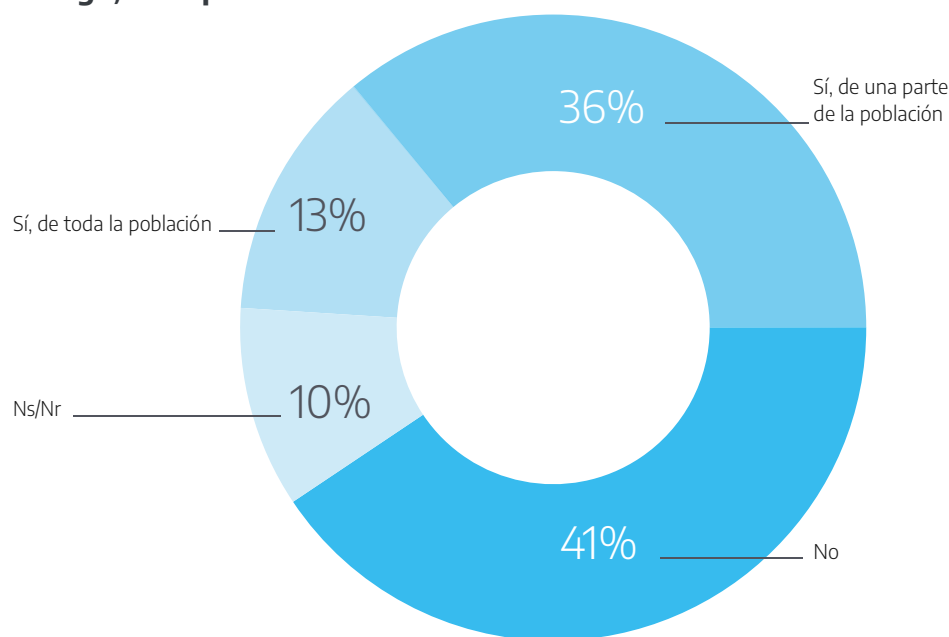
Al desagregar la información por regiones, puede observarse en la siguiente tabla que NOA es la región con mayor proporción de efectores que realizan rondas sanitarias con frecuencia definida (87%), ya sea mensual, trimestral o anual.

Tabla 2. Efectores que realizan rondas sanitarias con frecuencia definida, por región.

	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Sí, con frecuencia definida	28%	57%	57%	87%	65%
Sí, sin frecuencia definida	41%	18%	32%	3%	21%
No	27%	24%	10%	10%	14%
Ns/Nr	4%	1%	1%	0%	1%

En el relevamiento de monitoreo se indaga además acerca de la geolocalización de la población a cargo. A nivel país, el 49% afirma contar con esa información, ya sea de toda la población o de una parte.

Figura 4. Efectores con información de geolocalización de población a cargo, total país.



En la tabla 3, se observa cómo se da la distribución a nivel de las regiones. En la región geográfica Centro la proporción es de 61%, lo que representa la mitad de los efectores de todo el país.

Tabla 3. Efectores que cuentan con información de geolocalización de la población a cargo.

	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Sí, de toda la población	5%	13%	18%	22%	15%
Sí, de una parte de la población	56%	21%	30%	26%	11%
No	18%	61%	48%	50%	66%
Ns/Nr	21%	5%	4%	2%	8%

En cuanto al análisis de la información obtenida por parte de los centros de salud, en el primer relevamiento el 78% de los efectores refirió efectuar algún tipo de cruce y análisis de los datos para definir acciones y priorizar temáticas sobre las cuales trabajar, mientras que en el de medio término esta proporción asciende al 83%.

2.2 Área de responsabilidad.

El Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS) es el área geográfica de cobertura asignada a un establecimiento público de salud para que éste lleve a cabo sus intervenciones socio-sanitarias. Ésta puede variar periódicamente, ya sea por cambios en la distribución de la población, en la oferta de servicios,

o en los recursos, por ejemplo. En el relevamiento de medio término se incluyeron preguntas orientadas a identificar las características de estas áreas, respecto del alcance y las características de su definición.

Efectores con Área de Responsabilidad definida

96%
Diagnóstico

79%
Monitoreo

El descenso total se debe a la situación particular de una jurisdicción de la región Centro, que al momento del relevamiento de monitoreo se encontraba en un proceso de redefinición y respondió a esta pregunta en forma negativa para todos sus efectores. Respecto del diagnóstico, la cantidad de efectores con área de responsabilidad definida se mantiene estable sobre el 95% en las regiones de Cuyo, NEA y NOA, mientras que en Patagonia se incrementa al 98%.

Por otro lado, en los totales nacionales se observan los siguientes resultados:

- **Efectores con superposición de área de responsabilidad: 38%**
- **Efectores que identifican zonas geográficas cercanas no incluidas en área de responsabilidad: 18%**
- **Equipo de salud con conocimiento del área de responsabilidad: 96%**

En la tabla 4 pueden observarse las diferencias a nivel regional, así como el alto nivel de equipos de salud con conocimiento de su área de responsabilidad.

Tabla 4. Principales características de la definición de áreas de responsabilidad.

		Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Superposición de áreas de responsabilidad con otros efectores	Sí, hay superposición	52%	54%	26%	19%	27%
	No hay superposición	26%	43%	62%	79%	71%
	Ns/Nr	22%	3%	12%	2%	2%
Zonas geográficas cercanas al efector no incluidas en el área de responsabilidad	Sí, hay zonas sin cubrir	4%	27%	20%	35%	22%
	No hay zonas sin cubrir	73%	64%	69%	63%	73%
	Ns/Nr	23%	9%	11%	2%	6%
Equipo de salud con conocimiento del área de responsabilidad	Con conocimiento	94%	94%	99%	98%	97%
	Sin conocimiento	4%	4%	1%	2%	1%
	Ns/Nr	3%	2%	0%	0%	2%

Los efectores que cuentan con cartografía para mejor conocimiento del área de responsabilidad se incrementan a nivel nacional del 81% en el diagnóstico al 86% en el relevamiento de monitoreo, a la vez que se observa un aumento del 26 al 30% en la implementación de la misma en formato digital.

Tabla 5. Formato más utilizado para la cartografía, total país.

	Diagnóstico	Monitoreo
En cartelera	67%	62%
Formato digital	26%	30%
Otro formato	7%	8%

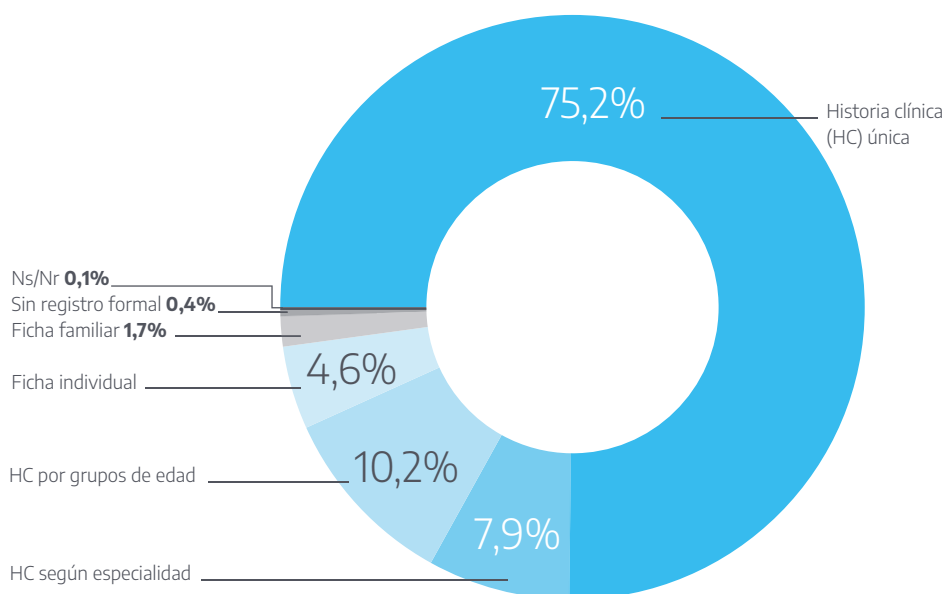
2.3. Instrumentos de registro clínico.

En el marco del diagnóstico, se indagó acerca de los instrumentos de registro clínico con categorías que reunían tipos de soporte (papel, informatizado) y maneras de agrupar la información clínica, mientras que en el monitoreo se desagregó la información, de modo de poder diferenciar entre ambos aspectos. Las categorías utilizadas para considerar el modo de organización de los registros clínicos son las siguientes:

- **Historia Clínica única:** único registro por persona, donde constan todas las intervenciones del equipo de salud
- **Ficha familiar:** registro donde constan todos los integrantes de una familia.
- **Ficha individual:** registro donde constan los datos de la persona y todas las intervenciones del equipo de salud.
- **HC abierta por especialidad:** la persona tiene tantos registros como especialidades haya consultado en el primer nivel)
- **HC por grupos etarios:** se observa en esta categoría la multiplicidad de registros a medida que la persona avanza en el ciclo vital.

Tanto en el relevamiento de diagnóstico como en el de monitoreo el 75% de los efectores refieren utilizar historia clínica unificada o única.

Figura 6. Tipos de registros clínicos en los efectores del PNA, total país.



La Historia Clínica Electrónica (HCE) es un registro electrónico, sin papeles, longitudinal en el tiempo, donde se vuelcan las interacciones de los profesionales de la salud con el paciente. Se registran los problemas o patologías que se expresan en la consulta o la motivan (motivo de consulta, diagnóstico presuntivo y diagnóstico), además de las anotaciones y opiniones de los profesionales intervinientes (evoluciones médicas, anotaciones de enfermería y de agentes sanitarios).

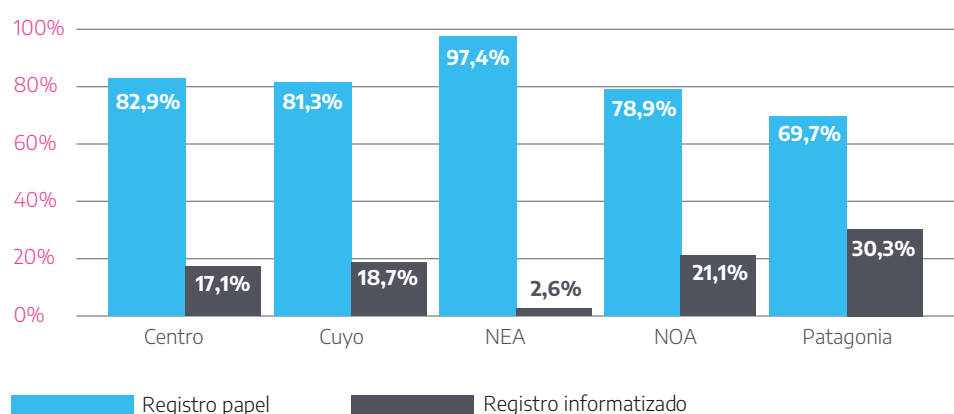
Con la finalidad de identificar con mayor precisión el formato de la historia clínica y el alcance de la HCE en los efectores de Redes, el relevamiento de medio término incorporó una pregunta específica. Si bien prevalece el uso de historia clínica en papel (83%), a nivel país se observa entre ambos relevamientos un crecimiento de 8 puntos porcentuales en el registro clínico informatizado, que se utiliza en el 17% de los efectores.

Tabla 6. Formato del registro clínico, total país.

	Papel	Informatizado, pero no en red	Informatizado, en red con otros efectores	Informatizado, en red con sistema municipal/provincial
Formato del registro clínico	83%	1%	9%	7%

En la figura 7 puede observarse la información referida al formato del registro clínico por región geográfica, en las cuales también es claro el predominio del registro en papel. Se destaca Patagonia, donde el 30,3% de los efectores cuentan con historia clínica informatizada.

Figura 7. Formato del registro clínico, según región.



2.4. Efectores con sistema de turnos programados.

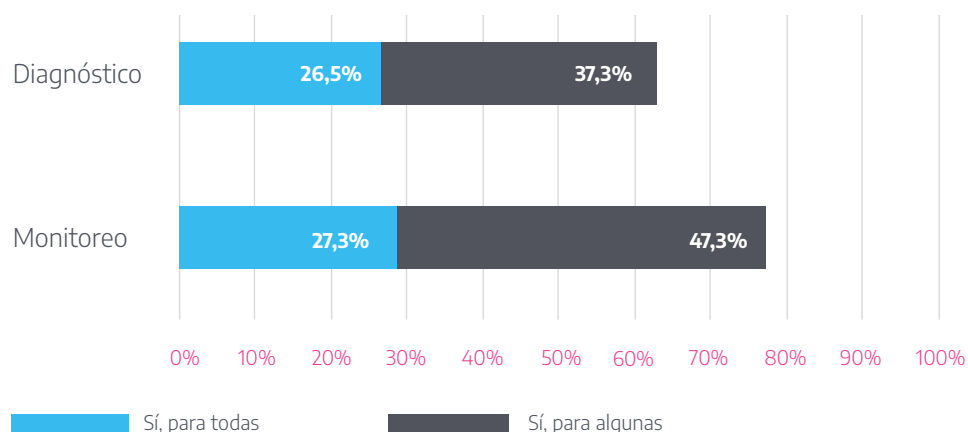
Un turno programado es aquel que se otorga en forma anticipada, a distancia o in situ, para una consulta y que no corresponde a la misma jornada en la que es solicitado. Contar con una oferta de turnos programados en los centros de salud es una meta deseada para el funcionamiento de la red, en especial porque la programación de las consultas facilita el acceso de las personas al centro de salud de acuerdo a sus necesidades, a la vez que favorece el control y la adherencia al tratamiento de quienes padecen enfermedades crónicas.

En el caso de este relevamiento, se considera la situación de los turnos programados para todas las especialidades ofrecidas, sin contemplar los que se otorgan para la realización de prácticas de laboratorio, ecografía y electrocardiograma, por ejemplo.

La implementación de turnos programados en el primer nivel de atención se impulsa desde los inicios de Redes de Salud como estrategia priorizada para la red en general, a fin de garantizar el acceso oportuno para toda la población. Por ese motivo, los proyectos jurisdiccionales cuentan con un indicador obligatorio y metas a alcanzar, lo que permite complementar la información relevada con lo reportado en el marco de las mediciones de indicadores.

Al momento del relevamiento de monitoreo, el 75% de los efectores a nivel nacional reporta contar con sistema formal de turnos programados. En la figura 8 puede observarse que la disponibilidad para todas las especialidades se incrementa levemente respecto del diagnóstico, mientras que para algunas de las especialidades el aumento es de diez puntos porcentuales, al pasar de 37% al 47%.

Figura 8. Comparación de disponibilidad de turnos para especialidades fijas de los centros de salud, total país.



Asimismo, se observa que hay una mayor proporción de efectores que ofrecen turnos programados para tocoginecología, pediatría y psicología, sobre el total de los que cuentan con la especialidad, que respecto de gastroenterología y trabajo social. La tabla 7 permite identificar, por un lado, la disponibilidad

de especialidades del PNA en los centros de salud del país -con preeminencia de medicina general, odontología y pediatría-, y el porcentaje de éstos que brinda acceso a turnos programados.

Tabla 7. Efectores con disponibilidad de turnos programados por especialidad.

Especialidades del PNA	Efectores con la especialidad	Efectores con turnos programados	%
Tocoginecología	1295	817	63%
Pediatría	1494	936	63%
Psicología	1478	920	62%
Oftalmología	219	134	61%
Nutrición	1267	772	61%
Cardiología	410	244	60%
Medicina general	1984	1116	56%
Traumatología	174	97	56%
Endocrinología/Diabetología	185	101	55%
Odontología	1993	1079	54%
Medicina clínica	1344	713	53%
Kinesiología	571	301	53%
Nefrología	25	13	52%
Médico sin especialidad	479	206	43%
Trabajo social	1110	461	42%
Gastroenterología	44	16	36%

Con relación a la manera en que se realiza la solicitud de turnos programados, al momento del relevamiento de monitoreo las modalidades más utilizadas se mantienen en orden y proporción de menciones que en el diagnóstico. Si se toma en cuenta el total de efectores, se observa que continúa alto el porcentaje de la solicitud presencial, desciende la que se realiza telefónicamente, y la opción de turnos brindados por los agentes sanitarios se mantiene igual.

Tabla 8. Evolución de la modalidad de solicitud de turnos, total país.

	Diagnóstico	Monitoreo
Solicitud presencial de turno programado para otro día	89%	87%
Turno otorgado en consulta para seguimiento	70%	67%
Turno brindado por agente sanitario	35%	35%
Solicitud telefónica	41%	30%
Mensaje de texto / Whatsapp / Mail	6%	10%
Solicitud por internet	5%	6%
Otras modalidades	4%	2%

Nota: se presenta el porcentaje de menciones de cada categoría, ya que los efectores podían marcar las tres modalidades de solicitud de turnos más utilizadas.

En tanto la solicitud de turnos de modo presencial requiere que las personas se trasladen al centro de salud más de una vez, y eso insume tiempo y gastos que limitan la accesibilidad, surge la necesidad de avanzar hacia otras modalidades de obtención del turno a distancia, ya sea telefónica o mediante internet, por ejemplo.

En este sentido, se identificó que el 54% de los efectores que utilizan la modalidad de solicitud presencial cuentan con servicio de conectividad adecuado, mientras que en el 32% el mismo es ineficiente y el 11% carece de conectividad. El 61% de ese mismo grupo de efectores cuentan con línea telefónica que funciona adecuadamente, aunque el 11% tiene un servicio deficiente y el 24% no cuenta con teléfono propio. Estos datos muestran que existe cierto margen para desarrollar modalidades informatizadas o telefónicas de solicitud de turnos con servicios que funcionen adecuadamente, aunque hay brechas de servicios de telefonía e internet que es necesario resolver.

Con respecto al registro de los turnos programados, la modalidad más utilizada a nivel país continúa siendo en papel, con un 75%. El 25% restante cuenta con registros informatizados, de los cuales dos tercios están en red con otros efectores o con otros sistemas municipales o provinciales y el resto no está en red. En la tabla 9 se puede observar el incremento del registro de turnos en sistemas informatizados, en casi todas las regiones del país.

Tabla 9. Comparación entre tipos de registro, por región.

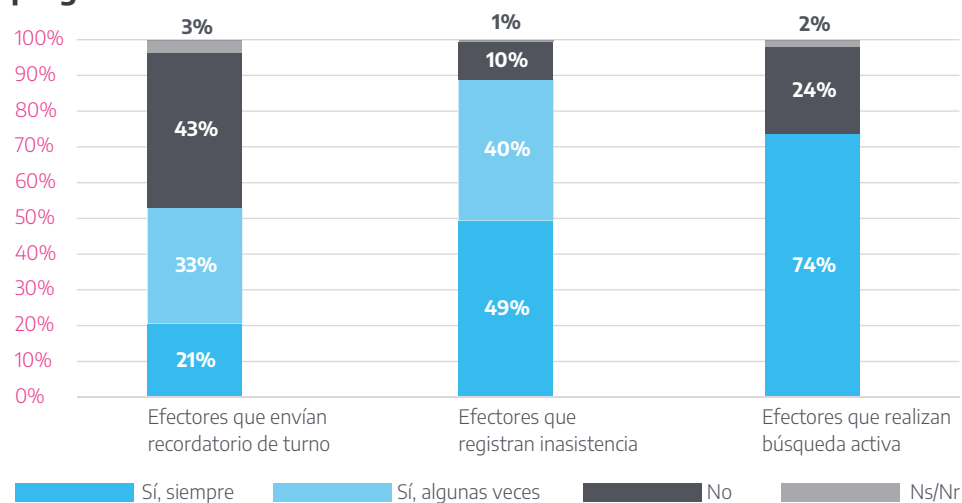
	Diagnóstico					Monitoreo				
	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Registro en papel	50%	97%	95%	91%	99%	73%	78%	92%	74%	53%
Registro informatizado	49%	0%	0%	8%	0%	27%	22%	6%	25%	47%
Ns/Nr	1%	3%	5%	1%	1%	0%	0%	2%	1%	0%

Nota: La particularidad de la región Centro está asociada a los cambios en la composición de los efectores que participaron de los relevamientos, por dificultades en la selección de efectores participantes debido al contexto de emergencia por COVID-19.

→ **Estrategias para fortalecer el sistema de turnos programados**

Del total de efectores con sistema de turnos programados, el 43% implementa estrategias que contribuyen a facilitar la concurrencia a los centros y el acceso a la atención, como el recordatorio de turnos, el registro de inasistencias y la búsqueda activa de personas que no asisten. Se destaca el elevado porcentaje de efectores que realiza esta última.

Figura 9. Estrategias para fortalecer el sistema de turnos programados.



La modalidad de búsqueda activa más utilizada es la visita domiciliaria, implementada por 47% de los efectores, seguida por la llamada telefónica con un 33% de menciones, mientras que la opción mensajes de texto, WhatsApp y mail es elegida por un 18%. El orden de las opciones es igual en los dos relevamientos.

Tabla 10. Estrategias de búsqueda activa, total país.

Visita domiciliaria	47,3%
Llamada telefónica	33,1%
Mensaje de texto/Whatsapp/ Mail	18,4%
Otra modalidad	1,2%

2.5 Otros aspectos vinculados a la accesibilidad

→ Acciones con perspectiva de género y diversidad

Resulta fundamental incorporar la perspectiva de géneros y diversidad en el campo de las políticas de salud pública con acciones concretas y enfoques transversales, interseccionales e integrales, que contribuyan a reducir las inequidades y promover el acceso universal a una atención sanitaria integral y de calidad. En el caso de Redes, con la finalidad de identificar aspectos a trabajar tanto en el diseño e implementación de los proyectos jurisdiccionales como en las instancias de monitoreo y evaluación, se indagó respecto de qué acciones se llevan a cabo con este enfoque en los efectores del PNA.

Efectores que realizan acciones desde una perspectiva de género y diversidad sexual

68%
Diagnóstico

71%
Monitoreo

Este incremento se observa en todas las regiones del país excepto en Centro. Es de destacar que esto se dio aún en el contexto de la pandemia por COVID-19, a pesar de que la presencialidad estuvo limitada -requisito importante en este tipo de actividades-.

Las actividades más mencionadas en ambos relevamientos consisten en consejerías y charlas o talleres destinadas a la comunidad, como se observa en la tabla 11. Es de destacar que no se cuenta con detalles respecto de los principales temas o problemáticas que se abordan, ni de las modalidades y alcances de estas iniciativas, lo cual podrá ser abordado y profundizado en el marco de los proyectos jurisdiccionales. Es llamativo también el bajo porcentaje de efectores que realizan capacitaciones a equipos de salud y que cuentan con consultorio amigable, para facilitar el acceso de niñeces, adolescencias y diversidades.

Tabla 11. Acciones en los efectores con perspectiva de género, total país.

Acciones	Efectores que las implementan
Consejería	42%
Charlas/talleres	32%
Capacitaciones al equipo de salud	10%
Consultorio amigable	9%
Material específico	7%

Nota: La particularidad de la región Centro está asociada a los cambios en la composición de los efectores que participaron de los relevamientos, por dificultades en la selección de efectores participantes debido al contexto de emergencia por COVID-19.

→ Acciones con enfoque intercultural

El enfoque intercultural en salud implica desarrollar estrategias para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la atención y cuidado, que respeten las diversidades culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de cada comunidad. Entre el momento del diagnóstico y monitoreo se incrementó la proporción de efectores que realizan este tipo de acciones.

Efectores que realizan acciones desde un enfoque intercultural

36%
Diagnóstico

40%
Monitoreo

En este caso, las consejerías y las charlas o talleres también son las principales actividades llevadas adelante por los 917 efectores que trabajan desde un enfoque intercultural, ocupando los dos primeros lugares en todas las regiones tanto en el diagnóstico como en el relevamiento de monitoreo.

Tabla 12. Acciones en los efectores con enfoque intercultural, total país.

Acciones	Efectores que las implementan
Consejería	34%
Charlas/talleres	32%
Capacitaciones para el equipo de salud	18%
Consultorio amigable	11%
Material adaptado (bilingüe)	5%

3. Continuidad en el proceso de atención

Además del monitoreo sobre las acciones de los proyectos jurisdiccionales que traccionan los procesos de red ya mencionados, se relevó el fortalecimiento de la continuidad en el proceso de atención a través de la implementación de los turnos protegidos en el Segundo y/o Tercer Nivel de Atención (SNA y TNA respectivamente) y del sistema de Referencia-Contrarreferencia (R-CR).

3.1. Servicios coordinados entre efectores del PNA y el SNA

→ Acceso a turnos protegidos en los efectores del SNA

Los turnos protegidos se refieren a una fracción de tiempo que los efectores del primer nivel tienen reservada para solicitud de consultas de salud a especialistas en efectores de mayor nivel de complejidad. Son un componente clave del circuito de derivación a los niveles de atención de mayor complejidad, en cuanto evita que las personas deambulen por distintos efectores o sufran demoras innecesarias para acceder a la consulta con el especialista.

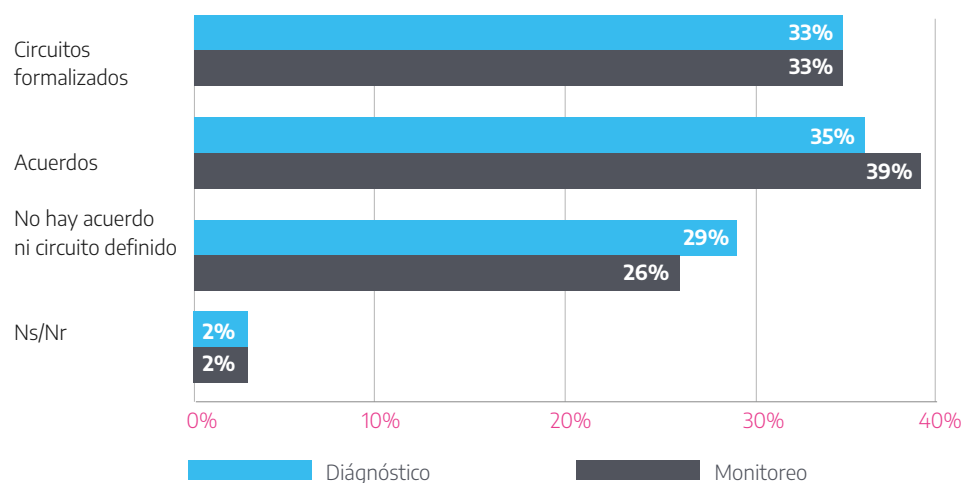
Efectores con acceso a turnos protegidos en el SNA

69%
Diagnóstico

72%
Monitoreo

El relevamiento muestra que la proporción de efectores con algún circuito formal establecido se mantiene en un 33%, mientras que aquellos efectores con algún tipo de acuerdo para turnos protegidos en el SNA se incrementa del 35% en el diagnóstico al 39% en el monitoreo (figura 10). También se observa que disminuyó la proporción de efectores sin ningún tipo de acuerdo con el SNA, del 29% al 26%.

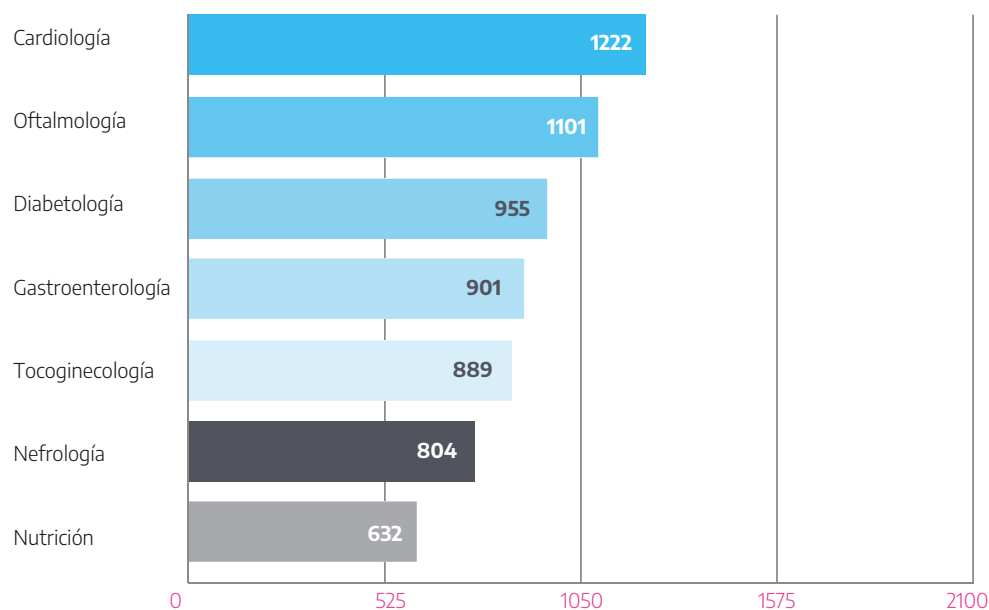
Figura 10. Comparación de circuitos y acuerdos para turnos protegidos.



→ Turnos protegidos por especialidad

De un relevamiento a otro se incrementa en un 32% la cantidad de efectores que responden sobre las especialidades con turnos protegidos en el SNA, al pasar de 1510 a 1987. Las efectores del PNA con mayor acceso a turnos protegidos por especialidad en el SNA se distribuyen en la proporción que se detalla en la figura 11.

Figura 11. Efectores con acceso a turnos protegidos en el SNA, por especialidad, total país.



Las tres primeras especialidades (cardiología, oftalmología y diabetología) son las mismas que se registraron al momento del diagnóstico (excepto en el caso de tocoginecología que compartía el tercer lugar).

→ Situación de los efectores respecto de los circuitos de derivación: R-CR

Entre los desafíos más grandes de las redes se encuentra el de «gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que «cruzan» el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación» (OPS, 2010:41).

Uno de los mecanismos para alcanzar y mejorar esta coordinación entre los distintos niveles de cuidado es el circuito de R-CR, que incluye la solicitud de la interconsulta por un efector de primer nivel a otro de mayor complejidad, la realización de la interconsulta y la devolución formal de su resultado al PNA. El circuito también permite optimizar el funcionamiento de la red porque facilita el uso compartido de los recursos disponibles en todos los niveles. Es esperable que el proceso quede documentado en la historia clínica o en un formulario o documento similar, que puede estar en formato papel o electrónico, es decir, que se cuente con mecanismos institucionales o «circuitos formales o acuerdos definidos», en los que se expliciten las responsabilidades y funciones de cada nivel involucrado. Estos circuitos deben

estar acompañados (e incluso diseñados en función de) los protocolos clínicos definidos por las autoridades sanitarias. Las redes, y los proyectos jurisdiccionales, promueven el uso de las guías de práctica clínica e instrumentos similares para avanzar en las definiciones de los circuitos formalizados.

En los relevamientos implementados se diferencia entre circuito formal y acuerdo porque, a partir del recorrido del Programa, se reconoce lo complejo que es alcanzar la formalización completa del proceso, por la multiplicidad de actores involucrados.

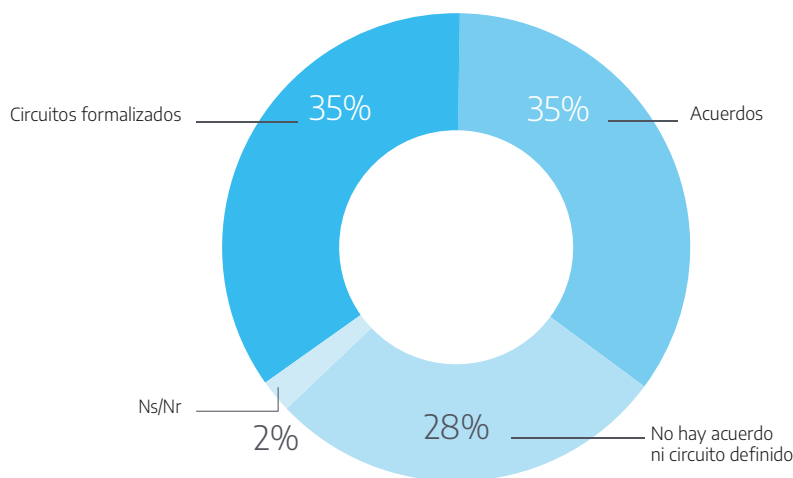
Efectores con circuito formal y acuerdo de R-CR

70%
Diagnóstico

70%
Monitoreo

Al momento del relevamiento de medio término se mantuvo el porcentaje de efectores con algún tipo de circuito de R-CR, ya sea formalizado o con acuerdos efectivos. Si bien la mayor parte de los que tienen circuito de R-CR implementado cuentan con el respaldo de alguna autoridad sanitaria (circuito formal), hay redes y/o jurisdicciones que están en proceso de formalización o que han empezado por fortalecer aquellos acuerdos informales, realizados entre profesionales y/o servicios específicos.

Figura 12. Efectores con circuito formal y acuerdo de R-CR



Dentro de las actividades para el fortalecimiento de los circuitos de R-CR, se indagó particularmente en el registro del proceso y la inclusión de interconsultas para el caso de personas adultas con ECNT. El 40% de los efectores registra la R-CR de manera informatizada, con un incremento importante desde lo relevado en el diagnóstico (de 9% a 40%), lo que incide también en el descenso de los registros directos en la HC.

Tabla 13. Comparación de la modalidad del registro del circuito de R-CR, total país.

Registro	Diagnóstico	Monitoreo
En un sistema informático	9%	40%
En la HC se registra la R-CR	52%	25%
En la HC, pero solo se registra para la referencia	16%	14%
En un cuaderno en el CS para el registro de R-CR	11%	13%
No se registra	8%	5%
En una oficina de R-CR	3%	1%
Ns/Nr	1%	2%

En tabla 14 puede observarse que casi la totalidad de los efectores acompañan la derivación (93%), ya sea por criterio del médico/a o de acuerdo a lo definido en el circuito formal. Por otro lado, el 86% de los centros cuentan con circuitos específicos para la atención de personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 14. Más información sobre el circuito de R-CR.

Efectores que acompañan la derivación con información del paciente	
Sí, a criterio del médico	55%
Sí, definido en el circuito formal	38%
No	6%
Ns/Nr	1%
Efectores con circuito de R-CR que incluye a adultos con ECNT	
Sí	86%
No	5%
Ns/Nr	9%

3.2. Acceso a prácticas descentralizadas en el PNA

En el marco de las RISS, se espera que el primer nivel de atención cuente con capacidad diagnóstica y terapéutica a través de servicios básicos de laboratorio, radiología, electrocardiograma (ECG), entre otros (OPS, 2010), en tanto son claves para los controles de salud y el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías.

En este marco, desde los proyectos jurisdiccionales se provee a los efectores con equipamiento e insumos, y se promueve la generación de acuerdos, protocolos y circuitos que garanticen el acceso a través del funcionamiento en red. Se observan diferencias regionales y al interior de las jurisdicciones respecto del alcance y nivel de formalización de los acuerdos o circuitos para garantizar el acceso a prácticas como estudios de laboratorio, ecografías y electrocardiogramas.

Con la finalidad de identificar el estado de situación de estas prácticas en el primer nivel de atención, el cuestionario aborda la capacidad de los efectores de acuerdo a tres categorías: (i) los que pueden resolver todo el proceso de la práctica en el mismo efector; (ii) los que no pueden resolverlo por sus propios medios, pero tienen definidos acuerdos de derivación y realización con otros centros (tanto del primer como del segundo nivel); (iii) aquellos que no resuelven ni tienen acuerdos; es decir, depende de la persona que consulta resolver el acceso a la práctica.

→ **Situación de los efectores respecto a la descentralización de las extracciones de sangre**

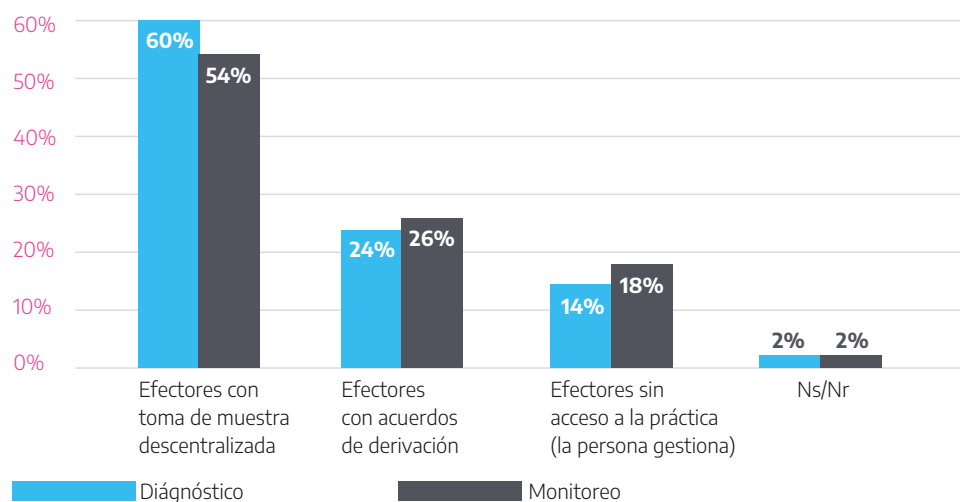
Efectores con acceso a toma de muestra de sangre descentralizada con recursos propios o a través de acuerdos de derivación

84%
Diagnóstico

80%
Monitoreo

Entre ambas mediciones, la proporción de efectores con toma de muestra de sangre descentralizada disminuyó del 60% al 54%, pero se incrementaron de 24 a 26% aquellos que tienen acuerdo de derivación, y también creció la cantidad de efectores sin acceso a prácticas. Estos datos se explican por el cambio en la composición de efectores de una jurisdicción entre un relevamiento y otro, en la que el 40% de los centros no cuentan con prácticas descentralizadas ni acuerdos, mientras que en otra provincia no respondieron efectores que al momento del diagnóstico contaban con toma de muestra descentralizada.

Figura 13. Comparación de acceso a estudios de laboratorio, total país.



De los 1473 efectores que conforman el 54% con extracciones descentralizadas, se registra que el 25% cuenta con equipamiento y capacidad técnica para tomar muestras y procesarlas, el 20% tiene equipamiento y capacidad técnica para tomarlas pero no para procesarlas, y el 55% realiza rondas de extracciones de sangre con traslado a laboratorio y devolución de resultados al centro de salud.

De los efectores **que no procesan** las muestras, el 46% recibe los resultados directamente del laboratorio en forma física; en segundo lugar, los reciben por la misma persona 27% y el 19% por medio de sistemas informatizados. Estos porcentajes se mantienen semejantes a los resultados del diagnóstico, excepto que entre ambos relevamientos se redujo del 30% al 27% la proporción de centros en los que las personas gestionan el acceso a sus resultados.

Al realizar la comparación por regiones geográficas, se observa que la recepción en forma física directa del laboratorio es similar en todas, mientras que las diferencias se dan principalmente en la utilización del sistema informático.

Tabla 15. Devolución de resultados de laboratorio en efectores que no procesan muestras, por región.

	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Patagonia
Por laboratorio en forma física	40%	56%	43%	48%	53%
Por laboratorio mediante sistema informático	32%	6%	4%	2%	39%
Por el paciente	21%	29%	43%	38%	6%
Otra	3%	8%	5%	9%	0%
Ns/Nr	5%	1%	5%	2%	1%

El acceso a las prácticas de laboratorio es una dimensión en la que las jurisdicciones vienen trabajando de forma sostenida, en tanto el Programa fomenta desde sus inicios la descentralización de este proceso sanitario a partir de la generación de acuerdos y protocolos, y de la provisión del equipamiento necesario.

→ **Efectores con acceso a electrocardiogramas y ecografías**

Efectores que brindan acceso a la práctica con equipamiento propio o a través de acuerdos de derivación	Electrocardiograma		Ecografía	
	84% Diagnóstico	87% Monitoreo	82% Diagnóstico	84% Monitoreo

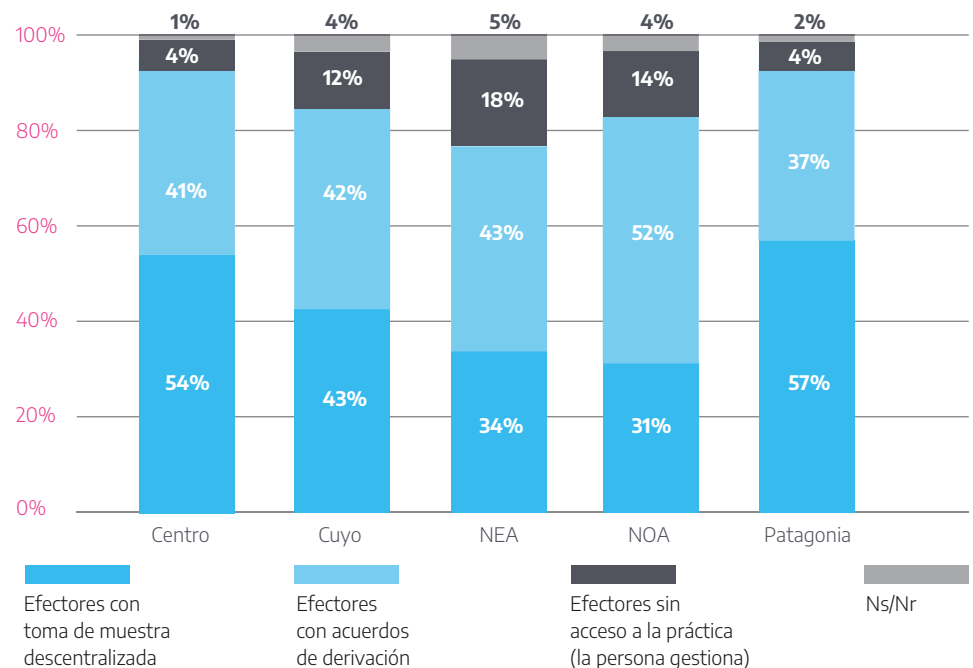
La cantidad de efectores donde se realizan con recursos propios tanto Electrocardiogramas (ECG) como ecografías se incrementa en el monitoreo a nivel nacional, del 32% al 44% en el primer caso y del 16% al 26% en el segundo. Este aumento impacta en la cantidad de efectores con acuerdo de derivación, como se detalla en la tabla 16.

Tabla 16. Comparación de acceso a ECG y ecografía, total país.

	Electrocardiograma		Ecografía	
	Diagnóstico	Monitoreo	Diagnóstico	Monitoreo
Efectores donde se realiza la práctica	32%	44%	16%	26%
Efectores con acuerdos de derivación	52%	43%	66%	58%
Efectores sin acceso a la práctica (la persona gestiona)	14%	10%	16%	12%
Ns / Nr	2%	3%	2%	4%

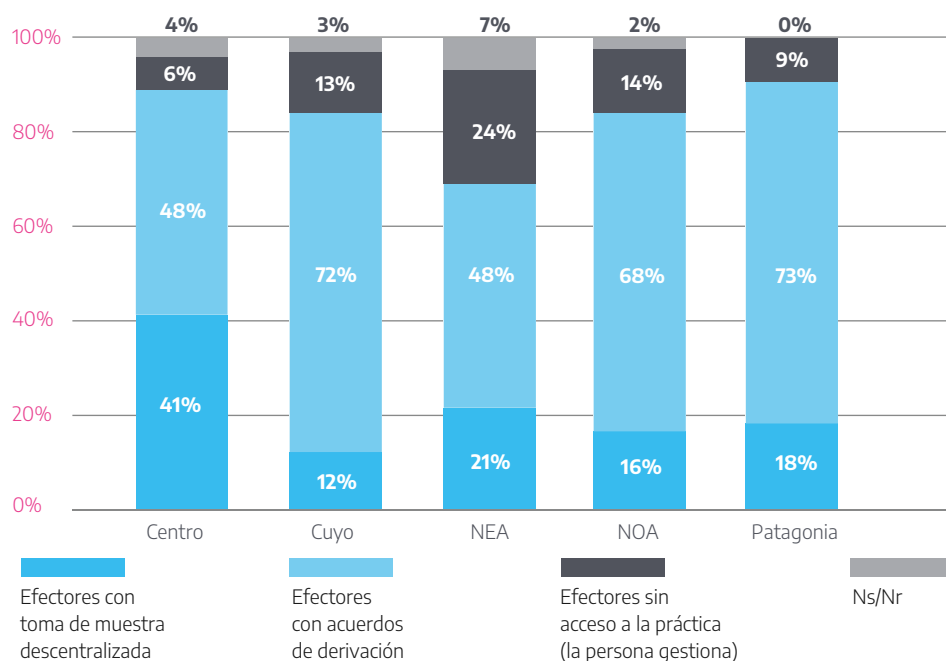
Al analizar la diferencia entre regiones, se observa que Patagonia y Centro cuentan con mayor proporción de efectores que brindan acceso a electrocardiogramas con equipamiento y recursos propios, mientras que NEA y NOA con las que tienen porcentaje más alto de centros donde las personas deben gestionar por su cuenta el acceso a la práctica (18% y 14%, respectivamente).

Figura 14. Acceso a ECG por región.



En cuanto a las ecografías, se destaca Centro como la región con mayor porcentaje de efectores que brindan acceso a través de equipamiento y recursos propios (41%), mientras que Patagonia y Cuyo son las regiones con mayor proporción de centros que cuentan con acuerdos de derivación (73% y 72%, respectivamente). Al igual que con ECG, en NEA es mayor la proporción de efectores que no brindan acceso a ecografías y las personas deben gestionar por su cuenta dónde realizarse el estudio (24%).

Figura 15. Acceso a ecografía, por región.



3.3. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Las RISS proponen una atención centrada en la persona, la familia y la comunidad, en tanto pensar la salud desde una perspectiva integral implica que el cuidado tiene que incluir las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. En este sentido, los problemas de salud son abordados por las personas a partir de las redes familiares, comunitarias y territoriales, sin vincularse incluso en ocasiones con el sistema sanitario formal, y las personas, familias y comunidades son generadoras de prácticas y estrategias de cuidado (OPS, 2010). De este modo, la promoción de la salud tiene como pilares la participación activa de las personas y el abordaje intersectorial para eliminar las brechas de acceso y cobertura y garantizar una atención de calidad.

Las áreas de intervención pueden abarcar desde el apoyo al automanejo de personas con enfermedades crónicas hasta información sobre riesgos cardiovasculares y estilos de vida saludables, acompañamiento para el desarrollo de hábitos saludables, soberanía alimentaria, actividad física, cesación tabáquica,

entre otras a definir en los efectores y de acuerdo a las necesidades detectadas en la comunidad. Las actividades, en tanto, pueden incluir asesoramiento, distribución de contenidos digitales, así como actividades de educación grupal, talleres y campañas de comunicación, por ejemplo. Para indagar acerca de estos abordajes, el relevamiento contempla las acciones desarrolladas por los efectores del primer nivel de atención en articulación con los niveles de mayor complejidad y/o con otras organizaciones de la comunidad.

Efectores con actividades de promoción y prevención

90%	91%
Diagnóstico	Monitoreo

El porcentaje de efectores que realizan este tipo de actividades se mantiene alto desde el diagnóstico, por encima del 90%. Asimismo, a pesar de las dificultades que supuso el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio por la pandemia, creció el porcentaje de centros que articulan con otras entidades (escuelas, clubes, organizaciones sociales, etc.) para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, al pasar del 72% al 76%.

A nivel nacional, los temas que se abordan para trabajar con la población de referencia sobre promoción y prevención se definen en el mismo efector en un 42% de los casos, luego le sigue el grupo de efectores que aborda las temáticas definidas a nivel municipal con un 12% y un 10% se rige por lineamientos de programas nacionales.

3.4 Abordaje integral de personas con DBT e HTA

El abordaje integral de las personas con enfermedades crónicas implica la interacción entre equipo de salud y las personas con ECNT para el apoyo a la toma de decisiones y al automanejo. Las acciones con este fin constituyen una necesidad para obtener mejores resultados sanitarios; es decir, mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones y reducir la mortalidad.

Desde el Programa Redes, el foco en las enfermedades crónicas no transmisibles es tomado tanto en el diagnóstico de los proyectos jurisdiccionales como en el relevamiento de monitoreo para DBT e HTA. Por ese motivo, se indagó específicamente acerca de la identificación de población con estas patologías, la disponibilidad de equipamiento y el desarrollo de estrategias de automanejo.

Efectores que identifican población con diabetes

78%	73%
Diagnóstico	Monitoreo

Efectores que identifican población con HTA

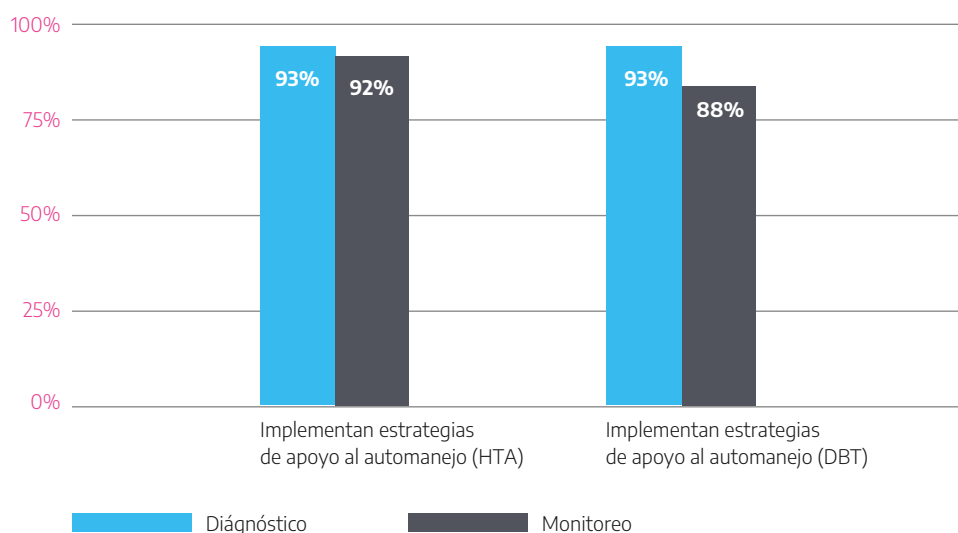
78%	76%
Diagnóstico	Monitoreo

Del total de efectores relevados durante 2020, 2.628 pueden dar cuenta de la cantidad de población con DBT, mientras que 2.768 pueden hacer lo propio en relación a personas con HTA. En cambio, 2.204 efectores dan cuenta de ambos datos. En términos porcentuales, entre el 73% y el 76% de los centros de salud pueden cuantificar a las personas con DBT/HTA que se encuentran a su cargo. Para la instancia de monitoreo, esta información se obtiene a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

Las enfermedades crónicas suelen tener una progresión lenta y una duración larga, por ello es crucial que las personas con este tipo de afecciones puedan seguir el tratamiento, mantener su salud y mejorar su calidad de vida. Las estrategias de apoyo al automanejo en los efectores se entienden como intervenciones para enseñar activamente a las personas a detectar y resolver los problemas asociados con la enfermedad crónica que padecen. En este sentido, el automanejo implica que las personas asuman un rol central en el manejo de su propia salud, incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social (Grady y Gough, 2014).

De un relevamiento a otro se mantienen en un alto porcentaje quienes implementan estas estrategias para personas con DBT e HTA (figura 16), aunque se observa una leve disminución que puede deberse al cambio en la conformación de los efectores involucrados al momento de las respuestas de los cuestionarios.

Figura 16. Porcentaje de efectores que implementan estrategias de automanejo para personas con DBT e HTA, total país.



→ Acciones y recursos para mejorar el seguimiento de personas con DBT e HTA en efectores del PNA

Del total de efectores relevados, más de la mitad (51%) pueden garantizar el acceso a estudios de laboratorio específicos y a prácticas complementarias como ECG para personas con HTA. En el caso del servicio de consultorio de pie diabético, solo un 26% puede garantizarlo en el centro de salud o con

derivación a otro efector o al segundo nivel. El sistema de alerta para ambas patologías se implementa en un 44% de los efectores.

Para el abordaje integral de DBT e HTA es de suma importancia la disponibilidad de medicamentos esenciales en el PNA en tanto es uno de los factores que pueden resultar determinantes en la continuidad del tratamiento. Si las personas pueden acceder a la medicación necesaria en los nodos de la red más cercanos a su domicilio, es más factible que sostengan los cuidados necesarios.

Tal como se observa en la tabla 17, el 39% de los efectores del país cuenta con el equipamiento necesario para la atención de estas patologías, mientras que hay un 8% que dice no contar con ello. Asimismo, es mayor la proporción de efectores que dice no contar con la cantidad necesaria de medicamentos (51%) que los que cuentan con lo necesario (38%).

Tabla 17. Disponibilidad de equipamiento y medicamentos para la atención de personas con diabetes e hipertensión, total país.

	Disponibilidad	% de efectores
Efectores con equipamiento médico necesarios para el seguimiento de personas con HTA y DBT	Sí, la cantidad necesaria o más	39%
	Sí, menos de la cantidad necesaria	42%
	No dispone	8%
	Ns/Nr	11%
Efectores con medicamentos para tratar a las personas con HTA y DBT	Sí, la cantidad necesaria o más	38%
	Sí, menos de la cantidad necesaria	51%
	No dispone	1%
	Ns/Nr	10%

3.5. Recursos de comunicación que inciden en la capacidad resolutive del PNA.

Las tecnologías de comunicación y de información son necesarias para generar y fortalecer los procesos de redes. Puede observarse que de la etapa diagnóstica al relevamiento de monitoreo, la disponibilidad de estas tecnologías y su adecuación se incrementó del 32% al 50% en lo que respecta a conectividad y del 49% al 57% en relación a los efectores que cuentan con línea telefónica propia, tal como se observa en la tabla 18.

Tabla 18. Comparación de disponibilidad de conectividad y línea telefónica.

	Efectores con conectividad a internet		Efectores con línea telefónica propia	
	Diagnóstico	Monitoreo	Diagnóstico	Monitoreo
Sí, y el servicio es adecuado	32%	50%	49%	57%
Sí, pero el servicio no es adecuado	40%	30%	16%	10%
No	26%	19%	35%	32%
Ns/Nr	2%	1%	0%	1%

Las mejoras observadas en la conectividad a servicios de comunicación, tanto de internet como de telefonía despliega mayores posibilidades para favorecer la mejora en la solicitud de turnos y la implementación de la historia clínica electrónica, entre otros procesos priorizados. Además, favorece una mayor articulación entre los procesos de las redes y el desarrollo de sistemas integrados en el marco de la red de salud digital y la telesalud.

Consideraciones finales

La implementación del relevamiento, como se mencionó al inicio del documento, responde a necesidades de fortalecimiento de los proyectos jurisdiccionales de inversión, tanto en la etapa diagnóstica como en el monitoreo y la evaluación de su desempeño. La consigna fundamental de este trabajo es que la información generada y su análisis posterior sirva como insumo para mejorar las estrategias sanitarias que se llevan adelante en las jurisdicciones, y desde esa perspectiva se presentan los principales hallazgos.

Con respecto a la dimensión de identificación de población a cargo y accesibilidad, se destacan las siguientes conclusiones:

- La definición de áreas de responsabilidad y la identificación de la población a cargo son estrategias con avances en los efectores, que los centros de salud han incorporado como parte de su tarea cotidiana, pero continúa el desafío de avanzar hacia la cartografía digital y la geolocalización de la población en los términos planteados por la estrategia de salud digital. Además, el fortalecimiento de estas líneas de intervención continúa con el Programa Redes de Salud y a través de los Programas Proteger y Sumar.
- Se observa un aumento en el uso de la historia clínica en formato digital, aunque aún restan brechas importantes tanto entre regiones como al interior de las jurisdicciones para avanzar en la implementación de esta herramienta, en el marco de sistemas interoperables. Este es un componente clave de la estrategia de salud digital ya mencionada, que se impulsa desde el Programa Redes de Salud a través del financiamiento de Planes Operativos de Implementación para el fortalecimiento de la gobernanza en salud digital y la mejora de las herramientas informáticas disponibles en las jurisdicciones.
- Se evidencia el trabajo sostenido que han realizado los proyectos para implementar sistemas de turnos de programados, por lo que es necesario dar continuidad a este esfuerzo y profundizar en acciones para aumentar el acceso y mejorar la asistencia (recordatorios, registro de ausentismo y búsqueda activa). Además, es importante avanzar en modalidades de solicitud de turnos que no impliquen la vista presencial al efector, especialmente en contexto COVID-19.

Con respecto a la dimensión referida a la continuidad en el proceso de atención-cuidado, algunos resultados muestran la necesidad de fortalecer la coordinación asistencial, a través de mejoras en el proceso de R-CR, formalizando circuitos y avanzando en el uso de sistemas de información. En este sentido, se destacan los siguientes hallazgos:

- El nivel de formalización de los circuitos de R-CR, la existencia de mecanismos de supervisión y sistemas de información son aspectos claves que necesitan ser fortalecidos teniendo en cuenta sus múltiples dimensiones y los procesos de trabajo al interior de centros de salud y hospitales. La complejidad del circuito de R-CR lo convierte en uno de los más difíciles de implementar y mejorar, y refuerza la importancia del involucramiento del equipo de salud y de gestión en todos los niveles, junto con una mirada integral del funcionamiento de la red, para que las contrarreferencias vuelvan efectivamente al centro de salud y las personas puedan tener el seguimiento adecuado.
- Lo anterior se relaciona también con la importancia de contar con protocolos de atención definidos para cada nivel, ya que es elevado el porcentaje de efectores con circuitos informales y debilidades en los registros. Este es un aspecto que se va a abordar desde la ampliación de Redes de Salud, con impulso a la implementación de guías de práctica clínica y rutas asistenciales, a través del financiamiento de capacitaciones y de la implementación de procesos priorizados.
- Por otro lado, además de identificar si las personas acceden a las consultas con especialistas y a estudios complementarios, es importante analizar si este acceso es oportuno en términos de un control o seguimiento adecuado según protocolos clínicos (por ejemplo, considerando demoras para contar con turnos, etc.), lo que espera poder incluirse en futuros relevamientos.
- Otro aspecto a considerar para definir intervenciones específicas son las brechas entre las regiones geográficas del país respecto del acceso a prácticas descentralizadas, debido a la heterogénea realidad sanitaria de las distintas jurisdicciones (oferta de servicios, disponibilidad y distribución de recursos humanos, barreras de acceso, indicadores sociosanitarios, etc.).
- En cuanto a la red de laboratorios, el Programa Redes de Salud continuará con las acciones de fortalecimiento de las capacidades de diagnóstico, incluyendo la compra de equipo e insumos, actividades para contar con la capacidad para la obtención, traslado y procesamiento de las muestras.
- Respecto del abordaje de enfermedades crónicas no transmisibles, los porcentajes de identificación de personas con diabetes e hipertensión se mantienen estables entre ambos relevamientos, pero aún hay márgenes de mejora. Especialmente, y en un contexto como el de la pandemia por COVID-19, es fundamental retomar y profundizar la implementación de estrategias de búsqueda activa para un adecuado seguimiento de estas enfermedades y para mejorar el automanejo y la adherencia a los tratamientos.

- Se destaca también la importancia de incluir la perspectiva de género y la interculturalidad en las acciones del sector salud. La discriminación por motivos de género disminuye y/o elimina factores de protección en salud, aumentando problemas de morbilidad y mortalidad prevenibles. Si bien hay condiciones del orden biológico que pueden determinar algunas diferencias en el acceso y la cobertura de salud, la gestión integral de los procesos con enfoque de género hace necesario incorporar en el análisis de las brechas, factores que tienen que ver con las formas en que las normas, los roles y las relaciones de género afectan a los resultados y la respuesta en el ámbito de la salud. Resulta necesario, entonces, profundizar la inclusión del enfoque de género transversal, interseccional e integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de los proyectos jurisdiccionales, así como la perspectiva intercultural que contemple las diversidades culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de cada comunidad.

Impacto de la pandemia por COVID-19 en el relevamiento y en la implementación de los proyectos y sus líneas de acción priorizadas.

El impacto de la pandemia por COVID-19 en el sistema de salud aún continúa y es difícil de dimensionar. Por un lado, implicó un desafío enorme para los equipos de salud y la gestión de todos los niveles de salud se vio afectada para dar respuesta al aumento de casos y las necesidades de atención en terapia intensiva, con redistribución de los profesionales sanitarios para atender la demanda e, incluso, el cierre de algunos centros de salud. Asimismo, se vieron afectadas todas las actividades territoriales, disminuyeron las consultas presenciales y los turnos programados. En ese marco, tanto las jurisdicciones como el Ministerio de Salud de la Nación, incluido el Programa Redes con dos nuevos incentivos, realizaron importantes inversiones para mejorar la capacidad asistencial y mitigar los efectos negativos de la emergencia sanitaria.

Esta situación generó dificultades para la implementación de las acciones de los proyectos jurisdiccionales de Redes, que debieron readecuarse al contexto, y muchas estrategias se suspendieron para dar lugar a las respuestas que la situación requería. En este sentido, se destaca que algunos resultados de este relevamiento pueden haber cambiado, ya que algunas jurisdicciones implementaron el cuestionario antes del aumento de casos. En otras provincias el relevamiento se realizó durante los momentos más críticos, por lo que implicó un esfuerzo extra por parte de los equipos jurisdiccionales.

A partir de la información disponible hasta el momento cuesta identificar aún en qué medida los resultados encontrados reflejan el impacto de la pandemia, por lo que el Programa continúa con sus estrategias de monitoreo a través de la medición de indicadores y la recopilación y análisis de información provista por los equipos jurisdiccionales. Se espera contar con un análisis más detallado en el marco del cierre del Programa Redes de Salud, que permitirá identificar los principales logros de los proyectos jurisdiccionales, los procesos y resultados afectados por la pandemia y las contribuciones de Redes a la mejora de la capacidad de respuesta en el marco de la emergencia por COVID-19.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>

Organización Panamericana de la Salud (2015). Grady, Patricia A. y Gough, Lisa Lucio. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9181>

Organización Panamericana de la Salud (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3402>

Programa Redes de Salud (2019). Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Modelo MAPEC. Versión actualizada. Recuperado de Documento147.pdf (salud.gob.ar)

Programa Redes de Salud (2019). Monitoreo de procesos en el PNA. La experiencia del Programa Redes.