

# Monitor Argentino de Integración



Ministerio de Salud  
Argentina

Ministerio de Salud de la Nación

Monitor argentino de integración / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Ministerio de Salud de la Nación, 2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-38-0341-7

1. Administración en Salud Pública. I. Título.

CDD 362.0425

## **Autoridades**

**Presidente de la Nación**

**Dr. Alberto Fernández**

**Ministra de Salud**

**Dra. Carla Vizzotti**

**Secretario de Equidad**

**Dr. Victor Urbani**

**Subsecretario de Integración de los Sistemas  
de Salud y Atención Primaria**

**Dr. Fabián Puratich**

**Director Nacional de Integración del Sistema de Salud**

**Cdor. Javier Turienzo**

**Director de Estrategias de Integración del Sistema de Salud**

**Dr. Hilario Bielsa**

## Equipo de trabajo

### **Ministerio de Salud de la Nación**

---

Hilario Bielsa

Martín Pont Vergés

---

Josefina Ordenavia

Santiago Torroba

---

Julieta Arilla

Lionel Gaggino

---

Lorena Cruz

Eliseo Carrillo

---

### **Ministerio de Salud de Tierra del Fuego A.e.I.A.S**

---

Romina Ortega

Yohanna Florencia Alegre Gervasoni

---

María Eugenia Barrantes

---

## Contenidos

<b>Resumen ejecutivo.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Diagnóstico y fundamentación.....</b>	<b>11</b>
El sistema de salud argentino.....	11
Desempeño e integración.....	12
La integración como estrategia.....	13
Algunos puntos de partida.....	14
Diagnóstico.....	15
<b>3. Marco de referencia.....</b>	<b>17</b>
Instrumentos de medición de integración en el mundo.....	17
Marcos internacionales de evaluación de desempeño.....	18
Algunos casos nacionales de Evaluación de desempeño.....	19
Australia.....	19
Canadá.....	20
Ghana.....	20
Reino Unido.....	20
Conclusiones.....	21
El marco HSPA como referencia principal.....	22
<b>4. Propuesta.....</b>	<b>24</b>
Concepto.....	24
Objetivos.....	24
Componentes.....	24
Metodología.....	25
Proceso de selección de indicadores.....	25
Definiciones operativas.....	28
Sub-funciones de provisión de servicios.....	39
<b>5. Implementación.....</b>	<b>41</b>
Etapas de la implementación.....	41
Versión de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.....	41
Matriz de Desempeño de los Sistemas de Salud: Tierra del Fuego AelIAS.....	43
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>45</b>
<b>7. Anexo: Ficha de Indicadores - MAI Tierra del Fuego AelIAS.....</b>	<b>49</b>

## Resumen ejecutivo

El Monitor Argentino de Integración (MAI) es el primer instrumento integral que propone el Ministerio de Salud de la Nación para medir el desempeño y la integración de los sistemas de salud provinciales. El MAI consta de 46 indicadores cualitativos y cuantitativos (existentes o creados especialmente) y refleja las variables fundamentales que determinan el desempeño de cada subfunción de un sistema de salud.

Su objetivo general es incentivar la medición y evaluación del desempeño y la integración de los sistemas de salud provinciales mediante un Monitor con indicadores de referencia para todas las funciones de los sistemas de salud. Sus seis objetivos específicos son: 1) Consolidar un concepto común de las funciones del sistema de salud; 2) Poner en valor al desempeño del sistema como aspecto decisivo de la gestión sanitaria; 3) Identificar áreas donde la segmentación y fragmentación de los subsistemas de salud afecta negativamente al desempeño global del sistema; 4) Definir operativamente a la integración de los subsistemas a través de indicadores ponderados; 5) Contribuir a la disponibilidad de información estratégica; y 6) Fortalecer las capacidades de gobierno del Ministerio de Salud.

Argentina necesita una estrategia de integración para mejorar el desempeño de su sistema de salud. Un sistema más integrado permitirá aumentar los resultados de salud obtenidos por cada peso invertido, mitigar inequidades y enfrentar los desafíos presentes y futuros de la salud en nuestro país. La mejor versión posible del sistema de salud argentino es con un sistema de salud integrado. Sin embargo, no se cuenta con una visión cohesionada de qué significa integrar, ni de qué es exactamente lo que hay que integrar. Tampoco se dispone de una herramienta nacional capaz de aplicar dicha visión y de medirla a lo largo del tiempo y a lo largo de todos los sectores que integran los tres subsistemas de la salud en Argentina.

A lo largo de este documento, se desarrolla el proceso de construcción del MAI, entendido como una herramienta que busca abordar la integración desde una perspectiva estructurada conceptualmente y basada en la evidencia, propiciando un marco claro para el análisis de las debilidades y fortalezas de la salud en Argentina y para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas destinadas a mejorar su desempeño. La incorporación de un monitor de integración permitirá: contar con una definición de integración compartida por todos los actores; delimitar con claridad los objetivos de la política pública; disponer de la capacidad real de identificar y valorar las fortalezas y debilidades del sistema de salud y, en paralelo, evaluar el grado de éxito de las estrategias empleadas para maximizar las primeras y minimizar las segundas; contrastar el impacto de diferentes estrategias en diferentes niveles y jurisdicciones; y abordar adecuadamente las particularidades del sistema de salud argentino con un instrumento específico destinado a autoridades públicas sanitarias de todo el país.

Para la construcción del Monitor Argentino de Integración fue necesario llevar adelante un relevamiento de herramientas que abarcaran diferentes aspectos de los conceptos que se deseaba medir. Ello implicó un proceso de identificación de referencias de instrumentos de medición de integración y de evaluación de desempeño. Se consideraron 5 matrices globales y 4 casos internacionales de evaluación de desempeño. Se concluyó que la principal referencia sería el nuevo marco HSPA del Observatorio Europeo y la OMS (Papanicolas et al.,

2022), ya que brinda una visión clara sobre la estructura, la ubicación y los límites del sistema de salud. En esta matriz, las funciones se dividen en cuatro: gobierno, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios de salud. Se determinan como objetivos del sistema de salud a: el mejoramiento de la salud, la protección financiera y la receptividad ante las expectativas de la ciudadanía y el trato adecuado de las personas. Los tres objetivos finales están atravesados por la maximización de la equidad y la eficiencia.

El proceso de construcción de la herramienta comenzó con la definición operativa de todos los conceptos utilizados: salud, sistema y subsistemas de salud, actores, objetivos y funciones de dicho sistema, desempeño e integración. A partir de allí, se avanzó con la selección de indicadores del Monitor, asentada en la base proporcionada por el marco HSPA. A partir de ella, se avanzó con las modificaciones pertinentes a fin de producir una matriz integral capaz de reflejar las acciones e instituciones involucradas en el sistema de salud argentino. Para ello, se revisaron funciones, subfunciones, áreas e indicadores y se sintetizó cada área de evaluación a través de un único indicador seleccionado. El resultado fueron 42 indicadores de tipo cualitativo (dicotómico) o cuantitativo que, distribuidos entre las 4 funciones, se alimentan de fuentes nacionales o jurisdiccionales. La implementación del MAI requerirá, a su vez, la creación de dos indicadores que actualmente no están siendo medidos.

Tras la finalización del proceso de diseño, se perfilan tres etapas de implementación gradual. Se comenzó por una prueba piloto en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Tras una presentación inicial, se pusieron en común las definiciones operativas, se revisó la pertinencia y eficacia de los indicadores junto al equipo jurisdiccional y se avanzó en el relevamiento de datos mientras se desarrollaba un portal web para exhibir los primeros resultados.

A partir de los aprendizajes de la prueba piloto, será posible extender el MAI a una implementación selectiva en una provincia por región: NOA, NEA, Cuyo, Centro y Patagonia. En una etapa final, la utilización del Monitor podrá ser ampliada a las 24 jurisdicciones. Con una línea de base y mediciones anuales, emplear la misma herramienta para la evaluación de desempeño en todas las jurisdicciones permitirá unificar criterios y conceptos y, fundamentalmente, construir una base de datos de panel a partir de los cuales comparar desempeño de manera intertemporal e interjurisdiccional.

## 1. Introducción

Si se entiende que un paradigma, en términos generales, representa el acervo de ideas y procedimientos compartidos por una sociedad en un momento determinado, resulta evidente que el mismo nace y perdura en función de su capacidad para ofrecer soluciones a los problemas de su tiempo. Desde esta perspectiva, las crisis suponen una confrontación entre el paradigma imperante con la realidad, en donde los problemas que la gobiernan servirán a la gestación del próximo paradigma. En la higiene y la epidemiología, en tanto constituyen las disciplinas formales precursoras de la salud pública como campo de estudio, podemos rastrear este principio, pudiendo resumirse su evolución en una sucesión de cambios de paradigmas vinculados a una perspectiva histórica particular sobre el proceso salud-enfermedad. En este sentido, es posible organizar dicho proceso a través de la definición de cuatro etapas (Hernández-Girón, Orozco-Núñez y Arredondo-López, 2012), las cuales estuvieron marcadas por enfoques analíticos y preventivos concretos, definitorios de las decisiones que moldearon el comportamiento humano de su época:

1. Era de las Estadísticas Sanitaristas, basada en el paradigma de la teoría miasmática, en la que la morbimortalidad de la población estaba determinada por contaminaciones del entorno que llevaron al desarrollo de acciones de saneamiento ambiental;
2. Era de las Enfermedades Infecto-Contagiosas, basada en el paradigma de la teoría del germen, en la que se consiguió establecer una relación causal entre agentes específicos con enfermedades específicas, promoviendo el desarrollo de las vacunas y los antibióticos;
3. Era de las Enfermedades Crónicas, basada en el paradigma de la teoría de la “caja negra”, en la que los padecimientos vinculados al aumento de la longevidad tomaron protagonismo, sin que pudieran reconocerse causas específicas para explicar su existencia, llevando las intervenciones a la modificación de los estilos de vida de la población;
4. Era de la Eco-epidemiología, basada en el paradigma de la teoría de la “caja china”, que nace a partir del reconocimiento de conjuntos de causas que impactan en diferentes estratos de organización (biológico, clínico y social), y que propició un abordaje basado en investigaciones segmentadas por niveles.

Paralelamente, en la historia de la salud pública nacional podemos reconocer un proceso de cambio de paradigma a partir de la consagración de la medicina social como eje de la política sanitaria, con la creación de la Secretaría de Salud Pública y la asunción del Doctor Ramón Carrillo como su responsable en 1946. De esta manera, la República Argentina entra en una etapa de transición de paradigmas en las que, adicionalmente, los proyectos de reforma de los doctores Domingo Liotta (1973-1974), Aldo Neri (1983-1986) y Ginés Gonzales García (2002-2007) oficiaron como verdaderos precursores de una concepción sistémica del proceso salud-enfermedad que, recogiendo elementos de la Era de las Enfermedades Crónicas y la Era de la Eco-epidemiología, también se propusieron trascenderlas.



En la actualidad, la totalidad de los países del mundo han demostrado claras limitaciones para afrontar las consecuencias del shock externo producido por la pandemia por COVID-19, aún considerando las grandes diferencias en cuanto a su capacidad de respuesta —que van desde rápidas y proactivas en los mejores casos hasta fortuitas y negligentes en los peores (Lowy Institute, 2021)—. Por ello, esta crisis económica, política y social representa, en potencia, un evento decisivo para la consolidación de un nuevo paradigma sanitario. Dicho paradigma operará sobre el reconocimiento de los nuevos peligros que definen el mundo que habitamos y el tiempo que transitamos, principalmente ligados a:

1. La intervención del ser humano sobre el ambiente, en particular la emergencia de nuevas enfermedades infecto-contagiosas de origen zoonótico, asociadas a múltiples factores entre los que se encuentran la disrupción en los ciclos epidemiológicos animales habituales, la sobreutilización de antibióticos con fines médicos y ganaderos, y la alta movilidad de bienes y personas, entre otros;
2. La puesta en evidencia de las ventajas y limitaciones de los sistemas políticos, con su consecuente florecimiento de tensiones sociales y políticas. La percepción social de un bajo desempeño en la respuesta a la pandemia, por un lado, y de un exceso de discrecionalidad en las autoridades, por otro, pueden poner en crisis a sistemas políticos enteros, o bien a algunos de sus aspectos más importantes. La multiplicación de expresiones antisistema, la radicalización del discurso anti-científico y anti-democrático, la erosión democrática y la proliferación de la represión son algunos de los posibles productos de los años de la pandemia. Con efectos diferenciados según país, nivel de desarrollo y continente, existe un consenso sobre los grandes desafíos que la era de las pandemias presenta para las democracias y el Estado Moderno (Lewkowicz et al., 2022; Harrison y Kristensen, 2021; Levitsky, 2020; Repucci y Slipowitz, 2020);
3. Los cambios tecnológicos y laborales, en donde las consecuencias de la automatización del trabajo, el aumento de la informalidad laboral -tanto por dificultades de empleadores para absorber mano de obra como por modificaciones en el patrón de búsquedas de los empleados-, y el deterioro de la participación del trabajo en el capital constituyen elementos centrales;
4. El envejecimiento poblacional, que acentúa las características de las eras precedentes a partir del agotamiento del “bono demográfico” y del aumento creciente del peso de las enfermedades crónicas no transmisibles en la morbimortalidad general;
5. La emergencia de las problemáticas de salud mental —padecimientos mentales, suicidio y consumo de sustancias— que, agravados durante la pandemia (Kestel, 2022), han llegado a representar el 7,7% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) a nivel global y el 9,8% en la Argentina (GBD 2019).

Por lo anterior, se vuelve imperiosa la necesidad de contribuir al desarrollo de un paradigma sanitario que, sin dejar de reconocer la trascendencia de los determinantes sociales de la salud y el contexto económico, político y social en el proceso salud-enfermedad de la población, aborde sistemáticamente su vínculo con la organización general del sistema de salud, sus funciones y los resultados que produce a través de la evaluación de su desempeño.

La mentada integración del sistema de salud representa una estrategia que se basa en esta concepción y que pondera, fundamentalmente, la necesidad de pensar la política sanitaria desde el rol indelegable del Estado en su organización general. Por ello, este documento persigue el objetivo de desarrollar un instrumento que permita abordar la integración desde una perspectiva estructurada conceptualmente y basada en la evidencia, propiciando un marco claro para el análisis de las debilidades y fortalezas de la salud en Argentina y para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas destinadas a mejorar su desempeño.

El Anexo incluye la Ficha de Indicadores desarrollada para la prueba piloto en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

## 2. Diagnóstico y fundamentación

### El sistema de salud argentino

El sistema de salud de nuestro país tiene la particularidad de contar con tres subsistemas que coexisten simultáneamente: el sistema de salud público, de carácter universal, que garantiza el derecho al acceso a la salud para todas las personas habitantes del país; el sistema de seguro social, que brinda cobertura a aquellas personas que tienen un empleo registrado/formal; y el subsistema de salud privado, que ofrece cobertura voluntaria a aquellas personas que decidan pagarla, ya sea de manera directa o a través de derivación de aportes.

Argentina se estructura sobre un sistema político de carácter federal compuesto por 23 Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Existen instituciones de salud públicas que dependen de distintos niveles jurisdiccionales: Nacional, Provincial y Municipal. Asimismo, dentro de la seguridad social conviven: 291 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, el Programa de Atención Médica Integral (PAMI), otras obras sociales de regímenes especiales -FFAA, universitarias, servicio penitenciario federal, personal de seguridad pública de CABA y del poder judicial y legislativo nacional-. Dentro del subsistema privado encontramos a 674 entidades de medicina privada, entre las que se registran 283 Sociedades Comerciales, 220 Mutuales, 87 Obras Sociales con planes de adhesión o superadores, 40 Asociaciones Civiles, 27 Cooperativas, 5 Fundaciones, 1 Unipersonal y 11 Federaciones Médicas, Colegios Profesionales, Sindicatos o Fideicomisos (RNEMP, SSS, 2022).

**Figura 1.** Presentación esquemática del sistema de salud argentino



**Segmentación + Fragmentación + Complejidad → Diferencias arbitrarias entre coberturas**

Fuente: elaboración propia en base a MSAL (2022).

El sistema de salud argentino cuenta con importantes atributos que lo hacen universal, accesible y de calidad en términos de tecnología y recursos humanos. Sin embargo, también está marcado por una profunda segmentación entre los encargados de brindar servicios de

salud, junto con una marcada fragmentación en las propuestas y programas de los diversos niveles administrativos que se desempeñan como financiadores y prestadores del sistema.

La existencia de 24 Ministerios de Salud provinciales y una multiplicidad de fondos segmentados a lo largo de los tres subsistemas plantea un enorme desafío, pero también una oportunidad para la política pública y al rol rector y facilitador del Ministerio de Salud de la Nación. El cuadro de situación presentado da cuenta de una alta complejidad y pluralidad en el sistema: muchos actores, divididos geográficamente y de manera inter e intra sectorial, llevan adelante interacciones diversas e intrincadas. Sin embargo, el sistema argentino no está fragmentado porque sea complejo. Está fragmentado porque dicha complejidad y pluralidad no está atravesada por principios e instrumentos integradores que maximicen su potencial y apuntalen el derecho al acceso a la salud. Avanzar en la integración del sistema, impulsando la articulación y complementariedad de los prestadores permitirá alcanzar una mejor asignación de los recursos y una mayor equidad entre jurisdicciones y hacia el interior de cada una.

## Desempeño e integración

Los Objetivos de Desarrollo Sustentable adoptados por 193 países en la Asamblea General de la ONU (ONU, 2015) han afirmado que el fortalecimiento de los sistemas de salud es el principal camino para la consecución del ODS N°3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible” (Papanicolas et al. 2022). En el mismo sentido, el Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal (2019), suscripto por Argentina, identificó a la integración de los servicios de salud, el fortalecimiento de la rectoría, el aumento y mejora del financiamiento con equidad y eficiencia y el fortalecimiento de la coordinación entre los niveles nacionales y subnacionales como las cuatro grandes líneas estratégicas para alcanzar los ODS. La pandemia por COVID-19 no ha hecho más que reforzar esta necesidad.

Para cumplir con los compromisos asumidos para con los ciudadanos y la comunidad internacional, la República Argentina necesita abordar las limitaciones estructurales que afectan la calidad, la eficiencia y la equidad de su sistema de salud. Es decir, necesita contar con una estrategia para mejorar el desempeño del sistema de salud y con una herramienta de priorización que le permita determinar sus fortalezas y debilidades y medir los progresos alcanzados.

Fortalecer al sistema de salud argentino significa garantizar que tenga el mejor desempeño posible — entendiendo al desempeño como el “grado en que un sistema de salud alcanza los resultados deseados con los recursos disponibles”, es decir, la medida en la que medios y fines se adecúan. En este sentido, hablar de desempeño implica hablar de los objetivos del sistema de salud, de sus funciones específicas y de la manera en que unos y otros interactúan. En otras palabras, implica hablar de integración.

La capacidad para llevar adelante cada una de las funciones y subfunciones del sistema de salud de una manera adecuada, eficiente y eficaz determinará el desempeño que tenga un sistema de salud —es decir, su aptitud para alcanzar los fines propuestos. A la hora de

analizar las condiciones de posibilidad de dicha capacidad para llevar adelante funciones, es preciso abordar su *organización*. Y abordar su organización implica, necesariamente, abordar su integración. Como sostienen Murray y Frenk (2000), “el desempeño del sistema de salud no está relacionado únicamente con la organización de cada una de las funciones, sino también con la forma en que cada función se relaciona con las demás”. La equidad (que se trata de garantizar igualdad en lo que debe ser igual y aportar aproximaciones diferenciadas a lo que debe ser diferente) y la eficiencia (que asegura la maximización de los resultados de salud por peso invertido) son aspectos decisivos e ineludibles si se quiere que un sistema de salud cumpla con sus objetivos.

## La integración como estrategia

Argentina necesita una estrategia de integración para mejorar el desempeño de su sistema de salud. Un sistema más integrado permitirá aumentar los resultados de salud obtenidos por cada peso invertido, mitigar inequidades y enfrentar los desafíos presentes y futuros de la salud en nuestro país. La mejor versión posible del sistema de salud argentino es con un sistema de salud integrado. Sin embargo, no se cuenta con una visión cohesionada de qué significa integrar, ni de qué es exactamente lo que hay que integrar. Tampoco se dispone de una herramienta nacional capaz de aplicar dicha visión y de medirla a lo largo del tiempo y a lo largo de todos los sectores que integran los tres subsistemas de la salud en Argentina.

Tanto la bibliografía como el discurso técnico-político exhiben una gran heterogeneidad y ambigüedad en el uso del concepto de “integración”. La experiencia de los Consejos Regionales de Salud (CORESA) ha convalidado dicho diagnóstico: la falta de integración es identificada como un problema prioritario, pero no se cuenta con una idea compartida de qué es la integración, qué líneas de trabajo la componen, y cuáles son sus límites<sup>1</sup>. El término puede ser empleado para realizar análisis desde la perspectiva del financiamiento o de la prestación; y para referirse a equipos de salud, efectores de salud, redes de atención o sistemas enteros. Esto se explica, principalmente, por tres motivos:

- A.** La gradualidad y normatividad del concepto hace que no exista una definición única y categórica de cuál es el grado adecuado de integración, ni de qué se entiende por fragmentación (con su connotación negativa) y qué por autonomía;
- B.** La falta de desarrollo teórico y programático en torno al tema, al menos en la gestión pública argentina, ha contribuido aún más a diluir el concepto, convirtiéndolo parcialmente en una muletilla (“sistema segmentado y fragmentado”);
- C.** Los modelos de integración y de medición de integración a nivel internacional suelen enfocarse en el plano de la provisión de servicios, perdiendo de vista los grandes desafíos que la fragmentación representa a nivel sistémico en países como la Argentina.

Con un gasto del PIB en salud del 10,8% (MSAL, 2023) e indicadores de salud que continúan por debajo de los resultados esperados, es preciso abandonar el tono descriptivo (“el sistema

---

<sup>1</sup> Consejo Federal de Salud. Anexo III, Acta 12 del año 2022 (5/5/2022).

de salud está fragmentado y segmentado”) y pasar a la acción, asistido por herramientas conceptuales e instrumentos de información que fortalezcan la voluntad política de transformar la realidad a través de un proceso sostenido, consensuado y fundado en direcciones claras.

## Algunos puntos de partida

Integrar implica un proceso de acercamiento y coordinación de las partes de un todo para maximizar los aportes de cada una de ellas hacia la concreción de los objetivos comunes. En este sentido, compromete el reconocimiento de la existencia de las partes y sus particularidades, y lograr que se apoyen mutuamente para ofrecer una mejor salud. Como tal, es una deuda histórica y un importante desafío técnico-político. Implica un proceso, con consenso de todos los actores y no se logra de un día para el otro. Para hacerlo, es preciso definir, explicar y justificar la necesidad de cambio a los actores involucrados y a la población en general.

Mejorar la integración del sistema permitirá mejorar su desempeño (Tobar et al., 2012; Murray y Frenk, 2000), maximizar los resultados de salud obtenidos por cada peso invertido por la población (Giedion et al., 2014) y garantizar que cada ciudadano pueda acceder a un servicio de salud de calidad con independencia del lugar en donde vive y de si tiene cobertura del sistema público, de seguridad social o de una prepaga (Cetrángolo, 2014).

En función de lo dicho, es posible asentar algunos puntos fundamentales de partida:

1. El desempeño de un sistema de salud refleja su capacidad para cumplir con sus objetivos finales de una manera efectiva y eficiente. Estos objetivos son: el mejoramiento de la salud de la población, la protección financiera y la receptividad.
2. Para cumplir con sus objetivos finales, el sistema de salud debe alcanzar metas intermedias ejecutando las funciones de rectoría, generación de recursos, financiamiento y provisión de servicios.
3. El desempeño está vinculado al grado de integración presente en la organización de las funciones y de la interacción entre ellas.
4. La integración, por lo tanto, es una estrategia para mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
5. La integración no es una variable dicotómica, sino gradual. Integración y fragmentación son conceptos normativos: se definen en función de lo que es deseable y lo que no. La autonomía, la coordinación y la centralización pueden ser efectivas si contribuyen a los objetivos comunes, e inefectivas si van en la dirección contraria. Integrar es el proceso de cohesionar lo que debería estar cohesionado y mantener separado lo que debería permanecer separado.
6. Mayor complejidad (más actores y más partes involucradas) no implica necesariamente mayor fragmentación. Pero sí mayor necesidad de integración.

7. Para determinar la necesidad de integración se debe identificar los puntos en los que la fragmentación afecta negativamente al desempeño del sistema (diagnóstico).
8. Contar con un instrumento de medición pensado por y para el Sistema de Salud Argentino representará un gran logro en el camino hacia la solución de los significativos problemas de segmentación y fragmentación que lo caracterizan.

## Diagnóstico

El diagnóstico presentado puede resumirse de la siguiente manera:

<b>3 desafíos</b>
<b>No se cuenta con una idea cohesionada sobre las funciones, componentes y líneas de acción del sistema de salud.</b>
<b>El concepto “integración” es utilizado por los actores involucrados de manera ambigua, indefinida y heterogénea.</b>
<b>No se dispone de una herramienta nacional capaz de medir el desempeño del sistema ni la integración de sus componentes.</b>

La incorporación de un monitor de integración apunta a abordar los desafíos planteados por este diagnóstico. Al conceptualizar operativamente la integración, plasmando las funciones y subfunciones del sistema en una matriz, y, a partir de ella, construir una manera de medirla, permitirá:

1. Contar con una definición de integración compartida por todos los actores.
2. Delimitar con claridad los objetivos de la política pública: cómo se vería el sistema de salud al que se quiere llegar y cuál es el camino para alcanzarlo.
3. Disponer de la capacidad real de identificar y valorar las fortalezas y debilidades del sistema de salud y, en paralelo, evaluar el grado de éxito de las estrategias empleadas para maximizar las primeras y minimizar las segundas.
4. Contrastar y comparar el impacto de diferentes estrategias en diferentes niveles y jurisdicciones.
5. Abordar adecuadamente las particularidades del sistema de salud argentino con un instrumento específico destinado a autoridades públicas sanitarias de todo el país.

El proceso de construcción del Instrumento enfrenta una serie de desafíos. Medir la integración como una estrategia para mejorar el desempeño requiere tener una conceptualización clara, esquemática, medible y operacionalizable de todas las partes del sistema de salud y contar con una forma de vincular el desempeño de cada una de esas partes con el rendimiento del sistema de salud en general. Determinar cuál es el modelo que

se utilizará, cómo será la mejor manera de medir y evaluar y cómo se adaptará a las necesidades específicas del caso argentino requiere complementar el diagnóstico realizado con un relevamiento abarcativo de las herramientas de evaluación de integración y de desempeño a nivel global.



### 3. Marco de referencia

Para la construcción del Monitor Argentino de Integración, con sus dos componentes, fue necesario llevar adelante un relevamiento de herramientas que abarcaran diferentes aspectos de los conceptos que se deseaba medir. Ello implicó un proceso de identificación de referencias de instrumentos de medición de integración y de evaluación de desempeño, que fue coronado con la contribución del nuevo marco HSPA del Observatorio Europeo y la OMS (Papanicolas et al., 2022). En este apartado, se realiza una sucinta presentación de las diferentes referencias identificadas, con el propósito de enmarcar al MAI dentro de su contexto de formulación.

#### Instrumentos de medición de integración en el mundo

Una comprensión cabal del contexto mundial de desarrollo de instrumentos de medición en salud permitiría hacerse con referencias útiles para la creación de un instrumento argentino, siguiendo un camino propio que se asiente tanto en las necesidades y oportunidades de nuestra realidad particular como de los aprendizajes de experiencias pasadas.

En este sentido, se realizó un relevamiento bibliográfico extensivo en busca de instrumentos, herramientas y marcos conceptuales dedicados a la medición de integración en salud en diferentes países del mundo. De manera similar a lo observado en el discurso público y técnico-político en Argentina, los trabajos relevados no presentan una definición única y abarcativa de la integración en salud. Pero, sobre todo, no brindan referencias aplicables al problema de fragmentación argentino, que no se reduce a la provisión de servicios sino que abarca de manera vertical y horizontal a todo el sistema de salud en su conjunto.

Nuestro relevamiento detectó una notable ausencia de herramientas capaces de medir la integración de sistemas de salud en su conjunto. Esto se debe, en parte, a la inmensa complejidad de interacciones que el concepto implica, pero sobre todo a la preeminencia de bibliografía anglosajona enfocada principalmente en la atención del cuidado y las redes de salud. Los problemas de fragmentación y segmentación en el sistema de salud argentino son específicos de nuestro país, por lo que las herramientas para abordarlos, si bien pueden nutrirse de experiencias internacionales, tendrán que ser también específicas.

Trabajos como los de Gilles et al. (1993), Armitage et al. (2009), Ahgren y Axelsson (2005), Devers et al. (1994), Lukas et al (2002) y Ridgley et al. (2020) se concentran en medir la "system integration" de "delivery systems", hospitales o ramas hospitalarias. En este sentido, tienen un nivel de abstracción inferior al necesario para abordar la integración a nivel sistema de salud. Aún así, trabajos como el de Martin et al. (2007) y Suter et al. (2017) proveen matrices que, a pesar de estar diseñadas para evaluar integración a nivel de micro y meso gestión, pueden servir de referencias para un marco conceptual más amplio. Suter et al. (2017), por ejemplo, encontró 94 instrumentos para medir 10 dimensiones de integración (entre ellas, gestión del desempeño, sistemas de información, integración del personal, integración de la atención y gestión financiera). Armitage et al. (2009), por su parte, sugieren la utilización de dashboards, especialmente el Cuadro de Mando Integral de Kaplan y Norton

(1996), donde se vean reflejadas las variables críticas en la forma de “indicadores clave”. Dado que la propuesta de Kaplan y Norton fue utilizada por la NHS británica en su Matriz de Evaluación de Desempeño, es posible imaginar un uso similar para una matriz de integración argentina.

Sin embargo, como se señaló, el relevamiento de herramientas de medición de integración no proveyó referencias claras y efectivas para construir un “mapa” de las funciones del sistema de salud argentino ni una definición operativa clara de integración. Estos dos componentes son decisivos para la puesta en marcha de un mecanismo como el buscado, que debe saber qué medir, en dónde y en función de qué referencia.

## **Marcos internacionales de evaluación de desempeño**

Para encontrar referencias efectivas para la construcción de un instrumento de medición de integración, se recurrió a un nuevo relevamiento bibliográfico – en este caso, de marcos de evaluación de desempeño de los sistemas.

Los marcos de evaluación de desempeño (en inglés: Health System Performance Assessment - HSPA) se construyen en torno a las problemáticas más importantes en la agenda de cada país. De esta forma, los problemas clave en países de altos ingresos tienden a vincularse a la contención de costos crecientes, en un contexto de alto dinamismo tecnológico y elevadas expectativas sociales (Tashobya et al., 2014). En países de bajos ingresos, en cambio, la prioridad se enfoca en incrementar el nivel de cobertura geográfica y prestacional. Estas diferencias reflejan distinciones contundentes en los perfiles socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos de cada país. Algunos marcos HSPA han sido desarrollados en países de bajos ingresos en el pasado reciente, pero la gran mayoría se concentra en naciones de ingresos altos (Tashobya et al., 2014).

Este tipo de herramientas permiten identificar las funciones cumplidas por un sistema de salud, determinar variables claves y comenzar a discutir el grado de integración que las mismas presentan tanto a su interior como en su interacción mutua. El relevamiento bibliográfico realizado destacó cinco grandes referencias de marcos internacionales: el World Health Report 2000 (OMS), los “Building Blocks” de la OMS (2007 y 2010) (utilizados también por USAID, 2017), la “Health at a Glance” de la OCDE (2021), el Índice de Desempeño en Acceso y Calidad del Grupo GBD (2018) y el Health System Performance Assessment del Observatorio Europeo y la OMS (2022).

**Tabla 1.** Antecedentes de herramientas de medición de desempeño

Herramienta	Variables	Objetivos del sistema	¿Tiene índice?	Pos. Arg
<b>OMS (2000)</b>	4 Funciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobernanza</li> <li>• Generación de recursos</li> <li>• Financiamiento</li> <li>• Provisión de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptividad</li> <li>• Contribución financiera justa</li> <li>• Mejoramiento de la salud</li> </ul>	Sí	71 - 75°
<b>OMS (2007)</b>	6 “Building blocks”: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de servicios</li> <li>• Personal de salud</li> <li>• Información</li> <li>• Productos y tecnologías médicas</li> <li>• Financiamiento</li> <li>• Liderazgo / Gobernanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptividad</li> <li>• Protección financiera</li> <li>• Mejoramiento de la salud (nivel y equidad)</li> <li>• Eficiencia</li> </ul>	No. Por indicador.	-
<b>OCDE (2021)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud</li> <li>• Factores de riesgo</li> <li>• Acceso</li> <li>• Calidad</li> <li>• Capacidad y recursos del sistema de salud</li> <li>• Covid 19</li> </ul>	Mejoramiento del estado de salud	No. Por indicador.	-
<b>GBD (2018)</b>	Resultados de salud: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 32 indicadores de mortalidad</li> </ul>	Mejoramiento del estado de salud	Sí: HAQ	83°
<b>OE y OMS (2022)</b>	4 Funciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobernanza</li> <li>• Generación de recursos</li> <li>• Financiamiento</li> <li>• Provisión de recursos</li> </ul> 16 Subfunciones (4 por función) y 53 Áreas de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Receptividad</li> <li>• Contribución financiera justa</li> <li>• Mejoramiento de la salud</li> </ul>	No. Por área de evaluación y subfunción.	-

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento y a Papanicolas et al. (2022).

## Algunos casos nacionales de Evaluación de desempeño

### Australia

#### **National Health Performance Framework.**

A instancias del Australian Institute of Health and Welfare (2017), el país dispone de una matriz de evaluación de desempeño (la *National Health Performance Framework*) que se despliega en tres niveles: estado de salud, determinantes de salud y sistema de salud. Cada uno de ellos está desagregado en dimensiones, que a su vez se operacionalizan a través de indicadores. El [sitio web](#) ofrece acceso actualizado a cada uno de ellos.

## Canadá

### **Canadian Health Indicators Framework (2002-05) y Proposed Health System Performance Framework (2013).**

Durante los noventa, el Canadian Institute for Health Information (CIHI) desarrolló un marco de indicadores que evaluaba la salud en el país boreal en 4 niveles: *estado de salud, determinantes no médicos, desempeño del sistema* y *“comunidad y características del sistema”*. En 2013, el mismo CIHI propuso una nueva versión, que incorporaba dimensiones y extendía el concepto de desempeño a los cuatro niveles, ahora definidos como: *objetivos finales, determinantes sociales de la salud, productos del sistema de salud* y *“contexto, características e inputs del sistema de salud”*. Dentro de cada nivel, una serie de dimensiones se despliegan para ofrecer referencias de medición concretas.

## Ghana

### **Holistic Assessment of Health Sector programme of work.**

La Herramienta de Evaluación Holística del sector salud en Ghana (Ministry of Health of Ghana, 2017) tiene el propósito de “ofrecer a los actores involucrados la oportunidad de dialogar sobre el desempeño en salud dentro de un marco común”. Interesantemente, la herramienta construye un índice (es decir, una combinación ponderada de indicadores) global para reflejar el desempeño anual. Dicho índice está compuesto por 6 objetivos que a su vez se forman a partir de una combinación de indicadores e hitos. Cada hito e indicador recibe un puntaje de -1, 0 o +1 según su desenvolvimiento en el año (si mejoró, suma positivo, si empeoró, negativo, etc.). Según estos puntajes, cada objetivo obtiene un score que va del 0 al 5; los scores ponderados del conjunto de los objetivos conforman, consecuentemente, el índice de desempeño global. En las pp. 9-11 puede encontrarse un resumen de los indicadores por objetivo, mientras que el Anexo 2 (pp. 80-110) presenta una explicación clara y completa sobre el método de ponderación y sobre el cálculo específico de cada score.

## Reino Unido

### **NHS Performance Assessment Framework (Inglaterra), NHS Outcomes Framework y NHS Wales Performance Framework (Gales).**

La NHS británica desarrolló, durante el gobierno laborista, una Performance Assessment Framework (PFA) para contar con un sistema de medición de desempeño que sirva también como un sistema de gestión estratégica, vinculando las estrategias nacionales con las actividades desarrolladas por cada organización de la NHS. Para ello, retomó la propuesta de Kaplan y Norton (Balanced Scorecard) y la adecuó a sus necesidades específicas. La PFA cuenta con seis dimensiones: 1) mejoramiento de la salud, 2) acceso justo, 3) provisión efectiva de atención adecuada, 4) eficiencia, 5) experiencia del usuario y el personal, y 6) resultados de salud. Cada dimensión era medida por más de media docena de indicadores, llamados High Level Performance Indicators (HLPI), que podían contrastarse para evaluar el desempeño de cada organización integrante de la NHS.

Sin embargo, la PFA parece haber dejado de ser empleada: la guía de implementación del 2012 presenta un enfoque distinto (basado en el financiamiento y la calidad) y, desde 2011, en Inglaterra se publica un marco diferente, denominado “NHS Outcomes Framework” (OF). La OF evalúa el desempeño nacional de la NHS según su capacidad para alcanzar los objetivos deseados, que se despliegan en 5 dominios: 1) Prevenir muertes prematuras, 2) Mejorar la calidad de vida de personas con padecimientos crónicos, 3) Ayudar a que las personas se recuperen de episodios de enfermedad o lesión, 4) Asegurarse de que los pacientes tengan una experiencia de atención positiva, y 5) Atender a las personas en ambientes saludables y protegerlos de daños evitables.

La matriz de desempeño de la NHS de Gales, al contrario, continúa implementándose. Al igual que la inglesa, sus dimensiones se enfocan en objetivos - situaciones deseadas (por ejemplo: “el personal de salud de Gales está motivado”), pero en este caso las mismas se desagregan en acciones del sistema de salud con sus indicadores correspondientes.

## Conclusiones

El relevamiento realizado da cuenta de dos maneras de evaluar desempeño, que se aproximan al problema desde ángulos diferentes. Algunos, como el HAQ del GBD, determinan el nivel de desempeño observando los resultados de salud esperados y contrastándolos con los deseados. Para esto, emplean indicadores “proxy”, donde los países que exhiban los mejores resultados serán los países con mejor desempeño. Otros, como los marcos de la OMS (World Health Report –2000–, Building Blocks –2007– y HSPA –2022–), evalúan el rendimiento de cada una de las funciones y/o subfunciones del sistema. Algunas conceptualizaciones permiten conglomerar los rendimientos parciales funcionales en un único índice global de desempeño, mientras que otras consideran válida a una evaluación acotada por área. Podría clasificarse al primer tipo de aproximación como medición del desempeño “desde arriba”, mientras que la segunda implicaría, al contrario, una evaluación “desde abajo”.

En cualquier caso, la existencia de indicadores es indispensable para evaluar desempeño. En general, se trata de indicadores de resultados, aunque también es posible encontrar indicadores de procesos. Su selección, fundamentalmente ligada a una definición sobre lo que es importante para la salud y lo que no, depende a su vez de un componente operacional: para facilitar la rendición de cuentas, monitorear los sistemas de manera regular, formar iniciativas de política pública y modificar el comportamiento de los actores es preciso contar con un indicador representativo, pero también capaz de ser medido de manera válida. En la tensión entre abarcabilidad y validez se construyen los indicadores realmente existentes.

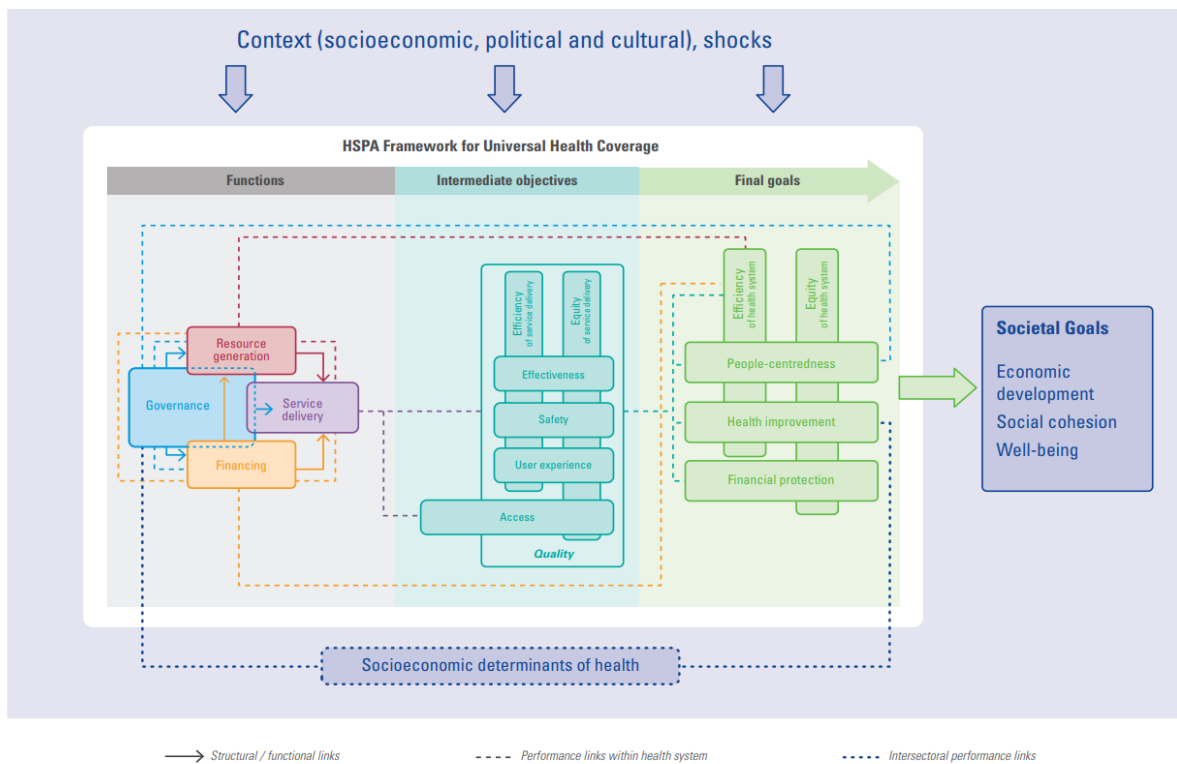
El Monitor Argentino de Integración busca cumplir una doble tarea: facilitar una visión común de los componentes funcionales del sistema de salud y de sus necesidades de integración, por un lado, y proporcionar una manera de evaluar su desempeño, por el otro. A la luz de estos objetivos, los marcos de evaluación “desde abajo” representan una referencia ineludible dado que, al contrario de otras aproximaciones, permiten visualizar las funciones del sistema de salud y evaluar aspectos puntuales del mismo.

## El marco HSPA como referencia principal

El documento *Health system performance assessment (HSPA). A framework for policy analysis* (Papanicolas et al., 2022), publicado por el Observatorio Europeo y la Organización Mundial de la Salud, termina de coronar el proceso disparado por el World Health Report en el año 2000 al ofrecer un extenso y riguroso marco conceptual para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Condensando las propuestas de trabajos previos (muchos de los cuales han sido descritos en la sección anterior), propone una matriz desplegada a lo largo de cuatro funciones –gobernanza, generación de recursos, financiamiento y provisión de servicios. Estas funciones, divididas en subfunciones, ejecutan acciones e interactúan entre sí para producir resultados orientados a tres objetivos definidos: el mejoramiento de la salud, la protección financiera. La matriz despliega una serie de “áreas de evaluación” para cada subfunción, proporcionando indicadores concretos que luego se vinculan con el desempeño específico de cada función y, por derivación, con el desempeño general del sistema. A partir de cada área de evaluación, la matriz HSPA sugiere indicadores (“indicative measures”) que operacionalizan aquellos aspectos claves para el desenvolvimiento adecuado de las funciones del sistema.



**Figura 2.** Matriz HSPA de Cobertura de Salud Universal

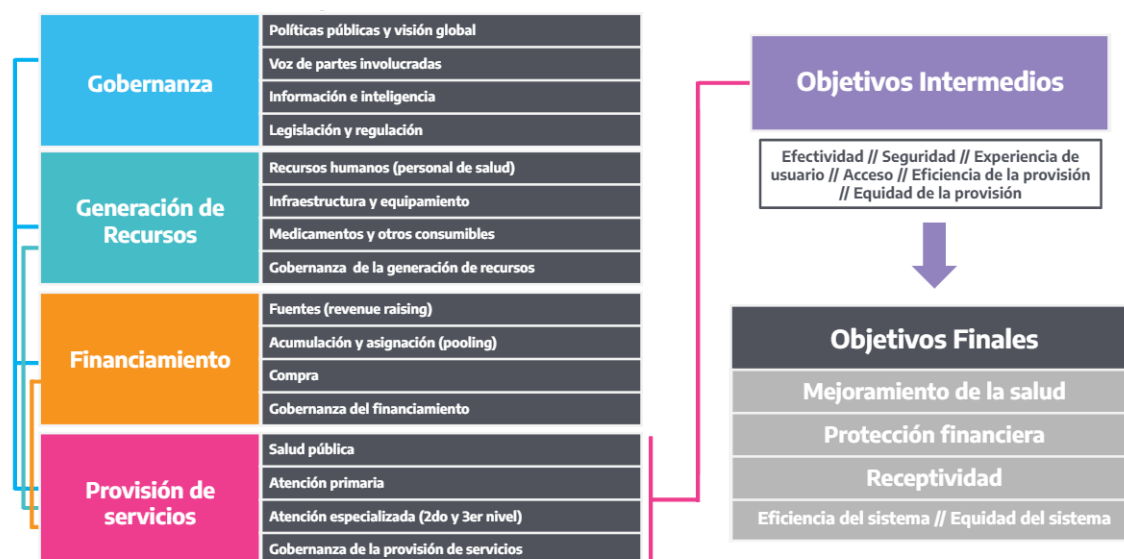


Fuente: Papanicolas et. al (2022).

De esta manera, el documento apunta a enmarcar la evaluación del desempeño dentro de una concepción conceptual más amplia, capaz de identificar los factores internos (interacciones funcionales e intra-funcionales) y externos (contexto, determinantes de la salud, objetivos societales) que intervienen en los procesos desarrollados por el sistema de salud. Una versión sintética de la matriz HSPA, tal cual está presentada en el Papanicolas et al. (2022), se puede ver en la figura 2.

A la fecha, este documento constituye la referencia más completa para la construcción de un instrumento de monitoreo y evaluación del desempeño y la integración de los sistemas provinciales de salud. Brinda una visión clara (aunque con limitaciones ineludibles) sobre la estructura, la ubicación y los límites del sistema de salud y, en consecuencia, facilita los esfuerzos por definir los componentes claves del sistema y, posteriormente, identificar recursos para medir su desempeño.

**Figura 3.** Matriz HSPA en formato estilizado.



Fuente: Papanicolas et. al (2022).

Las funciones, subfunciones, áreas e indicadores propuestos por el Marco HSPA ofrecen un punto de partida fundamental. El desafío del proyecto propuesto es adecuar cada uno de estos componentes a la realidad propia del sistema de salud argentino, con la mira puesta en formular un instrumento realizable, representativo y capaz de servir de insumo para la tarea desarrollada por los programas nacionales y las políticas públicas jurisdiccionales. En el capítulo siguiente, se presentarán las bases conceptuales, metodológicas y operativas del trabajo de construcción del Monitor Argentino de Integración de los sistemas de salud.

## 4. Propuesta

### Concepto

El Monitor Argentino de Integración (MAI) es el primer instrumento integral que propone el Ministerio de Salud de la Nación para medir el desempeño y la integración de los sistemas de salud provinciales. El MAI consta de 46 indicadores cualitativos y cuantitativos (existentes o creados especialmente) y refleja las variables fundamentales que determinan el desempeño de cada subfunción de los sistemas de salud.

### Objetivos

<b>General</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar la <b>medición y evaluación</b> del desempeño y la integración de los sistemas de salud provinciales mediante un Monitor con indicadores de referencia para todas las funciones de los sistemas de salud.</li> </ul>
<b>Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar un <b>concepto común</b> de las funciones del sistema de salud.</li> <li>• Poner en valor al <b>desempeño</b> del sistema como aspecto decisivo de la gestión sanitaria.</li> <li>• Identificar áreas donde la <b>segmentación y fragmentación</b> de los subsistemas de salud afecta negativamente al desempeño global del sistema.</li> <li>• Definir operativamente a la <b>integración</b> de los subsistemas a través de indicadores ponderados.</li> <li>• Contribuir a la disponibilidad de <b>información estratégica</b>.</li> <li>• Fortalecer las <b>capacidades de gobierno</b> del Ministerio de Salud.</li> </ul>

### Componentes

El Monitor Argentino de Integración cuenta con dos componentes principales: la Matriz de Desempeño del Sistema de Salud y el Tablero de Indicadores de Integración.





La Matriz de Desempeño de los Sistemas de Salud brinda una estructura conceptual para agrupar a 42 indicadores de desempeño, discriminados por función y subfunción. El Tablero de Indicadores de Integración de los Subsistemas, por su parte, ofrece una perspectiva sintética, pública y de actualización periódica sobre el estado de integración de los sistemas jurisdiccionales de salud, con indicadores diferenciados por función. Se proyecta que el Tablero pueda ser accesible mediante el portal web del Ministerio de Salud de la Nación. Ambos componentes contarán con un único input: una tabla global que almacenará los valores de cada indicador para todas las jurisdicciones para cada período.

## Metodología

Proceso de selección de indicadores

### Fuentes de información:

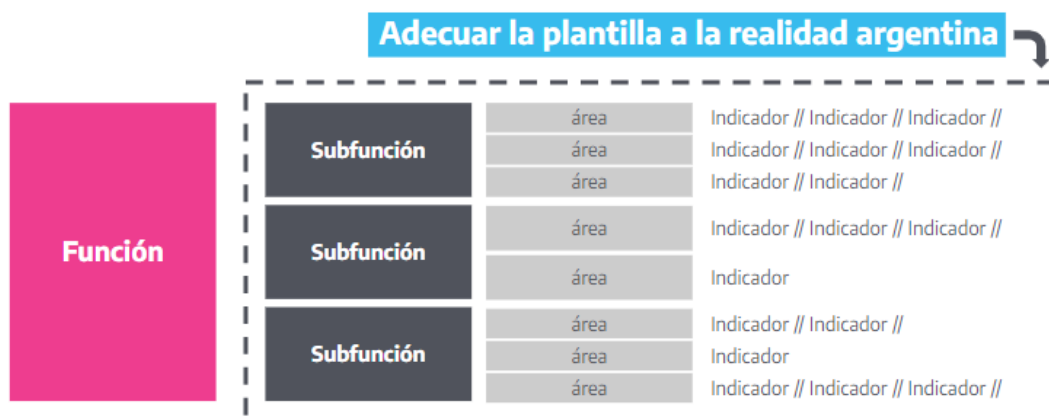
La disponibilidad de la información en tiempo y forma representa un punto crítico para el éxito del proyecto del M.A.I. Por lo tanto, construir una arquitectura de fuentes de información confiable y regular constituyó una prioridad a la hora de diseñar la Matriz y el Tablero.

Los indicadores seleccionados se alimentan, principalmente, de tres tipos de fuentes: aquellas provistas por las áreas estadísticas de la Administración Pública Nacional (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Economía, INDEC), aquellas garantizadas a través de consultas a las autoridades de las jurisdicciones y aquellas que pueden ser accedidas a través de la web de manera pública. A su vez —y como se detalla en el apartado siguiente—, la disponibilidad de las fuentes de información fue tomada como un criterio central a la hora de priorizar y seleccionar indicadores. Los indicadores con fuentes de la APN o la web fueron identificados como Clase “A”, los que se basaban en fuentes jurisdiccionales, Clase “B”, y los que no contaban con una fuente identificada, Clase “C”.

### Para la Matriz de Desempeño de los Sistemas de Salud:

La selección de indicadores de la Matriz parte de la base proporcionada por el marco HSPA. A partir de ella, se avanzó con las modificaciones pertinentes a fin de producir una matriz integral capaz de reflejar las acciones e instituciones involucradas en el sistema de salud

argentino. Para ello, se revisaron funciones, subfunciones, áreas e indicadores y se sintetizó cada área de evaluación a través de un único indicador seleccionado.



Fuente: elaboración propia en base a Papanicolas et. al (2022).

La Matriz está acompañada una ficha completa para cada indicador seleccionado, en la que se detallan:

- Definición
- Variable
- Clase (A, B o C)
- Tipo
- Fuente de información
- Frecuencia de medición

Estas características fueron tenidas en cuenta a la hora de determinar la aplicabilidad de cada indicador.

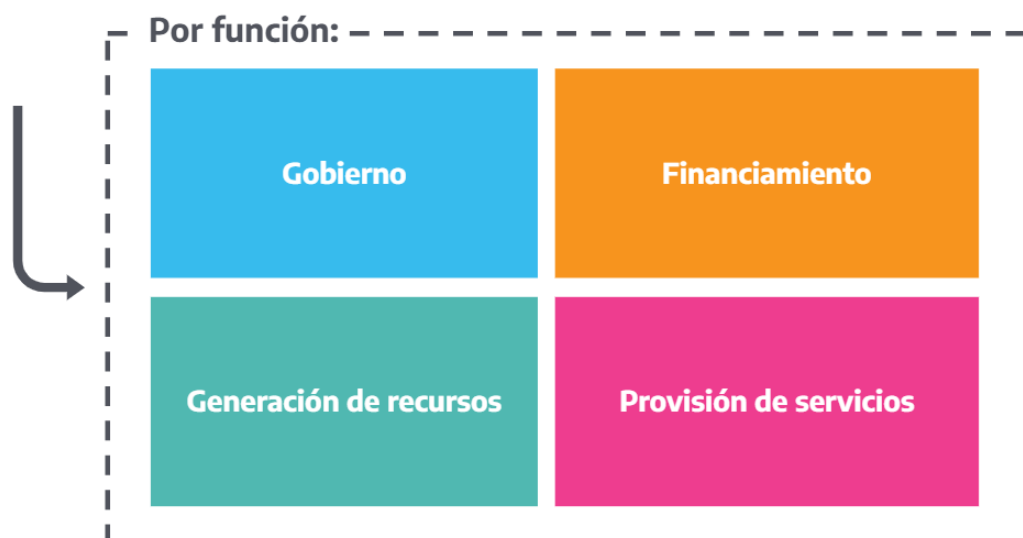
Los indicadores Clase A se refieren a aquellos que provienen de fuentes nacionales o se encuentran disponibles en la web; Clase B, aquellos que se basan en información producida a nivel jurisdiccional, municipal o internacional y no son de carácter público nacional; Clase C, aquellos que requieren información que no es medida de manera periódica y consistente en la actualidad.

Para el Tablero de Indicadores de Integración de los Sistemas:

A partir de las fichas producidas para la totalidad de los indicadores de la Matriz de Desempeño, se extraerán aquellas variables que se consideren representativas de la integración de los subsistemas. Esta selección, más acotada y accesible, resumirá el estado de la integración en las cuatro funciones del sistema de salud de las jurisdicciones.

## Definir

### indicadores destacados de integración de subsistemas



Fuente: elaboración propia (2022).

Los indicadores de integración constituyen un grupo reducido, extraído de la matriz de desempeño. La selección de los indicadores existentes se realiza en función de los siguientes criterios de priorización:

- Estar vinculado con la integración de los subsistemas de salud;
- Ser de Clase "A" o "B"; y
- Contar con una alta extensión dentro de su subfunción.

#### Proceso de elaboración del instrumento

Para la construcción del M.A.I y sus dos componentes, se propone un abordaje de 7 pasos:

#### Etapa

##### 1. Definir la modalidad de empleo del instrumento:

centralización en el MSal o distribución a las jurisdicciones.

##### 2. Ratificar definiciones de base:

límite funcional del sistema de salud, objetivos intermedios y finales.

##### 3. Definir y ratificar definiciones operativas:

funciones, subfunciones y áreas de la matriz de desempeño.

##### 4. Identificar y estratificar indicadores de la Matriz:

completar subfunciones y distinguir según clase A, B o C.

##### 5. Construir fichas técnicas para indicadores:

priorización, definición, fuente, periodicidad y calidad.

#### **6. Extraer indicadores de integración para el Tablero:**

clase “A” y “B” como condición de exclusividad.

#### **7. Ratificar con áreas sustantivas del MSal:**

presentación interna de la Matriz y el Tablero.

### Definiciones operativas

**Salud:** la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2014 [1946]) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y sostiene que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. De igual manera, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (con jerarquía constitucional desde 1994<sup>2</sup>) reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Su protocolo facultativo, ratificado en 2003, entiende a la salud como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Esta definición no se encuentra exenta de imperfecciones y dificultades. Un número de autores, como Leonardi (2018), señalan que identificar a la salud de una manera tan ambiciosa corre el riesgo de convertirla en algo imposible de alcanzar: no existe ser humano que vivencie su paso por el mundo en un constante estado de bienestar. Adicionalmente, afirman que la extensión del concepto dificulta su medición y operacionalización y hacen un llamamiento a superar la visión de la OMS, adecuada en el momento de su formulación pero, según su perspectiva, con severas limitaciones en el presente.

Estas consideraciones, si bien resultan pertinentes, no deben perder de vista el sentido orientador de la concepción de la OMS: el objetivo de los sistemas de salud no es producir *sui generis* un estado completo de bienestar de manera inmediata, sino apuntar a mejorar el nivel global de salud apuntando a garantizar el goce máximo de bienestar posible. Ninguna definición alternativa de salud ostenta el inmenso grado de consenso que rodea a la propuesta de la OMS, sostenido a lo largo del tiempo y los continentes. Este hecho, por sí solo, da cuenta de la utilidad técnico-política de la definición. Lo mismo ha quedado demostrado durante el proceso de elaboración de la propuesta del MAI, donde el mejoramiento del nivel de salud ha servido de constante principio orientador.

**Sistema de Salud:** se toma como referencia la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud: “los recursos, actores e instituciones relacionados con el financiamiento,

<sup>2</sup> La República Argentina, a través del artículo 75 inc. 22 de la Constitución, incorporó el derecho a la salud dentro de su plexo constitucional a través de disposiciones tales como los artículos 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 16 de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño, 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y 5 e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

regulación y provisión de acciones de salud. Donde las acciones de salud son cualquier conjunto de actividades cuyo propósito principal es mejorar o mantener la salud” (OMS, World Health Report, 2000).

Sin embargo, como se explicó en la entrada de “Salud”, la salud puede ser entendida en términos mucho más amplios. En función de ello, existen diferentes conceptualizaciones sobre los límites de un sistema de salud, particularmente en torno a la salud pública, las políticas públicas de otros sistemas (como el educativo, de vivienda o de transporte) y el rol de la industria de recursos médicos.

Al limitar el sistema de salud a las acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud, la definición de la OMS proporciona una definición operativa de los límites del sistema de salud y de las partes interesadas e instituciones encargadas de mejorar la salud.

Conceptualmente, un sistema es un conjunto de componentes (Von Bertalanffy, 1969) que interactúan dentro de un entorno particular para ejecutar aquellas funciones que sean necesarias para alcanzar los objetivos globales del sistema (Meadows, 2008). En este sentido, todo sistema implica la existencia de dos o más subsistemas que, sin ser unidades autónomas del sistema en su conjunto, interactúan regularmente en forma diferente al proceso total (Atkins, 1991). Los sistemas se caracterizan por una función específica, pero desarrollan diferentes modalidades de interacción con otros sistemas para llevar dicha función adelante.

Así como la salud es indispensable para el funcionamiento de la economía, la educación y el sistema político, el sistema de salud no puede concebirse sin las contribuciones que, por ejemplo, realiza el sistema productivo (a través de la provisión de recursos físicos, medicamentos y consumibles, así como aportes y contribuciones de la seguridad social) o el sistema educativo (que forma recurso humano en su nivel terciario y superior y, al mismo tiempo, moldea hábitos y prácticas saludables).

**Subsistemas:** los subsistemas son las unidades diferenciadas que integran un sistema. Dado que son parte de algo más grande que ellos (porque ejecutan funciones orientadas a alcanzar objetivos globales), los subsistemas interactúan entre sí de manera regular, mutuamente dependiente y con cierto grado de coordinación. Sus características propias (dimensiones, modalidades, divisiones internas, etc.) y su interacción con el resto de los subsistemas, acumulados, determinan la imagen completa de un sistema (Von Bertalanffy, 1969).

Existen múltiples dimensiones sobre las cuales anclar la noción de subsistema; los mismos pueden construirse y clasificarse según su ubicación geográfica, su construcción social, política, jurídica o económica (Tobar, 2017). En este apartado adoptamos la clasificación basada en las formas de financiamiento debido a la relevancia que esta dimensión adopta en la conformación actual y el funcionamiento del sistema de salud argentino.

De esta manera, el sistema de salud argentino se compone de tres subsistemas: el público (fondos públicos), el de la seguridad social (aportes compulsivos) y el privado (aportes voluntarios y pago de bolsillo). Cada subsistema, entonces, cuenta con una población específica (aunque en casos estas se solapan), una forma de financiamiento particular y un conjunto de sectores e interacciones internas propias. El grado de integración entre los subsistemas determina el volumen, la calidad y la coherencia de las interacciones entre ellos (Maceira et. al, 2010). Sin embargo, es de destacar que utilizando esta dimensión, quedan en un segundo plano organizaciones y actores que por sus características no pueden ser clasificados en ninguno de los subsistemas precedentes, pero que ejercen importantes roles en nuestro sistema de salud. Los mismos son incorporados ad hoc como actores externos que interactúan desde afuera del sistema, desempeñando roles clave.

**Actores:** en un nivel de agregación inferior, el sistema y los subsistemas de salud están compuestos por actores. Se trata de sujetos colectivos que reúnen capacidades específicas, recursos e información e inciden en diferentes aspectos del proceso ejecutado a través de las cuatro funciones del sistema de salud (Crojethovic, 2020). Entre ellos, se destacan los actores gubernamentales<sup>3</sup> (de nivel nacional y subnacional, desconcentrados y descentralizados), los efectores de salud y redes de salud, junto a sus directivos y su personal, las obras sociales en todas sus variantes, las prepagas, las mutuales y cooperativas, los asegurados y, fundamentalmente, la población en general. A su vez, es preciso tener en consideración a las organizaciones intermedias que agrupan y aglutinan a los actores, como los colegios profesionales, las sociedades científicas, las confederaciones de financiadores y financiadores (COSSPRA, COSUN, UAS, CEMPRA, etc.) y las asociaciones de pacientes.

El grado en el cual los actores del sistema de salud pueden ser hechos responsables por su intervención en la concreción de los objetivos finales del sistema depende de su pertenencia o no a dicho sistema. Es decir, la amplitud en la definición del sistema de salud y sus límites determina qué actores pueden considerarse parte constitutiva del sistema de salud y cuáles, sin dejar de ser relevantes, interactúan desde afuera. De manera esquemática, puede distinguirse un “campo de la salud”, integrado por actores que ejecutan acciones cuya acción principal no es el mejoramiento de la salud, pero que interactúan de manera decisiva en el proceso funcional del sistema de salud, como las farmacéuticas, empresas productoras de dispositivos médicos, las facultades de medicina y las organizaciones intermedias empresariales, patronales y sindicales asociadas a la salud.

**Objetivos del sistema de salud:** todo sistema despliega sus funciones y componentes para cumplir con ciertos objetivos finales. En el caso de la salud, prácticamente todas las conceptualizaciones coinciden en identificar tres objetivos finales: el mejoramiento de la salud (el objetivo clave); la protección financiera; y la receptividad ante las expectativas de la ciudadanía y el trato adecuado de las personas. Los tres objetivos finales están atravesados por la maximización de la equidad y la eficiencia (OMS, 2000, y Papanicolas et al., 2022).

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Jurisdiccionales, Secretarías de Salud municipales; Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud), ANMAT, ANLIS, ANLAP, INCUCAI, INC.

La concreción de los objetivos finales (de un carácter general) depende de la capacidad de las funciones del sistema para alcanzar un número de objetivos intermedios. Estos, más concretos y más vinculados con las acciones concretas de las funciones, sirven de “puente” hacia los objetivos finales. A los usos del M.A.I, se entiende como objetivos intermedios a: la Equidad, Acceso, Calidad, Eficiencia, Efectividad y Sustentabilidad.

**Desempeño:** el desempeño de un sistema, subsistema o función se refiere a su capacidad de alcanzar los fines / objetivos propuestos de acuerdo con los recursos disponibles. Es decir, el desempeño refleja la aptitud para alcanzar –o contribuir a alcanzar– objetivos. Un sistema de salud tendrá un mejor desempeño cuando sea más eficiente y efectivo a la hora de garantizar el mejoramiento de la salud, la protección financiera y su receptividad frente a la población a su cargo. Una función de dicho sistema presentará un mejor desempeño cuando sus acciones produzcan resultados positivos en la equidad, el acceso, la calidad, la eficiencia, la efectividad y la sustentabilidad del sistema, facilitando la concreción de los objetivos finales.

**Integración:** los subsistemas de salud (público, seguridad social y privado) tienen intereses propios, pero objetivos globales comunes. Todo sistema está integrado por subsistemas que operan de manera diferenciada pero interactúan bajo cierto grado de coordinación y dependencia mutua. Por lo tanto, su desempeño está invariablemente determinado por su capacidad de alinear sus acciones (es decir, las funciones que cumplen dentro de su propia área de responsabilidad) con los objetivos del sistema. Cuando los vectores tienen la misma dirección y el mismo sentido, su magnitud se complementa; cuando no la tienen, se dispersa y disminuye, comprometiendo su propia razón de ser.

Por lo tanto, un sistema de salud tendrá un mejor desempeño cuando tanto la organización hacia adentro de sus funciones como la interacción entre cada una de ellas estén atravesadas por criterios comunes. Naturalmente, dicha cohesión de criterios puede adquirir distintos grados de intensidad, que van desde regulaciones comunes y convenios específicos hasta la acumulación de la mayoría de las funciones por parte del sector público. Un sistema absolutamente integrado concentra las cuatro funciones dentro de una sola organización; un sistema completamente fragmentado exhibe organizaciones diferentes tanto entre funciones como dentro de ellas.

Cuanto más complejo sea el sistema (es decir, cuanto más divididas estén las coberturas y las funciones), más importante se vuelve poder sentar bases comunes de coordinación y ejecución para alinear esfuerzos en vez de dispersarlos. Muchos actores operando por su cuenta, sin una visión global ni un marco de incentivos que los direccionen, pueden redundar en fuertes contradicciones y descoordinaciones. Esto afecta, inevitablemente, al desempeño del sistema. De esta forma, la agregación y pluralidad de actores debería redundar en mejores resultados de los que se habrían obtenido si las partes operaran por separado. Cuando, al contrario, los elementos de un sistema no están adecuadamente integrados, las propias cualidades organizativas se erigen como obstáculos estructurales que impiden la maximización de la capacidad del sistema, desperdiciando oportunidades de sinergia,

coordinación y aprovechamiento de sus distintos componentes (Belmartino, 2002; Stolkiner, 2009).

La integración refleja el nivel de coordinación de base que cada una de esas partes asume a la hora de cumplir sus tareas específicas. En este sentido, es una variable de grado: los sistemas de salud pueden estar más o menos integrados— no se trata de blancos y negros. Al mismo tiempo, es un concepto normativo. Como señala Elhauge (2010), fragmentación significa que “múltiples tomadores de decisiones toman un conjunto de decisiones [de salud] que se harían mejor a través de una toma de decisiones unificada.”

La integración es, en primer término, una estrategia para mejorar el desempeño del sistema de salud. Si integrar es reducir la fragmentación, entonces la integración es el proceso por el cual se centralizan las decisiones que serían mejor tomadas de manera centralizada, se coordinan las decisiones que serían mejor tomadas de manera coordinada y se descentralizan las decisiones que serían mejor tomadas de manera autónoma. Y, con ello, quién tiene acceso a qué fondos, qué coberturas y qué información estratégica.

Determinar el grado de integración “óptimo” implica realizar un ejercicio político y subjetivo para definir cuánta autonomía es dañina —“fragmentación”— y cuánta es virtuosa en cada función y cada subfunción del sistema.

Para evaluar y monitorear la integración en el MAI, tomamos la siguiente definición de integración: *la coordinación entre actores pertenecientes a al menos dos subsistemas*, pudiendo desarrollarse dicha coordinación en sus dimensiones política, administrativa, financiera, logística, médica o tecnológica.

**Funciones del sistema de salud:** los sistemas ejecutan funciones a través de la interacción entre sus componentes. Dichas funciones producen resultados (outputs) a partir de los insumos con los que cuentan (inputs). Estos resultados contribuyen parcialmente —y, de manera acumulada, enteramente— a cumplir con los objetivos del sistema, enumerados más arriba. En el marco conceptual establecido para el Monitor Argentino de Integración, las cuatro funciones del sistema de salud son: Gobierno, Generación de Recursos, Financiamiento y Provisión de Servicios.

**Función de Gobierno:** la función de gobierno es la más importante de todas. Sin conducción, las otras tres funciones operarían dentro de silos propios en vez de en un sistema regido por principios ordenadores. El gobierno del sistema de salud se refiere, concretamente, al proceso que da dirección al sistema en su conjunto, ya sea a través de políticas, decisiones, creación de normas o aplicación de las mismas. Gobernar un sistema implica intervenir en su diseño, regular las modalidades de interacción entre las funciones, establecer estándares para el desarrollo de procesos y, en definitiva, dar forma global a una estructura compleja para que sea capaz de afrontar los desafíos del presente y adaptarse a los desafíos del futuro.

Por eso, el impacto del gobierno (es decir, su capacidad de aportar a los objetivos finales) se despliega a través de su interacción con las otras tres funciones. El gobierno de la generación de recursos, el gobierno del financiamiento y el gobierno de la provisión de servicios se



presentan como tres subfunciones que se complementan con la función general (y más abarcativa) del gobierno global.

Se eleva por sobre las otras funciones por una razón fundamental: es el gobierno, en tanto acción del Estado, el que tiene la responsabilidad última por el desempeño del sistema de salud de un país. El gobierno no solo influencia a las otras funciones, sino que hace posible la consecución de los objetivos finales del sistema. Para maximizar esta consecución, el gobierno debe asegurarse de que la función de gobierno permee sobre todos los niveles del sistema de salud. Es, en este sentido, tanto la base fundamental como la palanca de la generación de recursos, el financiamiento y la provisión de servicios.

La función de gobierno también opera a través de la colaboración con sectores por fuera del sistema de salud. Maximizar el desempeño de la función de gobierno no depende tan solo del sector de la salud, sino que involucra el trabajo conjunto con otros actores (como la educación y el ambiente). El concepto de gobierno se extiende más allá de la salud, así como lo que sucede por fuera de la salud afecta a la salud.

Se tomó la definición de reemplazar el concepto utilizado por Papanicolas et al. (2022), "Gobernanza", por el de "Gobierno", por considerar que representa de manera más adecuada el rol de las autoridades sanitarias en cada uno de los subsistemas. La Gobernanza es una interpretación específica de los mandatos y necesidades del ejercicio del gobierno y, en el mismo sentido, implica una definición teórica específica sobre la naturaleza de la política, el Estado y el poder. Como señalan Chhotray y Stoker (2009), "la gobernanza se trata de las reglas de toma de decisión colectiva en ámbitos donde existe una multiplicidad de actores u organizaciones y en los cuales no existe ningún sistema de control formal capaz de dictar los términos de la relación entre dichos actores y/o organizaciones".

La multiplicidad de actores a lo largo de tres subsistemas y la necesidad de consensos horizontales y verticales se encuentra con un Ministerio de Salud de la Nación con un rol explícito de rectoría, planificación, regulación, ejecución y coordinación: el gobierno del sistema de salud, entonces, no puede ser entendido en términos de debilitamiento de la capacidad de control, sino más bien a través un empoderamiento del Ministerio de Salud, a partir de maneras de ejercer la autoridad que resulten lo más eficaces posibles para lidiar con la fragmentación y la complejidad.

### **¿Cómo contribuye la función de gobierno al desempeño global?**

- Conduce al conjunto de los sectores en base a una visión integral.
- Identifica y aborda los principales desafíos del presente y del futuro.
- Aglutina y produce información estratégica para el monitoreo y evaluación.
- A través de regulaciones y controles, garantiza la calidad, transparencia y equidad a lo largo de todas las acciones de salud (OMS, 2007).

## **Sub-funciones de gobierno**

*Políticas públicas y visión global:* fijación de prioridades y determinación del diseño estratégico del sistema a través de políticas públicas. Se define como la capacidad de proveer al sistema de una visión estratégica que se encuentre plasmada en documentos, leyes, guías y políticas públicas. Debe incluir la visión de la mayor cantidad de actores posibles y no debe limitarse a la política sectorial, sino que debería incluir una política y visión global.

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Jurisdiccionales y Secretarías de salud, organismos descentralizados); Presidencia y Gobernadores, organismos internacionales (externos).

*Coordinación intersectorial:* promoción de instancias de articulación de intereses, necesidades y acciones entre los actores del sistema de salud y con otros sistemas sociales involucrados indirectamente en la salud de las personas. La acción integradora de los actores gubernamentales contribuye a disminuir la fricción que, necesariamente, será producida por los conflictos de interés entre actores. Se evalúa su existencia, su calidad y la priorización de la integración como estrategia de coordinación.

Actores: gubernamentales, confederaciones de financiadores y prestadores.

*Información e inteligencia:* la cultura organizacional y las políticas públicas orientadas a la infraestructura de recolección y sistematización de información capaz de garantizar la toma de decisiones basada en evidencia a nivel sistema. Se pone el foco en la capacidad de recolección, empleo y difusión adecuada de la información producida para hacer frente a las variaciones dentro del sistema de salud y la salud de la población.

Actores: gubernamentales, efectores y redes de salud.

*Legislación y regulación:* el World Health Report 2010 enfatiza la necesidad de legislación y regulación (OMS, 2010). Aquí es definida como una subfunción, entendida como “las reglas para regir el comportamiento de los actores”. Sin embargo, el Informe advierte que las leyes y los reglamentos por sí solos no son suficientes. La capacidad de producción de legislación debe estar acompañada por la capacidad de garantizar su cumplimiento y adecuación. En este sentido, resulta particularmente relevante la atribución propia de las instituciones estatales en lo relativo a la imposición de sanciones y la creación de incentivos gubernamentales para dirigir al sistema de acuerdo a una visión global, asegurando el cumplimiento efectivo de la normativa y las regulaciones correspondientes.

Actores: gubernamentales; Poder Legislativo (externo).

**Función de Generación de Recursos:** los sistemas de salud no se componen únicamente de instituciones que financian o prestan servicios, sino que incluyen un grupo diverso de organizaciones que producen insumos para esos servicios (Murray y Frenk, 2000). La atención de salud requiere movilizar un número considerable de recursos para proveer un

abanico de diferentes productos. Pocos procesos se comparan con la variedad, variabilidad y complejidad de la producción en salud.

La generación de recursos asegura que el sistema de salud tenga todos los insumos que necesita para funcionar. Estos insumos toman muchas formas: personal de salud, instrumentos médicos, equipamiento, infraestructura, fármacos, vacunas, consumibles, provisiones médicas, etc. El rol de la generación de recursos es asegurar que estos insumos sean producidos, proporcionados y mantenidos en el lugar y el momento en que se los necesita (Papanicolas et al., 2022). Como sostienen Adams et al. (2003), “la generación de recursos alcanza su máximo desempeño a través de la interacción de una fuerza de trabajo extensa y calificada, equipada con medicamentos y consumibles, trabajando en instalaciones adecuadamente construidas y equipadas.”

### **¿Cómo contribuye la generación de recursos al desempeño global?**

- Garantiza la disponibilidad y una adecuada distribución, formación y competencia del personal de salud a lo largo del territorio y los distintos sectores.
- Garantiza la disponibilidad y adecuada distribución de infraestructura y equipamiento médico a lo largo del territorio y los distintos sectores.
- Garantiza la disponibilidad y adecuada distribución de consumibles y medicamentos a lo largo del territorio y los distintos sectores.
- Promueve la incorporación de tecnologías innovadoras siempre que presenten evidencia concluyente respecto a su costo-efectividad.
- A través de las acciones mencionadas, contribuye al mejoramiento del acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud (OMS, 2007).

### **Sub-funciones de generación de recursos**

Se toma la diferenciación entre recursos físicos y recursos humanos de World Health Report 2000 como el punto de partida para definir a las subfunciones.

*Personal de salud:* los recursos humanos son el insumo más importante del sistema de salud. El desempeño de los sistemas de salud depende en última instancia del conocimiento, las habilidades y la motivación de las personas responsables de brindar los servicios (OMS, 2000). Utilizamos la definición amplia de la OMS de 2009 del personal sanitario: “todas las personas vinculadas con acciones cuyo propósito principal sea mejorar la salud” (OMS, 2009), tomando como referencia los convenios colectivos de trabajo de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA). Se pone énfasis en la disponibilidad y distribución de especialistas críticos: Clínicos, Generalistas, Cirujanos generales, Terapeutas, Anestesiólogos, Gineco obstetras, Pediatras.

Actores: efectores y redes de salud, directivos y personal, gubernamentales, colegios profesionales, sociedades científicas; universidades y ministerio de educación (externos).

*Infraestructura y equipamiento médico:* la infraestructura y el equipamiento médico son recursos físicos que garantizan a los proveedores y usuarios de salud las herramientas necesarias para brindar servicios de salud efectivos y eficientes. La infraestructura y el equipo médico se caracterizan por las grandes inversiones de capital necesarias para construir infraestructura de salud, como establecimientos de salud, y para proveer a los establecimientos de salud de equipamiento médico, como escáneres de imágenes por resonancia magnética. Otra característica común son los costos recurrentes de mantenimiento hasta que la depreciación alcanza un estado obsoleto o no funcional.

Actores: efectores y redes de salud, obras sociales, prepagas, aseguradoras, mutuales; proveedores de insumos médicos, cámaras empresariales, ministerio de obras públicas (externos).

La literatura sobre infraestructura de salud no ofrece una definición común de infraestructura dentro del sector de la salud. Siguiendo al HSPA, se adopta una definición relativamente estrecha. Esta perspectiva considera la infraestructura principalmente como las estructuras físicas, incluidos sus sistemas de soporte, necesarias para brindar atención médica. Esto se centra en los edificios, el suministro de energía y agua, y otros recursos físicos y tecnológicos, como equipos no médicos y computadoras.

*Consumibles:* se sigue el espíritu de la definición de equipo médico de la OMS, que diferencia entre los dispositivos médicos que requieren y no requieren mantenimiento. Los equipos médicos se incluyen en el primero, mientras que los consumibles y los dispositivos de un solo uso se encuentran en el segundo. Más específicamente, la OMS define el equipo médico como un dispositivo que requiere "calibración, mantenimiento, reparación, capacitación del usuario y desmantelamiento, actividades que generalmente están a cargo de ingenieros clínicos" (GHMT, 2012).

Actores: efectores y redes de salud, obras sociales, prepagas, aseguradoras, mutuales; proveedores de insumos médicos, cámaras empresariales (externos).

De acuerdo con el enfoque de la OMS, se trata a los productos farmacéuticos y los consumibles de la misma manera, ya que ambos se usan y consumen una vez, o cuando se usan más de una vez, son desechables, y ninguno requiere inversión de capital ni mantenimiento. Los dispositivos médicos de un solo uso se consideran consumibles porque también están destinados a un uso único o temporal (OMS, 2000). Por la misma razón, las vacunas también entrarían en esta categoría.

*Gobierno de la generación de recursos:* incluye asuntos de gobierno que son específicos de la generación de recursos, a diferencia de los relacionados con las funciones generales de gobernanza del sistema. Estos se centran en una amplia gama de tareas asociadas con la planificación de recursos, que incluyen: la planificación y previsión del personal sanitario; el establecimiento de estándares de calidad, como la regulación de los proveedores de salud por parte de las asociaciones profesionales y la dirección adecuada de su provisión de acuerdo a las necesidades de la población; el monitoreo de esos estándares, a través de la gestión de recursos y el control periódico del cumplimiento de las regulaciones establecidas; y, en líneas

generales, la producción y el enforcement de normativas, regulaciones y procedimientos para una ejecución adecuada de las tareas de la función. Esta subfunción es compleja y de gran alcance en términos del desempeño, porque involucra la interacción con muchas partes, incluidos pacientes, proveedores de salud, fabricantes y vendedores.

Actores: gubernamentales, población, sociedades científicas, colegios profesionales.

**Función de Financiamiento:** la función de financiamiento se refiere al proceso mediante el cual se recaudan ingresos de fuentes primarias y secundarias, se acumulan en fondos mancomunados y se asignan a las actividades de prestación de servicios (Murray y Frenk, 2000). El propósito del financiamiento es facilitar la disponibilidad de fondos en salud, así como el de proporcionar los incentivos correctos para que todas las personas tengan acceso efectivo a la salud. Esto implica reducir o eliminar la posibilidad de que un individuo sea incapaz de pagar por dicha atención, o de que sea empujado a la pobreza en el proceso.

El financiamiento es crucial para aspectos operacionales de la función de gobierno —tales como establecer direcciones estratégicas, construir incentivos y proveer recursos suficientes para la implementación de políticas. También es fundamental para garantizar y direccionar la provisión de servicios y la generación de recursos. En definitiva, el financiamiento es clave para el despliegue exitoso de todas las funciones del sistema de salud (Papanicolas et al., 2022).

### ¿Cómo contribuye el **financiamiento** al desempeño global?

- Provee los fondos necesarios para garantizar el funcionamiento del sistema.
- Se asegura de que la población tenga acceso a la salud de acuerdo a sus necesidades, protegiéndolos de gastos catastróficos o empobrecedores.
- Establece mecanismos e incentivos para un uso racional, eficiente y equitativo de los fondos obtenidos (OMS, 2007).

### **Sub-funciones de financiamiento**

*Recaudación de ingresos:* es la movilización de dinero a partir de fuentes primarias (hogares y empresas) y secundarias (gobiernos y organismos donantes). Existen ocho mecanismos básicos para movilizar fondos: pagos en efectivo, seguro voluntario en función de los ingresos, seguro voluntario en función del riesgo, seguro obligatorio, impuestos generales, impuestos específicos, donaciones de organizaciones no gubernamentales, y transferencias de organismos donantes (Papanicolas et al., 2022).

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación —financiamiento internacional—, SSSalud —Fondo solidario, SUR, SICEPS, etc.—, AFIP —actor externo—), obras sociales, prepagas, mutuales, aseguradoras.

*Mancomunación de fondos:* es la acumulación de ingresos en beneficio común de los participantes. Los recursos financieros mancomunados no están vinculados ya a un contribuyente concreto y los contribuyentes comparten el riesgo financiero.

Actores: gubernamentales (SSSalud), obras sociales, prepagas, mutuales, aseguradoras.

*Compra:* es el proceso mediante el cual los ingresos acumulados en los fondos mancomunados se asignan a proveedores institucionales o individuales para proporcionar una serie de intervenciones. Este proceso puede abarcar desde meras actividades de presupuestación en sistemas públicos muy integrados, en los que el gobierno recauda ingresos a través del régimen fiscal general y los asigna a programas e instalaciones para el personal y a otros gastos, hasta estrategias más complicadas para adquirir unidades de insumos o productos (Murray y Frenk, 2000).

Actores: gubernamentales, efectores de salud y sus directivos, obras sociales, prepagas, mutuales, aseguradoras; entidades gremiales intermediarias (externas).

Las tres subfunciones de la financiación de la salud descritas anteriormente encajan naturalmente para describir el flujo de fondos: desde cómo se genera el dinero, se junta y luego se usa para pagar para los servicios de salud. Pero hay muchas opciones y factores relacionados que determinan si las subfunciones son aptas para el propósito y si pueden desempeñarse adecuadamente. Por ejemplo, ¿el dinero recaudado es suficiente para cubrir los beneficios prometidos? ¿Será el dinero capaz de viajar sin problemas a través del sistema desde las agencias gubernamentales hasta los compradores y proveedores, o existen factores estructurales que inhiben la forma en que se recauda el dinero y asignado?

*Gobierno del financiamiento:* se refiere a las opciones, reglas y decisiones normativas que se relacionan con el financiamiento de la salud. Más específicamente, dentro del gobierno de financiamiento de la salud, consideramos políticas relacionadas con el diseño y la cobertura de beneficios y la gestión financiera pública (GFP) como dos aspectos importantes.

Actores: gubernamentales, obras sociales, prepagas, mutuales, aseguradoras.

Las políticas de cobertura determinan quién está cubierto, qué van a pagar los fondos mancomunados y cuáles van a ser las restricciones o condiciones de acceso. Las decisiones de política de cobertura determinan los detalles de cómo se racionan los beneficios y cómo influyen en el desempeño y el progreso del sistema de salud hacia los objetivos de la cobertura universal.

La gestión financiera pública se refiere al conjunto de reglas y mecanismos que rigen la asignación, el uso y la rendición de cuentas de los fondos públicos. Es importante para la gestión de recursos de todas las fuentes a nivel nacional y subnacional (OMS, 2017). Con respecto al sistema de salud en particular, el sistema de GFP juega un papel clave en las formulaciones presupuestarias que determinan el nivel y la asignación de fondos públicos para salud; la ejecución de ese presupuesto en términos de efectividad y focalización del gasto; y la transparencia y el control financiero.

**Función de Provisión de Servicios:** esta función abarca la combinación de insumos en un proceso de producción que tiene lugar en un marco orgánico determinado y que lleva a proporcionar una serie de intervenciones de salud (Murray y Frenk, 2000). La provisión de servicios de salud es la función central —y característica— de los sistemas de salud, e influye y

es influenciada por el gobierno, el financiamiento y la generación de recursos. La provisión impacta directamente en los objetivos intermedios y, en último término, en la realización de los objetivos finales del sistema de salud (Papanicolas et al., 2022).

### ¿Cómo contribuye la **provisión de servicios** al desempeño global?

- Brinda atención efectiva, segura y de calidad a aquellas personas que lo necesitan, cuando y dónde lo necesiten, ya sea mediante intervenciones personales o no personales (de población).
- Promueve un uso eficiente de los recursos a través de todos los niveles de prevención, fomentando la atención primaria y las redes integradas de salud.
- Materializa un modelo de atención centrado en las personas (OMS, 2007).

### **Sub-funciones de provisión de servicios**

A diferencia de la propuesta del HSPA, se divide a la función en cuatro subfunciones diferenciadas por grupos de carga de enfermedad y naturaleza de las acciones tomadas.

*Salud pública y Atención Primaria:* la salud pública se refiere a una aproximación colectiva o societal cuyo propósito es “mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de poblaciones enteras” (OMS, 1998). Cubre el espectro de la salud y el bienestar, desde la erradicación de enfermedades específicas hasta un creciente reconocimiento de los determinantes políticos, sociales, económicos, comerciales y ambientales de la salud y las inequidades sociales (Lomazzi, Jemkins & Borisch, 2016).

De igual manera, el consenso en torno a la APS se concentra en entenderla como el primer punto de contacto para problemas de salud comunes y no especificados. Se toma la definición de OMS y UNICEF (2018): “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”.

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación y organismos jurisdiccionales), efectores de salud y redes de salud, personal de salud, obras sociales, sociedades científicas.

*Atención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles:* subfunción centrada en la atención continua de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Las ECNT suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento. Los principales tipos de ECNT son las enfermedades cardiovasculares (como los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares), los cánceres, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2022). Una forma importante de controlar las ECNT es centrarse en reducir los factores de riesgo asociados a esas enfermedades. Existen soluciones de bajo costo para que los gobiernos y otras partes interesadas reduzcan

los factores de riesgo modificables comunes. Para orientar las políticas y prioridades es importante hacer el seguimiento de la progresión y las tendencias de las ENT y de su riesgo.

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación y organismos jurisdiccionales), efectores de salud y redes de salud, personal de salud, obras sociales, prepagas, sociedades científicas.

*Atención de Enfermedades Transmisibles:* es el abordaje de enfermedades transmisibles, causadas por agentes infecciosos específicos o por sus productos tóxicos en un huésped susceptible. Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros.

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación y organismos jurisdiccionales), efectores de salud y redes de salud, personal de salud, obras sociales, prepagas, sociedades científicas.

*Causas Externas:* abarca las políticas de prevención, atención y seguimiento para reducir la mortalidad por causas externas (tanto intencionales como no intencionales).

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación y organismos jurisdiccionales), efectores de salud y redes de salud, personal de salud, obras sociales, prepagas, sociedades científicas; ART, ANSV (Agencia nacional de seguridad vial) (externos)

*Gobierno de la provisión:* se refiere al establecimiento y auditoría de metas de calidad, acceso y equidad prestacional. Abarca tanto la jurisdicción nacional como provincial, y refleja la capacidad de diagramar, hacer cumplir y controlar estándares comunes.

Actores: gubernamentales (Ministerio de Salud de la Nación y organismos jurisdiccionales).



## 5. Implementación

### Etapas de la implementación

Tras la finalización del proceso de diseño, se perfilan tres etapas de implementación gradual. En cada una de ellas, el diálogo con los interlocutores jurisdiccionales y la experiencia práctica sirve como insumo para revisar y retroalimentar el diseño de los indicadores iniciales. A continuación, se desarrollan esquemáticamente las etapas del proyecto.

**Figura 4.** Procesos de implementación del proyecto MAI



### Versión de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

El proceso de revisión de indicadores con los equipos técnicos de Tierra del Fuego dio como resultado una ficha actualizada, compuesta por 42 indicadores. 7 de ellos corresponden a la función de gobierno y 7 a la de financiamiento, mientras que las funciones de generación de recursos y provisión de servicios acumulan 14 indicadores cada una.

**Tabla 2.** MAI. Número de indicadores seleccionados según función.

Función	Número de indicadores
<b>Gobierno</b>	<b>7</b>
<b>Generación de recursos</b>	<b>14</b>
<b>Financiamiento</b>	<b>7</b>
<b>Provisión de servicios</b>	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>

La información correspondiente a la mayoría de los indicadores ya está disponible mediante fuentes nacionales o jurisdiccionales. 6 indicadores cuentan con ambos tipos de fuente. La contrastación de datos durante la etapa piloto permitirá definir cuál fuente es la más adecuada. Por otra parte, se plantea la creación de 2 fuentes de información nuevas.

**Tabla 3.** MAI. Número de indicadores según su tipo de fuente.

Tipo de fuente	Número de indicadores
<b>Nacional (cat. "A")</b>	<b>16</b>
<b>Jurisdiccional (cat. "B")</b>	<b>17</b>
<b>Por definir ("A" y "B")</b>	<b>6</b>
<b>A crearse (cat. "C")</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>

**Tabla 4.** MAI. Número de indicadores según su fuente.

Fuente	Número de indicadores
<b>Entrevista a actores provinciales</b>	<b>12</b>
<b>Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial</b>	<b>6</b>
<b>Nacionales<sup>4</sup></b>	<b>21</b>
<b>Otras</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>

<sup>4</sup> SUMAR, Indicadores Básicos (MSal) REFEPS, Web, Tablero interactivo de indicadores sobre VIH (MSal), PUCO, NOMIVAC (MSal), MECON, Legisalud y SAIJ, FESCAS, Estadísticas Vitales (MSal), ENGHO Boletín Epidemiológico de Tuberculosis.

## Matriz de Desempeño de los Sistemas de Salud: Tierra del Fuego AelIAS

A continuación se presenta la matriz de indicadores del MAI, tomando como ejemplo a la provincia de Tierra del Fuego AelIAS. **Los valores son ilustrativos y no reflejan la realidad jurisdiccional.**

Gobierno			
Políticas públicas y visión global	Coordinación intersectorial	Información e inteligencia	Legislación y regulación
1.1 Existencia de un plan de salud	2.1. Existencia de coordinación intersectorial	3.1. Interoperabilidad de sistemas informáticos de HCE	4.1. Tasa de producción de legislación sanitaria provincial
Sí	Sí	No	0,11
1.2. Alineamiento con las prioridades fijadas por el COFESA		3.2. Existencia de un portal público de estadísticas sanitarias	4.2. Recursos de amparo de salud presentados cada 10.000 hab.
Sí		Sí	No disponible

Generación de Recursos			
Recursos humanos	Infraestructura y equipamiento	Medicamentos y otros consumibles	Gobierno de la generación de recursos
5.1. Número de especialistas críticos cada 10.000 hab	6.1. Número de camas críticas cada 10.000 hab.	7.1. Existencia de banco de prótesis, ortesis y/o dispositivos médicos	8.1. Existencia de un plan de talento humano
1,61	No disponible	Sí	Sí
5.2. Porcentaje de enfermeros universitarios	6.2. Número de quirófanos c/ 100.000 hab.	7.2. Coordinación en la compra de medicamentos y/o dispositivos médicos	8.2. Existencia de plan provincial de infraestructura
68,0%	No disponible	No	No
5.3. Porcentaje de residencias con acreditación nacional	6.3. Número de tomógrafos c/ 100.000 hab.		8.3. Porcentaje de prestadores privados adheridos al FESCAS
100,0%	No disponible		88,0%
	6.4. Número de mamógrafos c/ 100.000 hab.		
	No disponible		
	6.5. Índice de equidad de camas públicas y privadas		
	No disponible		
	6.6. Porcentaje de hospitales con servicios de ingeniería clínica		
	75,0%		

**Financiamiento**

Recaudación de fondos	Mancomunidad de fondos (pooling)	Compras	Gobierno del financiamiento
9.1. Gasto público en salud sobre el gasto público total	10.1. Integración de fondos entre la OSP y el subsistema público	11.1. Existencia de una política de compras estratégicas monitoreada regularmente	12.1. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto de un hogar
9,0%	Sí	No	3,0%
9.2. Variación de la población con cobertura de seguridad social	10.2. Porcentaje de cumplimiento de metas del programa Sumar		
-4,0%	69,0%		
9.3. Porcentaje de establecimientos públicos que efectúan recupero de costos			
97,0%			

**Provisión de Servicios**

Salud Pública y Atención Primaria	Atención de Crónicas No Transmisibles	Atención de Transmisibles y Causas Externas	Gobierno de la provisión
13.1. Años de vida prematuramente perdidos (AVPP) cada 10.000 habitantes	14.1. AVPP por causas tumorales cada 10.000 habitantes	15.1. AVPP por causas infecciosas cada 10.000 habitantes	17.1. Número de trazadoras SUMAR cumplidas por la provincia en el último período
485	95	No disponible	7
13.2. Tasa de Mortalidad Materna	14.2. AVPP por causas cardiovasculares cada 10.000 habitantes	15.2. Personas bajo tratamiento antirretroviral público cada 100.000 habitantes	17.2. Existencia de sistemas de acceso prestacional entre subsistemas
No disponible	47	No disponible	Sí
13.3. Porcentaje de cobertura de vacunación en menores de 11 años	14.3. Existencia de un programa de atención de pacientes diabéticos	15.4. Porcentaje de pérdida de seguimiento de tratamiento de tuberculosis	
No disponible	No	7	
13.4. Porcentaje de personas identificadas en Áreas de Responsabilidad Sanitaria	14.4. Porcentaje de tratamiento de cáncer de mama	16.1. AVPP por causas externas cada 100.000 habitantes	
No disponible	No disponible	1	
	14.5. Existencia de un plan de creación de dispositivos comunitarios	16.2. Existencia de protocolos de cooperación pub.-privada frente a emergencias / catastrofes	
	Sí	No	

## 6. Bibliografía

- Ahgren B., Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int J Integr Care*. 2005;5:e01; discussion e03, e09.
- Alconada Mon, H. (17/10/2020). Steven Levitsky: "La pandemia es la amenaza más grande para la democracia en América Latina desde los 80", en *LaNacion.com*
- Arah, O. A. (2003). Conceptual frameworks for Health Systems Performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377–398.
- Atkins, P. (1991) América Latina en el Sistema Político Internacional. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editor Latinoamericano. pp. 21 y 21.
- Australian Institute of Health and Welfare (2017). The National Health Performance Framework.
- Bankauskaite, V., y Dargent, G. (2007). Health systems performance indicators: methodological issues. *Presupuesto y Gasto Público* 49/2007: 125-137.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cad. Saúde Pública*, 18(4).
- Canadian Health Indicators Framework (2002-05) y Proposed Health System Performance Framework (2013).
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13, 145–183.
- Chang, L., Lin, S. W., & Northcott, D. N. (2002). The NHS Performance Assessment Framework. *Journal of Management in Medicine*, 16(5), 345–358.
- Crojethovic, M. (2020). *Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio*. Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2020.
- Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., y Morgan Erickson, K. L. (1994). Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev*. 19(3), 7-20.
- Elhauge, E. (2010). *The Fragmentation of U.S. Health Care. Causes and solutions*. Oxford University Press; 1era edición.
- Farzadfar, F., Naghavi, M., Sepanlou, S. G. ... Larijani, B. (2022). Health System Performance in Iran: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet*, 399(10335), 1625–1645.

- Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., ... Lozano, R. (2018). Measuring performance on the healthcare access and quality index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the global burden of disease study 2016. *The Lancet*, 391(10136), 2236–2271.
- García, B. (2020). Una mirada al método científico. *Serie Hojitas de Conocimiento*. Comisión Nacional de Energía Atómica.
- Giedion, U., Bitrán, R., y Tristao, I. (2014, May). *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Harrison, E., y Kristensen, K. (2021). Secondary impacts of COVID-19: Closing civic space in fragile contexts, en *United Nations Development Programme Development Futures Series*.
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E, y Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14 (2): 315-324.
- Kandel, N., Fric, A., & Lamichhane, J. (2014). Developing an index to measure health system performance: Measurement for districts of Nepal. *Journal of Nepal Medical Association*, 52(194), 845–855.
- Karanikolos, M., & Nolte, E. (2018). Interpreting Health Systems Performance Indicators: More complex than it looks? *The Lancet Public Health*, 3(5).
- Kestel D (2022). Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS.
- Lal, A., Erondu, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., y Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*, 397 (10268), 61–67.
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives, *International Journal of Health Services*, 1-14.
- Lewkowicz, J., Woźniak, M., Wrzesiński, M. (2022). COVID-19 and erosion of democracy, *Economic Modelling*, Volume 106, University of Warsaw.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 14(Sep), 155–179.
- Maceira, D., Cejas, C., y Olaviaga, S. (2010). *Coordinación e integración: El desafío del sistema de salud argentino* (Documento de Trabajo No 49). Cippec.
- Martin, L. A., Nelson, E .C., Lloyd, R. C., y Nolan. T. W. (2007). Whole System Measures. *IHI Innovation Series white paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Meadows, D. H. (2008). *Thinking in Systems. A primer*. Chelsea Green Publishing

Ministry of Health of Ghana (2017). Holistic assessment of 2017 health sector programme of work.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). Coberturas de salud en Argentina. 2022. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss.pdf>

Ministerio de Salud (2023). Informe de gasto en salud 2017-2020.

Murray, C., y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78 (6), 717–731.

Novick, G. E. (2017). Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality. *Global Policy*, 8, 93–96.

Organización Mundial de la Salud (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en *Documentos Básicos*, 48° Edición, 1-21.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes integradas de servicios de salud, en *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N° 4*.

Palacios, A., Espinola, N., & Rojas-Roque, C. (2020). *Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina*.

Paoli, F., Schmidt, I., Wigzell, O., & Ryś, A. (2019). An EU approach to Health System Performance Assessment: Building Trust and learning from each other. *Health Policy*, 123(4), 403–407.

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. y Figueras, J. (editores) (2022). *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*. Organización Mundial de la Salud.

Performance measurement and performance management in OECD Health Systems. (2001). OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers.

Repucci, S., y Slipowitz, A. (2020). *Democracy under Lockdown. The Impact of COVID-19 on the Global Struggle for Freedom*. Freedom House

Ridgely, M. S., Buttorff, C., Wolf, L. J., Duffy, E. L., Tom, A. K., Damberg, C. L., Scanlon, D. P., & Vaiana, M. E. (2020). The importance of understanding and measuring health system structural, functional, and clinical integration. *Health Services Research*, 55(S3), 1049–1061.

Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., ... Jama, M.A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance, *Health Policy*, Volume 90, Issue 1, p. 13-25, ISSN 0168-8510.

Smith et al, P. C., & Fitzpatrick, R. (2012). 2.2 Patient-reported outcome measures and performance measurement. In *Performance measurement for health system*

- improvement: Experiences, challenges and prospects. essay, Cambridge University Press.
- Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). Performance measurement for health system improvement. WHO European Ministerial Conference on Health Systems.
- Stolkiner, A. (2009). El sector salud en Argentina: ¿Qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? *XV Conference of the International Association of Health Policy*.
- Suter, E., Oelke, N. D., Dias da Silva Lima, M. A., Stiphout, M., Janke, R., Witt, R. R., ... Quintana Marques, G. (2017). Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), 4
- Tashobya, C.K., da Silveira, V.C., Ssengooba, F. et al. (2014). Health systems performance assessment in low-income countries: learning from international experiences. *Global Health* 10, 5 .
- Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: Las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino* (Análisis 108.). CIPPEC.
- Tobar, F. (s.f.). *Sistema de salud*. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS).
- Torres, R., Jorgensen, N., y Robba, M. (2020). *Mitos y realidades de las Obras Sociales*. Ediciones ISalud.
- USAID, Health Systems 20/20. (2012) *The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Versión 2.0*.
- VanDeusen Lukas, C.; Meterko, M.; Lowcock, S.; Donaldson-Parlier, R.; Blakely, M.; Davies, M.; Petzel, R (2002). Monitoring the Progress of System Integration. *Quality Management in Health Care: Winter 2002 - Volume 10 - Issue 2 - p 1-11*.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory. Foundations, development, applications*. Ed. George Braziller.
- World Health Organization (2022). Health system performance assessment. A primer for policy-makers. *Policy Brief 49*.
- World Health Organization (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*.
- World Health Organization (2000). *The World health report 2000. Health systems: improving performance*.



## **7. Anexo: Ficha de Indicadores - MAI Tierra del Fuego AelAS**

A partir de la página siguiente, se incluye la ficha de indicadores desarrollada junto al equipo del Ministerio de Salud de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Los indicadores se presentan en orden según la función y subfunción a la que pertenecen. Se especifica para cada uno de ellos: a) su descripción completa, b) la variable que busca medir, c) la clase de fuente de información utilizada, d) el tipo de indicador (dicotómico o cuantitativo), e) su fuente de información y f) su frecuencia de medición.

Monitor Argentino de Integración (MAI)

# Ficha de indicadores



Prueba piloto  
Tierra del Fuego Antártida e  
Islas del Atlántico Sur



Ministerio de Salud  
**Argentina**

## **Equipos de trabajo**

### **Ministerio de Salud de la Nación Argentina**

Hilario Bielsa

Martín Pont Vergés

Santiago Torroba

Lorena Cruz

Eliseo Carrillo

### **Ministerio de Salud, Gobierno de Tierra del Fuego A.e.I.A.S**

Romina Ortega

Yohanna Florencia Alegre Gervasoni

María Eugenia Barrantes

## Contenidos:

<b>Gobierno</b>	<b>5</b>
<b>1. Políticas públicas y visión global</b>	<b>5</b>
1.1. Existencia de un plan de salud	5
1.2. Grado de alineamiento con las prioridades fijadas por el COFESA	5
<b>2. Coordinación Intersectorial</b>	<b>5</b>
2.1. Existencia de coordinación intersectorial	5
<b>3. Información e inteligencia</b>	<b>5</b>
3.1. Sistemas de información sanitaria integrados	5
3.2. Existencia de un portal público de estadísticas sanitarias	6
<b>4. Legislación y regulación</b>	<b>6</b>
4.1. Tasa de producción de legislación sanitaria provincial	6
4.2. Recursos de amparo de salud presentados c. 10.000 hab.	6
<b>Generación de recursos</b>	<b>7</b>
<b>5. Recursos humanos</b>	<b>7</b>
5.1. Número de especialistas críticos cada 10.000 habitantes	7
5.2. Porcentaje de enfermeros universitarios	7
5.3. Porcentaje de residencias con acreditación nacional sobre el total provincial	7
<b>6. Infraestructura y equipamiento</b>	<b>7</b>
6.1. Número de camas críticas c/ 10.000 hab.	7
6.2. Número de quirófanos c/ 100.000 hab.	8
6.3. Número de tomógrafos c/ 100.000 hab.	8
6.4. Número de mamógrafos c/ 100.000 hab.	8
6.5. Índice de equidad de camas públicas y privadas	8
6.6. Porcentaje de hospitales con servicios de ingeniería clínica	8
<b>7. Medicamentos y otros consumibles</b>	<b>9</b>
7.1. Existencia de banco de prótesis, ortesis y/o dispositivos médicos	9
7.2. Coordinación en la compra de medicamentos	9
<b>8. Gobierno en la generación de recursos</b>	<b>9</b>
8.1. Existencia de un plan de talento humano	9
8.2. Existencia de plan provincial de infraestructura	9
8.3. Porcentaje de prestadores privados adheridos al FESCAS	10
<b>Financiamiento</b>	<b>10</b>
<b>9. Recaudación de fondos</b>	<b>10</b>
9.1. Gasto público en salud sobre el gasto público total	10
9.2. Variación de la población con cobertura de seguridad social	10
9.3. Porcentaje de establecimientos públicos que efectúan recupero de costos	10
<b>10. Mancomunación de fondos</b>	<b>11</b>
10.1. Integración de fondos entre la OSP y el subsistema público	11
10.2. Porcentaje de cumplimiento de metas del programa Sumar	11
<b>11. Compras</b>	<b>11</b>
11.1. Compras estratégicas en salud	11
<b>12. Gobierno en el financiamiento</b>	<b>11</b>
12.1. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto de un hogar	11
<b>Provisión de Servicios</b>	<b>11</b>
<b>13. Salud pública y Atención Primaria</b>	<b>12</b>
13.1. AVPP cada 10.000 habitantes	12
13.2. Tasa de Mortalidad Materna	12

13.3. Cobertura de vacunación en menores de 11 años	12
13.4. Nominalización por área	12
<b>14. Atención de patologías crónicas no transmisibles</b>	<b>12</b>
14.1. AVPP por causas tumorales cada 10.000 habitantes	12
14.2. AVPP por causas cardiovasculares cada 10.000 habitantes	13
14.3. Porcentaje de tratamiento de cáncer de mama	13
14.4. Existencia de un plan de creación de dispositivos comunitarios	13
14.5. Existencia de red público-privada de atención del IAM a nivel jurisdiccional	13
<b>15. Atención de enfermedades transmisibles</b>	<b>14</b>
15.1. AVPP por causas infecciosas cada 10.000 habitantes	14
15.2. Personas bajo tratamiento antirretroviral público cada 100.000 habitantes	14
15.3. Porcentaje de pérdida de seguimiento de tratamiento de tuberculosis	14
<b>16. Causas Externas</b>	<b>14</b>
16.1. Existencia de protocolos de actuación y cooperación público-privada frente a emergencias y catástrofes	14
<b>17. Gobierno en la provisión de servicios</b>	<b>14</b>
17.1. Número de trazadoras SUMAR cumplidas por la provincia en el último período	14
17.2. Existencia de sistemas de acceso prestacional entre subsistemas	15

## Gobierno

### 1. Políticas públicas y visión global

#### 1.1. Existencia de un plan de salud

<b>Definición</b>	La provincia cuenta con un plan escrito de gestión de la salud (plan, estrategia y equivalentes). El plan es de carácter público, tiene una antigüedad menor a 5 años y cuenta con indicadores de monitoreo y evaluación que permiten medir el progreso de cada línea de acción.
<b>Variable</b>	Existencia de una visión estratégica escrita y pública.
<b>Clase</b>	B
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actor clave
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 1.2. Alineamiento con las prioridades fijadas por el COFESA

<b>Definición</b>	La provincia adhirió a través de decisiones ministeriales a al menos 6 acuerdos establecidos en los COFESA de este año. El listado de definiciones, construido para este Monitor, contiene todas las conclusiones o acuerdos consignados en las actas de los COFESA del año medido.
<b>Variable</b>	Gobierno federal
<b>Clase</b>	C
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actor clave
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 2. Coordinación Intersectorial

#### 2.1. Existencia de coordinación intersectorial

<b>Definición</b>	La provincia dispone de un consejo, mecanismo o plataforma destinado a fomentar el diálogo entre actores de al menos dos subsistemas. La respuesta se considera "sí" si se cumplen al menos 2 (dos) de estas cualidades: a) tiene normativa de creación; b) realiza reuniones periódicas y regulares; c) cuenta con un reglamento de funcionamiento; d) dispone de un registro de actas; e) efectúa decisiones vinculantes.
<b>Variable</b>	Coordinación intersectorial
<b>Clase</b>	B
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actor clave
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 3. Información e inteligencia

#### 3.1. Interoperabilidad de sistemas informáticos de historia clínica electrónica

<b>Definición</b>	La provincia ha completado el proceso de empadronamiento de pacientes mediante la aplicación del Índice Maestro de Pacientes
<b>Variable</b>	Empleo de datos y evidencia en la toma de decisiones
<b>Clase</b>	B

<b>Fuente de información</b>	Captura de pantalla de un paciente federado
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 3.2. Existencia de un portal público de estadísticas sanitarias

<b>Definición</b>	La provincia dispone de un portal público de estadísticas e información sanitaria destacada.
<b>Variable</b>	Coordinación y difusión de la información obtenida
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Web del gobierno / instituto de estadísticas / ministerio de salud provincial
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 4. Legislación y regulación

### 4.1. Tasa de producción de legislación sanitaria provincial

<b>Definición</b>	Porcentaje de leyes provinciales relacionadas con salud sobre el total de leyes promulgadas en los últimos 2 años. $Ind. 4.1 = \frac{N^{\circ} \text{ leyes en salud}}{N^{\circ} \text{ leyes totales}}$
<b>Variable</b>	Capacidad de producción de legislación sanitaria
<b>Clase</b>	A y B
<b>Fuente de información</b>	Legisalud (leyes de salud) y SAII (leyes totales)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 4.2. Recursos de amparo de salud presentados c. 10.000 hab.

<b>Definición</b>	Cantidad de recursos de amparo presentados cada 10.000 habitantes durante el último año que tienen como demandado al Estado Provincial.
<b>Variable</b>	Capacidad de garantizar adecuación a leyes, reglas y regulaciones
<b>Clase</b>	C
<b>Fuente de información</b>	Unidad Centinela de Amparos Provinciales
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## Generación de recursos

### 5. Recursos humanos

#### 5.1. Número de especialistas críticos cada 10.000 habitantes

<b>Definición</b>	Cociente entre el número de especialistas críticos registrados (matriculados) en la provincia cada 10.000 habitantes provinciales. Se entiende como especialistas críticos al agregado de: clínica médica, medicina general, pediatría, anestesiología, terapia intensiva, terapia intensiva infantil y tocoginecología.  $Ind. 5.1 = \frac{N^{\circ} \text{ especialistas críticos}}{Pob. \text{ provincial} / 10.000}$
<b>Variable</b>	Disponibilidad de fuerza de trabajo
<b>Clase</b>	A y B
<b>Fuente de información</b>	REFEPS (SISA) - base de datos de matriculación provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 5.2. Porcentaje de enfermeros universitarios

<b>Definición</b>	Porcentaje de enfermeros con licenciatura en enfermería completa sobre el total de personal de enfermería (auxiliares, técnicos) que desarrolla tareas en la jurisdicción.  $Ind. 5.2 = \frac{N^{\circ} \text{ enfermeros universitarios}}{N^{\circ} \text{ enfermeros totales}}$  $N^{\circ} \text{ enfermeros totales} = \text{auxiliares} + \text{técnicos} + \text{universitarios}$
<b>Variable</b>	Disponibilidad de fuerza de trabajo
<b>Clase</b>	A y B
<b>Fuente de información</b>	REFEPS (SISA) - Base de datos de matriculación provincial (Colegio Enfermería)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 5.3. Porcentaje de residencias con acreditación nacional sobre el total provincial

<b>Definición</b>	Porcentaje de residencias existentes en la provincia que cuentan con acreditación del Ministerio de Salud a través del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.  $Ind. 5.2 = \frac{N^{\circ} \text{ residencias acreditadas en el SNRES (Tipo A o B)}}{N^{\circ} \text{ residencias en establecimientos de la provincia}}$
<b>Variable</b>	Educación de la fuerza de trabajo
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	<a href="#">Registro del Sistema Nacional de Residencias (MSal)</a>
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6. Infraestructura y equipamiento

#### 6.1. Número de camas críticas c/ 10.000 hab.

<b>Definición</b>	Número de camas críticas (camas de cuidados intensivos, shock rooms y unidades coronarias y neonatológicas) c/ 10.000 hab. disponibles en todos los subsistemas de la provincia.
<b>Variable</b>	Disponibilidad de infraestructura



<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6.2. Número de quirófanos c/ 100.000 hab.

<b>Definición</b>	Número de quirófanos c/ 100.000 hab. disponibles en todos los subsistemas de la jurisdicción.
<b>Variable</b>	Disponibilidad de infraestructura
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6.3. Número de tomógrafos c/ 100.000 hab.

<b>Definición</b>	Número de tomógrafos c/ 100.000 hab. disponibles en todos los subsistemas de la jurisdicción.
<b>Variable</b>	Disponibilidad de equipamiento médico
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6.4. Número de mamógrafos c/ 100.000 hab.

<b>Definición</b>	Número de mamógrafos c/ 10.000 hab. disponibles en todos los subsistemas de la jurisdicción.
<b>Variable</b>	Disponibilidad de equipamiento médico
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6.5. Índice de equidad de camas públicas y privadas

<b>Definición</b>	Cociente entre la razón de camas públicas y población con cobertura pública exclusiva y la razón de camas no públicas y población con cobertura no pública.  $Ind. 6.5 = \frac{Camas\ públicas / población\ CPE}{Camas\ no\ públicas / población\ CNP}$
<b>Variable</b>	Combinación y distribución de la infraestructura y equipamiento médico.
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Dirección de Fiscalización Sanitaria provincial
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 6.6. Porcentaje de hospitales con servicios de ingeniería clínica

<b>Definición</b>	Porcentaje de hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad que cuentan con servicio de ingeniería clínica o similar, encargado del mantenimiento, monitoreo y reparación de insumos médicos críticos (bombas de infusión, respiradores, etc.).
<b>Variable</b>	Mantenimiento de la infraestructura y equipamiento médico

<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Consulta a autoridades provinciales
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 7. Medicamentos y otros consumibles

### 7.1. Existencia de banco de prótesis, ortesis y/o dispositivos médicos

<b>Definición</b>	Existencia de un banco de prótesis, órtesis y/o dispositivos médicos en la jurisdicción.
<b>Variable</b>	Disponibilidad de medicamentos y consumibles
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 7.2. Coordinación en la compra de medicamentos

<b>Definición</b>	Existencia de mecanismos de compra conjunta de medicamentos y/o dispositivos médicos de alto costo entre la OSP y el subsistema público.
<b>Variable</b>	Combinación y distribución de medicamentos y consumibles
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 8. Gobierno en la generación de recursos

### 8.1. Existencia de un plan de talento humano

<b>Definición</b>	Existencia de un plan o estrategia dentro de la administración pública provincial que determine líneas de acción para fortalecer la disponibilidad, distribución y capacitación del personal de salud.
<b>Variable</b>	Planificación de recursos
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 8.2. Existencia de plan provincial de infraestructura

<b>Definición</b>	Existencia de un plan o estrategia dentro de la administración pública provincial con objetivos basados en resultados y dirigida a relevar las necesidades y planificar las soluciones para fortalecer la disponibilidad, distribución y calidad de la infraestructura sanitaria.
<b>Variable</b>	Planificación de recursos
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico

<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
-------------------------------	-------

### 8.3. Porcentaje de prestadores privados adheridos al FESCAS

<b>Definición</b>	Proporción de prestadores privados que se encuentran inscriptos y reciben incentivo económico del Programa Nacional de Fortalecimiento de los Equipos de Salud para la Calidad y la Seguridad (FESCAS).
<b>Variable</b>	Fijación y evaluación de estándares de calidad
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	FESCAS
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## Financiamiento

### 9. Recaudación de fondos

#### 9.1. Gasto público en salud sobre el gasto público total

<b>Definición</b>	Cociente entre el gasto público provincial en salud devengado y el gasto público del poder ejecutivo provincial total ejecutado durante el ejercicio más reciente.
<b>Variable</b>	Fondos suficientes
<b>Clase</b>	A y B
<b>Fuente de información</b>	Ejecución Presupuestaria Provisoria (Dirección Nacional de Asuntos Provinciales, MEcon)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 9.2. Variación de la población con cobertura pública exclusiva

<b>Definición</b>	Variación temporal interanual de la población con cobertura pública exclusiva (CPE), es decir, sin cobertura de la seguridad social o entidades de medicina privada.
<b>Variable</b>	Fondos estables
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Programa Sumar
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 9.3. Porcentaje de establecimientos públicos que efectúan recupero de costos

<b>Definición</b>	Porcentaje de efectores públicos adheridos a sistemas de recupero de costos provincial y/o nacional. Puede referirse al sistema SICEPS (ex HPGD) o a mecanismos propios desarrollados por la jurisdicción.
<b>Variable</b>	Equidad en la obtención de fondos
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Encuesta Sumar
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Semestral

### 10. Mancomunación de fondos

#### 10.1. Integración de fondos entre la OSP y el subsistema público

<b>Definición</b>	Existencia de algún tipo de mecanismo de integración de fondos comunes y/o financiamiento conjunto entre la Obra Social Provincial y el subsistema público.
<b>Variable</b>	Equidad en la puesta en común (pooling).
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 10.2. Porcentaje de cumplimiento de metas del programa Sumar

<b>Definición</b>	Porcentaje (%) de desembolsos SUMAR en relación al monto máximo anual pautado para la jurisdicción.
-------------------	---

<b>Variable</b>	Eficiencia administrativa
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Programa Sumar
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 11. Compras

### 11.1. Compras estratégicas en salud

<b>Definición</b>	Existencia de una política de compras estratégicas monitoreada regularmente por las autoridades sanitarias de la jurisdicción. Se entiende por compra estratégica, a toda aquella compra fundamentada en criterios de necesidad, costo efectividad y realizada con un estudio de mercado
<b>Variable</b>	Alocación de acuerdo a necesidades
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 12. Gobierno en el financiamiento

### 12.1. Gasto de bolsillo regional como porcentaje del gasto de un hogar

<b>Definición</b>	Gasto de bolsillo promedio de un hogar de la región como porcentaje del gasto total de un hogar de la región.
<b>Variable</b>	Cobertura integral
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Base del ENGHO 2018
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Trienal

## Provisión de Servicios

### 13. Salud pública y Atención Primaria

#### 13.1. AVPP cada 10.000 habitantes

<b>Definición</b>	Años de vida prematuramente perdidos (AVPP) cada 10.000 habitantes.
<b>Variable</b>	Salud global
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Indicadores Básicos (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 13.2. Tasa de Mortalidad Materna

<b>Definición</b>	Razón del número de defunciones por causas maternas y el número de nacidos vivos. Son causas de muerte materna las relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Para el cálculo de esta tasa el puerperio es el período comprendido dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo.
<b>Variable</b>	Salud materno infantil
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Estadísticas Vitales (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 13.3. Cobertura de vacunación en menores de 11 años

<b>Definición</b>	Porcentaje de niños/as menores de 11 años con calendario de vacunación completo.
<b>Variable</b>	Cobertura de vacunación
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	NOMIVAC (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual

#### 13.4. Nominalización por área

<b>Definición</b>	Proporción de personas identificadas en el Área de Responsabilidad Sanitaria de un establecimiento de salud para su cuidado continuo.
<b>Variable</b>	Redes integradas de salud
<b>Clase</b>	A y B
<b>Fuente de información</b>	Programa Sumar o responsable provincial de Redes
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual

### 14. Atención de patologías crónicas no transmisibles

#### 14.1. AVPP por causas tumorales cada 10.000 habitantes

<b>Definición</b>	Años de vida prematuramente perdidos (AVPP) por causas tumorales cada 100.000 habitantes.
<b>Variable</b>	Años de vida prematuramente perdidos

<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Indicadores Básicos (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 14.2 AVPP por causas cardiovasculares cada 10.000 habitantes

<b>Definición</b>	Años de vida prematuramente perdidos (AVPP) por causas cardiovasculares cada 100.000 habitantes.
<b>Variable</b>	Años de vida prematuramente perdidos
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Indicadores Básicos (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 14.3. Porcentaje de tratamiento de cáncer de mama

<b>Definición</b>	Proporción de personas adultas de 30 a 64 años que iniciaron tratamiento por diagnóstico de cáncer de mama.
<b>Variable</b>	Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Programa Sumar
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual

#### 14.4. Existencia de un plan de creación de dispositivos comunitarios

<b>Definición</b>	Existencia de una iniciativa concreta de sustitución de instituciones psiquiátricas monovalentes por dispositivos de salud mental de base comunitaria, de acuerdo a lo indicado por la Ley Nacional de Salud Mental (Art. 27° Ley 26.657/10 y Dec. 806/13).
<b>Variable</b>	Salud Mental
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

### 15. Atención de enfermedades transmisibles

#### 15.1. AVPP por causas infecciosas cada 10.000 habitantes

<b>Definición</b>	Años de vida prematuramente perdidos (AVPP) por causas infecciosas cada 100.000 habitantes
<b>Variable</b>	Años de vida prematuramente perdidos
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Indicadores Básicos (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

#### 15.2. Personas bajo tratamiento antirretroviral público cada 100.000 habitantes

<b>Definición</b>	Personas en tratamiento antirretroviral en el sistema público cada 100.000 habitantes.
-------------------	--

<b>Variable</b>	VIH
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Tablero interactivo de indicadores sobre VIH (MSal)
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual

### 15.3. Porcentaje de pérdida de seguimiento de tratamiento de tuberculosis

<b>Definición</b>	Porcentaje de pérdida de seguimiento de tratamiento de tuberculosis.
<b>Variable</b>	Tuberculosis
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Boletín Epidemiológico de Tuberculosis
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 16. Causas Externas

### 16.1. Existencia de protocolos de actuación y cooperación público-privada frente a emergencias y catástrofes

<b>Definición</b>	Existencia de protocolos de actuación y cooperación público-privada frente a emergencias y catástrofes.
<b>Variable</b>	Redes integradas de atención
<b>Clase</b>	B
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual

## 17. Gobierno en la provisión de servicios

### 17.1. Número de trazadoras SUMAR cumplidas por la provincia en el último período

<b>Definición</b>	Número de trazadoras SUMAR cumplidas por la provincia en el último período.
<b>Variable</b>	Cumplimiento de metas
<b>Clase</b>	A
<b>Fuente de información</b>	Programa Sumar
<b>Tipo</b>	Cuantitativo
<b>Frecuencia de medición</b>	Mensual

### 17.2. Existencia de sistemas de acceso prestacional entre subsistemas

<b>Definición</b>	Existencia de sistemas de acceso prestacional conjuntos entre subsistemas.
<b>Variable</b>	Auditoría prestacional
<b>Clase</b>	C
<b>Fuente de información</b>	Entrevista a actores clave
<b>Tipo</b>	Cualitativo / Dicotómico
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual



El **Monitor Argentino de Integración (MAI)** es el primer instrumento integral que propone el Ministerio de Salud de la Nación para medir el desempeño y la integración de los sistemas de salud provinciales. El MAI consta de 46 indicadores cualitativos y cuantitativos (existentes o creados especialmente) y refleja las variables fundamentales que determinan el desempeño de cada subfunción de un sistema de salud.

**Argentina necesita una estrategia de integración para mejorar el desempeño de su sistema de salud.** Un sistema más integrado permitirá aumentar los resultados de salud obtenidos por cada peso invertido, mitigar inequidades y enfrentar los desafíos presentes y futuros de la salud en nuestro país. La mejor versión posible del sistema de salud argentino es con un sistema de salud integrado. Sin embargo, no se cuenta con una visión cohesionada de qué significa integrar, ni de qué es exactamente lo que hay que integrar. Tampoco se dispone de una herramienta nacional capaz de aplicar dicha visión y de medirla a lo largo del tiempo y a lo largo de todos los sectores que integran los tres subsistemas de la salud en Argentina.

Este documento desarrolla el proceso de construcción del MAI, una herramienta que busca abordar la integración desde una perspectiva estructurada conceptualmente y basada en la evidencia, propiciando un marco claro para el análisis de las debilidades y fortalezas de la salud en Argentina y para el diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas destinadas a mejorar su desempeño.

Además, se presenta el diseño del MAI en la **prueba piloto de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.** A partir de los aprendizajes de la prueba piloto, será posible extender el MAI a otras provincias del país. Con una línea de base y mediciones anuales, emplear la misma herramienta para la evaluación de desempeño en todas las jurisdicciones permitirá unificar criterios y conceptos y, fundamentalmente, construir una base de datos de panel a partir de los cuales comparar desempeño de manera intertemporal e interjurisdiccional.

