

INFORMACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INFORMATION ON THE FIRST LEVEL OF CARE

Orzuza, Gloria Beatriz

Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Misiones
Miguel Lanús, Misiones, Argentina
gborzuza@fce.unam.edu.ar

Fecha de recepción: 22/02/12 - Fecha de aprobación: 24/05/12

RESUMEN

En América Latina y el Caribe existen algunos limitantes al acceso de la atención médica como la escasez de recursos, la distancia física y cultural entre la oferta pública y la población demandante. En este sentido, en la definición de políticas de salud formuladas por los Estados no podrá estar ausente la incorporación de tecnologías de información y comunicación, ya que el concepto de salud electrónica engloba las aplicaciones de registros médicos electrónicos, servicios de telemedicina, portales de salud y sistemas de gestión hospitalaria.

En Argentina existía un gran interés de los profesionales médicos por la telemedicina e informática en salud, así en 1992 se realiza el Primer Congreso Mundial. Comienzan entonces muchas iniciativas en telemedicina, educación a distancia, portales de salud y en registros médicos electrónico.

Las investigaciones en salud a nivel nacional, concluyen que Misiones pertenece al grupo de provincias argentinas que se encuentra en una situación más desfavorable respecto a las otras provincias. En este marco, se contribuirá con lineamientos estratégicos generales para un sistema de información a ser desarrollado en el primer nivel de atención, con el propósito de obtener la información necesaria para la toma de decisión y favorecer en la optimización de la gestión.

PALABRAS CLAVE: Salud; Primer Nivel de Atención; Información; Lineamientos Estratégicos.

“Visión de Futuro” Año 10, Volumen N°17, N° 1, Enero - Junio 2013

URL de la Revista: www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/

URL del Documento: http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=320&Itemid=70

ISSN 1668 – 8708 – Versión en Línea

ISSN 1669 – 7634 – Versión Impresa

E-mail: revistacientifica@fce.unam.edu.ar

ABSTRACT

In Latin America and the Caribbean there are some limitations on access to health care as the scarcity of resources, physical and cultural distance between public and demanding population. In this sense, in the definition of health policies formulated by the States, the incorporation of information cannot be absent and communication technologies, as the concept of e-health applications includes electronic medical records, telemedicine services, health portals and hospital management systems.

In Argentina there was a great interest of the medical professionals in telemedicine and informatics health and in 1992 held the first World Congress. Since then, begin many initiatives in telemedicine, distance education, health portals and electronic medical records.

Researches on national health conclude that Misiones is one of the Argentine provinces that are located in a more unfavorable situation compared to other provinces. In this framework, the general strategic guidelines will contribute to an information system to be developed in the first level of care, in order to obtain information necessary for decision making and facilitate the optimization of management.

KEY WORDS: Health; Primary Care Level; Information; Strategic Guidelines.

INTRODUCCIÓN

Todas las organizaciones poseen algún sistema de información que le permite reflejar las actividades que realiza, pero se observa que esto no es suficiente a la hora de tomar decisiones, porque el sector de la salud necesita información actualizada y continua sobre los pacientes y los procedimientos. La Organización Mundial de la Salud expresa que en los últimos veinticinco años las Organizaciones se han dado cuenta de que la información es un recurso valioso, porque de la calidad de la información al alcance de los directivos para la toma de decisiones gerenciales, depende el éxito de la Organización. Situación que ayudó a comprender que la información es una herramienta en apoyo a las tomas de decisiones, por lo

tanto la información y la tecnología empleada para respaldarla han cobrado importancia estratégica en las Instituciones.

Las investigaciones realizadas, en forma conjunta entre la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Unión Europea, sobre las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud, orientadas a reducir la inequidad en América Latina y el Caribe, conforma el marco teórico. En ese contexto se profundiza en la Salud Electrónica, observando los avances y desafíos que enfrenta Argentina. Se continúa con la situación en la provincia de Misiones, resultado de una investigación realizada a nivel nacional sobre la Evaluación de la Atención Primaria de la Salud y de Redes de Servicios de Salud. Se interioriza en el sistema sanitario provincial. Se conoce las conclusiones de las entrevistas realizadas a los responsables sanitarios de los centros de atención de nivel municipal, en el Departamento Capital. Para, posteriormente, concluir con el aporte de los lineamientos estratégicos generales para un sistema de información a ser desarrollado en el primer nivel de atención, con el propósito de obtener la información necesaria para la toma de decisión y que a su vez contribuya en la optimización de la gestión.

DESARROLLO

Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe

Este documento elaborado en forma conjunta por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Unión Europea (UE); explicita que en América Latina y el Caribe (ALC) existen notorias inequidades en salud, siendo algunos de los limitantes al acceso de la atención médica, la escasez de recursos (humanos, de infraestructura, equipamiento, medicamento), la distancia (física y cultural) entre la oferta pública y la población demandante y los ingresos familiares reducidos. Al que se suma el acelerado envejecimiento de la población y los crecientes costos de la atención médica.

Esta situación implica importantes desafíos por parte de los Estados para la formulación de políticas y estrategias de salud, en lo que no podrá estar ausente la incorporación de tecnologías de información y comunicación (TIC). “Los intensos cambios y crecientes mejoras

en TIC, así como el acelerado desarrollo de la bio-ingeniería y la convergencia tecnológica, están transformando la forma de trabajar en salud.” [CEPAL, 2010, pág. 6]⁽¹⁾. Utilizan el concepto de salud electrónica (salud-e), para englobar las aplicaciones posibles de las TIC, que comprenden a los registros médicos electrónicos, a los distintos tipos de servicios de telemedicina, a los portales de salud y a los sistemas de gestión hospitalaria.

A pesar de las múltiples iniciativas de salud electrónica que se implementan en la región, existe un limitado avance institucional con lo cual dichos proyectos, tienen un reducido alcance y no se encuentran integrados adecuadamente con las políticas de salud ni con las estrategias nacionales de TIC. Estas tecnologías pueden mejorar la situación de las limitantes al acceso, ya que facilitan la formación continuada de los profesionales en salud, reducen el contacto innecesario del paciente con el sistema de salud, hace posible la telemedicina (comunicación del profesional sanitario y del paciente que se encuentran en diferentes lugares); la historia clínica electrónica (HCE) y la telemedicina influyen sobre el factor de localización; aumenta las posibilidades de vigilancia epidemiológica, además genera una base de datos actualizados y agiliza el intercambio de conocimiento entre centros de estudios. Este proceso debe ir acompañado por la alfabetización digital y la reducción de brechas de acceso a la tecnología en América Latina y el Caribe.

En la década de los ochenta se iniciaron las profundas reformas de los sistemas de salud en los países de América Latina, basadas en la modernización del Estado y con el propósito de incrementar la efectividad, la sostenibilidad financiera, promover la descentralización y asignar un papel más importante al sector privado. Hacia fines de los noventa y principios de 2000, la reforma en los países de la región cambia su orientación. Existe una marcada tendencia al regreso del Estado como prestador y regulador del sistema, se fortalecen los procesos de descentralización de la gestión de los servicios y se promueve la participación del sector privado.

En este marco de reformas del sistema de salud y con el avance en política de gobierno electrónico, las tecnologías de información y comunicaciones se fueron incorporando a los sistemas de salud de la región lentamente.

Salud Electrónica en América Latina y El Caribe: Avances y Desafíos

“Visión de Futuro” Año 10, Volumen N°17, N° 1, Enero - Junio 2013

URL de la Revista: www.fce.unam.edu.ar/revistacientifica/

URL del Documento: http://revistacientifica.fce.unam.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=320&Itemid=70

ISSN 1668 – 8708 – Versión en Línea

ISSN 1669 – 7634 – Versión Impresa

E-mail: revistacientifica@fce.unam.edu.ar

En este documento, elaborado en forma conjunta por la CEPAL y la UE, en el Capítulo II Antecedentes y aplicaciones de salud electrónica en Argentina; se expresa que al 2009, con una población estimada en 40.276.000 habitantes, la tasa de mortalidad infantil ascendía a 13,3 por 1.000 habitantes, la expectativa de vida era de 75 años. Se contaba con un promedio de 41 camas de hospital por 10.000 habitantes, con un número aproximado a 150.000 médicos y a 40.000 enfermeras. La inversión en salud correspondía a un 10,2% del presupuesto nacional. La inversión en infraestructura informática era de 6,38% del PBI (Producto Bruto Interno). El 25% de la población poseía teléfonos de línea y más de un aparato celular por persona; 10 de cada 100 personas tenía una computadora personal, casi 3 de cada 100 eran usuarios de Internet en sus casas y en los lugares de trabajo más del 80% de los empleados disponían de Internet.

La salud-e en Argentina comenzó en 1986 con el primer intercambio de correo electrónico entre los doctores Alberto Barengols (Jefe del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez) y Trevor Craddock (a cargo de la Red LARG*net en London, Ontario, Canadá), entonces el interés de los centros de salud por comunicarse entre sí era creciente. Ese mismo año la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se interesó en el tema y apoyó el desarrollo de la Red Académica Nacional entre Washington y Argentina.

“Posteriormente, se generó un software muy amigable (PCCORREO) que se instaló en todos los hospitales. En 1989, Argentina seguía a Canadá en el ranking de instituciones de salud en red. En apenas tres años el país tuvo más de 2.000 instituciones conectadas.” [CEPAL, 2010, pág. 30]⁽²⁾.

En 1992 la Fundación de Informática Médica organizó el Primer Congreso Mundial en el tema, el interés en la telemedicina e informática en salud ya existía y los profesionales argentinos tenían mucho interés de participar en este proceso. Una vez instaladas las redes de comunicaciones entre los hospitales, en 1993 se promovió el acceso a la información y al uso del correo electrónico. Por medio de la OPS se firmaron, en Washington, convenios con la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos y el Instituto Nacional del Cáncer, permitiendo a los profesionales de la salud el acceso a la información. En 1996 aparece Internet comercial, que ofrece un recurso más completo y con múltiples posibilidades, utilizar el correo electrónico es un método simple y económico para acceder a la información médica.

A partir del 2000 las redes de acceso a la información continuaron creciendo, en el 2005

se produce un hito relevante el ingreso y la certificación de Argentina en SciELO (Scientific Electronic Library Online) a través de sus bibliotecas virtuales de salud, en el 2006 comenzó a operar como sitio oficial de SciELO y como parte del proyecto de BIREME (Biblioteca Regional de Medicina, ahora Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud). Otra red actual e importante en Argentina es la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud (RENICS).

Argentina contó con el apoyo de la OPS, en la tarea de facilitar a los profesionales de la salud el acceso a la información, al que luego se le sumaron iniciativas privadas como las industrias farmacéutica e informática. Hacia fines de la década y con la explosión de los sitios de Internet, las asociaciones médicas comenzaron a desarrollar sus proyectos, informatizar sus bibliotecas, poner sus revistas y cursos en línea. En 1999 se realiza el Primer Congreso Virtual de Cardiología por Internet, organizado por la Federación de Cardiología, al año siguiente se le sumó la Fundación de Informática Médica con el Primer Congreso Iberoamericano de Informática Médica en Internet, llamado Informedica 2000.

La salud-e en Argentina

Respecto a la Telemedicina. Argentina es un país extenso y los médicos se concentran en las grandes ciudades, por lo que se observan una multiplicidad de iniciativas de telemedicina, a modo de ejemplo se mencionarán al Hospital Garrahan (Hospital de niños de alta complejidad) y al Instituto Oftalmológico Zaldívar (centro de cirugía ocular ambulatoria de Mendoza).

“El programa de telemedicina para diagnosticar a distancia del Hospital Garrahan, es un programa piloto compuesto por tres etapas. La primera se realizó en el hospital para probar la tecnología y capacitar a los médicos. En la segunda, se conectó con el Hospital Castro Rendón de Neuquén. Y la última prevé dar cobertura a los principales centros médicos que participan del programa de comunicación a distancia.” [CEPAL, 2010, pág. 32]
(3)

El programa se encuentra en la tercera etapa, pero esta entidad ha brindado servicios de interconsultas por correo electrónico durante 12 años. Con la implementación del programa de comunicación a distancia apoyará a los centros de salud del interior del país por medio de consultas de alta complejidad. Sus dos ejes principales son, que los pacientes de cualquier lugar del país puedan acceder a una buena atención con posibilidad de derivaciones a centros

de mayor complejidad; y garantizar el acceso a la atención desde el lugar de residencia.

Otra iniciativa exitosa, privada, es el proyecto de teleoftalmología del Instituto Zaldivar, que provee consultas “virtuales, videoconferencias, acceso instantáneo a registros médicos electrónicos y dispone de una plataforma a distancia. Las consultas se realizan en tiempo real y en modalidad de almacenamiento y envío.” [CEPAL, 2010, pág. 33]⁽⁴⁾. Los centros oftalmológicos han sido pioneros en la implementación de la telemedicina la primera experiencia exitosa fue, en 1990, la informatización de todos los registros médicos electrónicos de las Clínicas Dr. Nano, en San Miguel, en Buenos Aires.

Con respecto a la educación médica a distancia. No se cuenta con un relevamiento a pesar que existen múltiples proyectos en Argentina. Se puede señalar la experiencia de la Facultad de Medicina Virtual de la Universidad de Buenos Aires, que ofrece cursos de posgrado en línea, también el Instituto Isalud, el Hospital Austral, Italiano, Francés y Alemán, la Universidad de Morón, de Córdoba, Barceló, entre otras. También las organizaciones civiles profesionales ofrecen una variedad de cursos de educación médica continua. La Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria se encuentra estudiando, desde el 2009, la aprobación de la Maestría en Telemedicina bajo la modalidad en línea.

Respecto a los registros médicos electrónicos. La implementación de este tipo de registros es más lento que lo deseable debido a los múltiples desafíos que deben superarse, como la falta de legislación, de estándares sobre uso, almacenamiento, procesamiento e intercambio de la información médica electrónica; barreras estructurales, técnicas, financieras y socioculturales. En Argentina un buen ejemplo de implementación exitosa se encuentra en el Ministerio de Salud de Buenos Aires, reúne a 43 hospitales que están conectados en red y dependen del Ministerio, cuenta con una HCE para la Atención Primaria de la Salud (APS) y un sistema de referencia y contrarreferencia.

Respecto a los portales de salud. Prácticamente todos los Ministerios de Salud de Argentina cuentan con su portal en Internet, con distintos niveles de desarrollo, algunos orientan la información a lo institucional o a servir de soporte para campañas de prevención y promoción.

Metas de salud-e. Se puede señalar, entre otros, los siguientes lineamientos:

“Lograr que todos los actores del sistema de salud estén interconectados entre sí. Disponer de un sistema de urgencias que permita incorporar toda la información y tomar los datos del sistema central del hospital. Avanzar en tecnologías. Disponer de información registrada en línea para que cualquier otro profesional que la necesite pueda consultarla en forma remota. Evaluar automáticamente toda la información sobre tratamientos y fármacos administrados para evitar reacciones adversas y secundarias. Mejorar la infraestructura comunicacional asociada a la disminución de costos de los servicios. Capacitar a los profesionales en el uso de TIC. Desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica y monitoreo de enfermedades. Implementar aplicaciones para dispositivos móviles que permitan realizar un mejor control y seguimiento de pacientes con patologías crónicas o de la tercer edad.” [CEPAL, 2010, pág. 36]⁽⁵⁾.

Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación

En el 2007, el Ministerio de Salud de la Nación, publicó el resultado de este trabajo, realizado por las Universidades Nacionales de Tucumán y Córdoba, y financiado por la Comisión Nacional Salud Investiga. En el capítulo correspondiente a Misiones: Evaluación del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en los centros de salud de Misiones, se describe la metodología utilizada y el resultado arribado.

En la metodología se utilizaron tres métodos de investigación, exploratorio; de entrevistas a autoridades sanitarias provincial del cual dependen los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS); y un estudio transversal mediante una encuesta a los responsables de los CAPS. Relevándose las cuatro zonas de salud en la que se divide sanitariamente Misiones. Los resultados obtenidos a partir de las variables de caracterización demográfica, socioeconómica y epidemiológica revelan que Misiones “pertenece al grupo de provincias argentinas que posee, una situación más desfavorable respecto a la de otras regiones argentinas.” [Ministerio de Salud de la Nación, 2007, pág. 213]⁽⁶⁾. Pero destaca que algunos indicadores presentan una tendencia más favorable, que responden a políticas y acciones provenientes del sector salud.

La política de salud de Misiones comprende cuatro ejes, modelo de atención, gestión, calidad y financiamiento, expresado en el Proyecto de Ley de Salud (convertido en Ley en septiembre de 2007). Los principales componentes y variables que caracterizan el desarrollo de la APS son: Extensión de la cobertura de salud, el objetivo es extender la cobertura a toda la población que no lo tenga y a los grupos más vulnerables. Según el Censo del 2001, el 57,8% de la población misionera no poseía ningún seguro de salud, porcentaje superior al promedio del país, 48,1%. Capacidad de la red de servicios de salud del sub-sector público provincial, en

base a datos del 2001, se observa que se ha incrementado un 16,7% en los últimos años, debido a los establecimientos de primer nivel de atención. Y según estadísticas más actualizadas del Ministerio de Salud, al 2005, Misiones cuentan con “306 establecimientos de salud, que se distribuyen en 4 zonas sanitarias: Capital, Sur, Centro y Norte.” [Ministerio de Salud de la Nación, 2007, pág. 215]⁽⁷⁾. Existiendo 206 establecimientos de atención ambulatoria (CAP, puestos de salud) y 40 establecimientos con internación (hospitales y unidades sanitarias).

“La cantidad de centros ambulatorios (CAPS y otros) pareciera ser suficiente, en términos cuantitativos, en relación con la población potencial a atender, con una media de un establecimiento cada mil novecientos cincuenta personas sin cobertura de obra social.” [Ministerio de Salud de la Nación, 2007, pág. 216]⁽⁸⁾.

Accesibilidad a los CAPS y utilización de los servicios, favorecer al acceso de los servicios de salud es uno de los principales objetivos de la política sanitaria de APS. Para medir la accesibilidad y utilización de servicios de los CAPS públicos de salud provincial, se consideró como indicador adecuado la medición de las tasas de utilización de consultas ambulatorias; la resultante fue un incremento positivo, entre los años 2001 a 2005, de un 18%. Consecución del primer contacto, esto implica que la población misionera progresivamente está adoptando como primer punto de contacto al sistema de APS, y el primer nivel va creciendo en la resolución de los problemas. En cuanto a la integralidad de los servicios de los CAPS, Misiones cuenta con promotores de salud quienes identifican las necesidades y problemas de salud de la población, a partir de allí, los servicios de atención deben centrarse en las respuestas, por lo que debe contar con un equipo de salud integrado por profesionales, técnicos y administrativos calificados. Así se observó que en estos centros relevados, dependientes del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, ofrecen atención en cinco especialidades médicas.

“Pediatria, 88,5%; tocoginecología, 73,1%; medicina familiar o general, 65,4%; clínica médica, 61,5% y en menor frecuencia médicos comunitarios, 19,2% y especialistas en psiquiatría. La prestación de enfermería se realiza en todos los centros, además de la atención odontológica, 38%; de salud mental, 23%; de laboratorio; curaciones, 69% y electrocardiogramas, 42%.” [Ministerio de Salud de la Nación, 2007, pág. 221]⁽⁹⁾.

La Coordinación Asistencial de la red, es esencial para hacer frente a las demandas. Sobre todo cuando el paciente requiere asistencia de un nivel de atención superior al primer

nivel, sea secundaria o terciaria. De la observación surge que los mecanismos de coordinación de la atención de los usuarios del centro con otros establecimientos de la red asistencial, cumplimentan algunas condiciones que favorecen y otras que dificultan, esta coordinación. En el aspecto favorable se destaca que ante la necesidad, de algún centro, de requerir una asistencia de mayor complejidad, tiene definido e identificado un centro asistencial u hospital hacia dónde dirigir al paciente. Y la dificultad se centra en la carencia de mecanismos sistematizados de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Como conclusión se puede enumerar; los factores facilitadores del desarrollo de la estrategia de atención primaria, la orientación de la política sanitaria, hacia el fortalecimiento de los centros de primer nivel (infraestructura, formación y capacitación del recurso humano); el marco regulatorio de la ley provincial de salud que tiene a la promoción de la estrategia de atención primaria como uno de sus principales propósitos; la organización del sistema prestacional público que distribuye a los centros de primer nivel de atención en cuatro zonas sanitarias que abarca toda la Provincia; el recurso humano, en cuanto a la dotación y perfil que se corresponde con la cantidad de población a atender; las actividades desarrolladas por los promotores de salud; la accesibilidad a los centros. Y las dificultades; la oferta de atención médica está fuertemente orientada a la asistencia por demanda y por patología; la aplicación de pocos programas preventivos, protocolizaciones o guías de práctica clínica diseñada localmente; la poca normatización local de los procesos administrativos, se utiliza la establecida por el Ministerio de Salud Pública provincial; la coordinación asistencial con los otros niveles de atención se enmarca solo en la derivación de pacientes para su internación, sin articulación de los procesos de manejo ambulatorio.

Ley de Salud. Descentralización de la Gestión para la APS

En Septiembre de 2007 la Cámara de Representantes de la Provincia aprobó la Ley Provincial de Salud XVII N° 58. Cuyo objetivo es garantizar a todos los habitantes de la Provincia el acceso al mejor nivel de salud y calidad de vida, en términos de la Constitución Provincial.

En función al modelo de gestión sanitaria que se institucionaliza a partir de la vigencia de esta Ley, se tiende a la descentralización gradual, permanente y total de los servicios médicos

del subsector estatal de salud para la atención primaria de la salud. Posibilitando el desarrollo de las competencias locales en la gestión de servicios, promoviendo la participación de la comunidad en el cuidado de su salud, y procurando la articulación y complementación de las pautas institucionales de la Provincia y de los municipios. Asimismo, el Artículo 22 de la Ley N° 4397 autoriza al Poder Ejecutivo Provincial a destinar la suma de Un peso por mes por habitante a los fines de garantizar la atención primaria de la salud de los mismos, para cuyos fines quedará facultado a implementar los programas, formalizar los convenios con municipios y/u otras instituciones, como así también efectuar las incorporaciones y adecuaciones financieras, contables y presupuestarias que correspondieren para su cumplimiento.

Es en base a estas fundamentaciones que el 22 de enero de 2008, por Decreto 71/08, se aprobó el Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Por el mismo instrumento se aprueba el modelo de Formulario de Proyecto Municipal para el Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud y su instructivo, y el modelo de convenio para la Descentralización en la Gestión de la Atención Primaria de la Salud que deberá suscribir la Provincia con el municipio. El 28 de enero de 2008 se aprobó por Decreto N° 97/08, la reestructuración de las zonas de salud y áreas programáticas dependientes del Ministerio de Salud Pública, conformado por seis zonas: Capital, Sur, Centro Paraná, Centro Uruguay, Norte Paraná y Noreste.

Centro de Atención Primaria

Las seis zonas de salud definidas por el Ministerio de Salud de Misiones, se conforman con XIX Áreas Programáticas que comprenden a los 75 municipios de la provincia de Misiones, Decreto 97/08, donde se distribuyen 212 Centros de Atención Primaria, datos del Programa Remediar + Redes del Ministerio de Salud de la Nación, a enero de 2012.

La población de Misiones asciende a 1.101.593 habitantes, según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Del estudio realizado por la OPS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la CEPAL, en base a datos del Censo 2010, surge que el 58% de la población carece de cobertura médica, porcentaje que no ha variado respecto al Censo 2001 (57,8%), y que supera a la media nacional del 48%. Lo que

resalta la importancia de los centros de atención que son la puerta de entrada o el primer contacto que tiene el ciudadano con el sistema sanitario público.

Tabla 1. Provincia de Misiones Zonas de Salud

Zona de Salud	Área Programática	Municipio	CAPS
Capital	I	Posadas, Garupá	37
Sur	II	Concepción de la Sierra, Santa María	6
	III	Apóstoles, Azara, San José, Tres Capones	8
	IV	San Javier, Itacaruaré, Mojón Grande	3
	V	L. N. Alem, Bonpland, Almafuerte, Arroyo del Medio, Caa-Yarí, Dos Arroyos, Gobernador López, Olegario V. Andrarde, Cerro Azul	9
	VI	Candelaria, Cerro Corá, Fachinal, Profundidad	11
Paraná	VII	San Ignacio, Loreto, Santa Ana, Corpus, Gobernador Roca, Santo Pipó	23
	VIII	Jardín América, Hipólito Irigoyen, Colonia Polana, General Urquiza, Puerto Leoni	
	IX	Puerto Rico, Capioví, Garuhapé, Ruiz de Montoya	14
Centro Uruguay	X	Oberá, Mártires, Campo Ramón, Campo Viera, Colonia Alberdi, General Alvear, Guaraní, Los Helechos, Panambí, San Martín, Florentino Ameghino	20
	XI	Alba Posse, Colonia Aurora, 25 de Mayo	5
	XII	Campo Grande, Aristóbulo del Valle, Dos de Mayo	1
	XIII	Montecarlo, Caragatay, El Alcázar	8
Paraná	XIV	Eldorado, Puerto Piray, Colonia Victoria, Colonia Delicia, 9 de Julio, Santiago de Liniers	16
	XV	Puerto Iguazú	10
	XVI	Esperanza, Colonia Wanda, Puerto Libertad	
	XVII	Bernardo de Irigoyen, San Antonio, Comandante Andrés Guacurarí	16
Noreste	XVIII	San Pedro	14
	XIX	El Soberbio, San Vicente	11

Fuente: En base al Decreto 97/08 del Ministerio de Salud Pública de Misiones y a datos de CAPS del Programa Remediar + Redes (Enero 2012)

El municipio de la ciudad de Posadas del Departamento Capital firmó el Convenio para la Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud, con el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, en octubre del 2008. A los efectos de obtener información sobre los CAPS municipales, se concretó un primer contacto con las autoridades del área, de la municipalidad capitalina. Los Centro de Atención Primaria dependen jerárquicamente de la Dirección de Atención Primaria que integra la Dirección General de Salud, en la Secretaría de

Calidad de Vida. Para ejecutar el Programa de Descentralización en la Gestión de la APS se designó, en el área de Calidad de Vida, un responsable de la gestión del Programa, un administrador de fondos y un equipo técnico municipal para apoyar la gestión y ejecución. Los Centros donde se ejecuta el Programa se ubican en los barrios: Miguel Lanús, Los Paraísos, Las Rosas, 2 de Abril, Latinoamérica, Belén, San Marcos y San Gerardo.

Se realizaron entrevistas a los responsables sanitarios de los CAPS, de las conclusiones se observa que, en cuanto a la estructura organizativa, está conformado por el Responsable del Centro (médico/enfermero), por un equipo de profesionales médicos, por administrativos, servicios de limpieza y de seguridad. En cuanto a los recursos humanos, en promedio cada Centro cuenta con nueve personas (se incluye el personal médico). El equipo profesional está compuesto por médicos generalista/clínico, ginecólogo/obstetra, pediatra y enfermeros en el 100% de los CAPS, odontólogos en un 90% y asistente social en un 70%. Cuenta con personal administrativo en el 100% de los Centros, al que se le suma el personal de apoyo (limpieza y seguridad). Reciben capacitación en temas puntuales a las actividades que realizan o a los previstos por los Programas que ejecutan. En cuanto a la gestión, la atención en los Centros se extiende de 6 a 18 hs., horario en que los médicos de cada especialidad atienden a sus pacientes, los enfermeros actúan como sus colaboradores y en atención al público. Se realizan tareas de inmunización, ejecutan las actividades previstas en el Plan Nacer, en el área de la farmacia se expenden remedios en el marco del Programa Remediar, se realiza distintos tipos de controles a las personas como presión arterial y diabetes en las personas adultas, y en niños de bajo peso o bajo el Programa Hambre Cero, entre las actividades más representativas. Todos los CAPS poseen computadora personal y teléfono de línea. Entre las tareas administrativas que se desarrollan se encuentran las referidas al Plan Nacer, que es una de las tareas principales realizadas por los administrativos; el personal de enfermería contribuye con las tareas administrativas y confeccionan las planillas de epidemiología, de infecciones respiratorias agudas (IRA) y de entrega de leches; el asistente social elabora los informes correspondientes al Programa Remediar. Los informes elaborados por cada Centro de Atención se remiten a la Dirección de Atención Primaria de la Municipalidad, para conformar las estadísticas de nivel municipal y su posterior remisión al área de estadísticas del Ministerio de Salud Pública, o para ser presentado ante los responsables de los Programas del Ministerio de

Salud Pública de la Provincia a los efectos dar cumplimiento a los requisitos establecidos para cada Plan o Programa Nacional que ejecuten. La infraestructura edilicia es adecuada, un 80% poseen una buena estructura edilicia, de construcción relativamente nueva o casi nueva, con consultorios, sala de espera, enfermería, farmacia, administración, sanitarios y patios. En cuanto a la tecnología cada Centro cuenta con lo necesario para funcionar, al igual que los que prestan servicios de odontología. El área de cobertura de atención incluye al barrio donde se encuentra ubicado el CAPS y a los barrios aledaños, pero tal como comentaron los Responsables Sanitarios algunas personas que son atendidas provienen de barrios distantes que no pertenecen al área de cobertura.

Sistema de información

La formulación de las líneas estratégicas constituyen, para la Organización, “la base fundamental y la guía de las acciones para el futuro a corto, medio y largo plazo, destacando como principal meta el desarrollo de un plan general de acciones,” [Mora Martínez, 2003, pág. 61]⁽¹⁰⁾ que permitirá responder a los problemas en la medida que se vaya presentando; y en segundo lugar, serán los cimientos para ordenar las actividades asistenciales y administrativas de manera integrada, pero sin perder cada área su autonomía.

El plan de acción de cada línea estratégica se basará en los objetivos estratégicos de cada línea (implican las acciones que se desarrollaran para alcanzar la meta); y en los planes de acción para cada objetivo estratégico (planteamiento operativo, deben ser factibles, cuantificable, requiere la asignación de responsabilidad y la generación de información que permita el control y la evaluación). El responsable es la persona designada dentro de la Organización que deberá asumir la responsabilidad del cumplimiento de la meta establecida; y el cronograma permite fijar los plazos de ejecución previstos.

Se conformará un equipo de trabajo, integrado por una autoridad del área sanitaria municipal (Dirección General de Salud) que actuará en calidad de supervisor, especialistas informáticos (profesionales y técnicos), profesionales médicos que desarrollen sus actividades en los Centros y administrativos. El responsable de implementar el Proyecto en cada Centro será el profesional responsable de cada uno de los CAPS.

Líneas estratégicas

I. Desarrollar un sistema de información en el primer nivel de atención

Objetivo estratégico: Mejorar la organización de los Centros de Atención Primaria

Acciones:

1. Planificación. Se definirán las necesidades del conocimiento, especificando los productos de información que se obtendrán con la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Se observarán los sistemas de salud con que se cuenta, se realizará un relevamiento de toda la información que se genera en cada Centro, si cuenta con formatos electrónicos, con qué nivel de detalles se manejan. Se identificarán los recursos de infraestructura, tecnología y humanos. Se identificará al personal técnico experto entre los recursos humanos existentes. Se analizará el proceso, se conocerá cada una de las áreas que formará parte del sistema, administración, área médica y de enfermería, farmacia, servicios, estadísticas que se elaboran. Se definirá la metodología que se utilizará para la gestión del Proyecto. Responsable, Supervisor. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio y finalización: mes de febrero.

2. Preparación. Se diseñarán los procesos que conformarán el sistema de información, observando que cada CAPS deberá estar conectado a la red del sistema central, con base en la Dirección de Atención Primaria, donde se concentrará la información que permitirá elaborar informes, indicadores y estadísticas. Permitirá la comunicación con el segundo y el tercer nivel de atención sanitaria, posibilitando la comunicación y un sistema de Referencia y Contrarreferencia de los pacientes. Se elaborará la normatización de los procesos administrativos orientados a la APS. Se definirán las características funcionales requeridas y las necesidades de capacitación. Responsable, Supervisor, Profesionales Informáticos y el Profesional del Centro. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio: marzo y finalización: abril.

3. Adquisición. Se definirán las especificaciones tecnológicas, de capacidad, de capacitación, de responsabilidad y necesidades de mantenimiento. Se tendrá en cuenta el equipamiento informático existentes. Se definirán los estándares para el procesamiento de datos, técnicos y electrónicos necesarios para la interconexión de equipos. Responsable,

Supervisor y Profesionales Informáticos. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio: mayo y finalización: julio.

4. Desarrollo e infraestructura. Se realizará progresivamente, cumplimentándose el cronograma previsto. Deberá garantizar la seguridad y la confiabilidad de la información, determinando el nivel de acceso entre los operarios del sistema. Se designará a los operarios de los distintos niveles. Se diseñará los ajustes mínimos y necesarios en las instalaciones y en los espacios físicos. Responsable, Profesionales Informáticos. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio y finalización: agosto.

II. Mejorar la calidad de la información

Objetivo estratégico: Favorecer en la optimización de la gestión

Acciones:

1. Capacitación del recurso humano. Interiorización en la TIC, en el sistema de información, en los programas que contiene, en la carga de los datos y en la información resultante. Responsable, Profesionales Informáticos y el Profesional del Centro. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio: septiembre y finalización: octubre.

2. Implicancia profesional. Estimular y favorecer la participación del recurso humano en cursos de formación continuada. Responsable, Profesional del Centro. Evaluación, revisión trimestral. Cronograma, inicio: noviembre y finalización: continua.

Objetivo estratégico: Gestión de los datos

Acciones:

1. Gestión de datos clínicos. Registros médicos, atención de enfermería, expendio de remedios, planes o programas que se ejecutan. Obtención de un conjunto coherente de informes, indicadores y estadísticas de salud relacionado con cada una de las áreas del Centro de Salud. Responsable, el Profesional del Centro. Revisión mensual. Cronograma, inicio: noviembre y finalización: continua.

2. Historia Clínica Electrónica. Registro completo de las actuaciones de cada paciente en el Centro, datos personales, enfermedades, tratamientos, prescripciones, solicitudes.

Responsable, el Profesional del Centro. Evaluación, revisión mensual. Cronograma, inicio: enero del segundo año de implementación y finalización: continua.

3. Tarjeta Sanitaria. Identificación única del paciente para el Centro, que informa sus datos personales y el Centro de Atención al cual pertenece por su domicilio o en el cual ha realizado el primer contacto con el CAPS, esta información le permitirá ubicar la historia clínica electrónica del paciente en el sistema. La Tarjeta les será otorgada a aquellos pacientes que hayan concurrido por un período de seis meses al mismo Centro para ser atendido. Responsable, el Profesional del Centro. Evaluación, revisión bimestral. Cronograma, inicio: julio del segundo año de implementación y finalización: continua.

CONCLUSIÓN

La ley de salud misionera define a la atención primaria como el eje del cambio de la política sanitaria, estableciéndolo como el garante de la salud integral de la población. Desarrollar un sistema de información en el primer nivel de atención debe partir incorporando el concepto del valor agregado que implica tomar esta decisión.

La meta fundamental de los sistemas computarizados de información es mejorar la manera en que se trabaja, aumentando la eficiencia y la calidad de los datos. Información que es necesaria a la hora de definir políticas públicas y estrategias. De allí la importancia del aporte de los lineamientos estratégicos para el desarrollo de un sistema de información en los Centros de Atención Primaria, cuyo propósito es mejorar la calidad de información que permita reajustar las políticas públicas definidas, lo que permitirá que la población tenga acceso a un mejor nivel de atención de su salud y, por ende, mejore su calidad de vida.

REFERENCIAS

(1) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y UNIÓN EUROPEA. (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, CEPAL y

UE. Actualmente disponible en PDF, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/3/40953/sps165-tics-salud.pdf> [consultada el 06/12/11], p. 6.

(2) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y UNIÓN EUROPEA. (2010). Salud Electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos. Naciones Unidas, CEPAL y UE. Actualmente disponible en PDF, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electrinica-LAC.pdf> [Consultada el 06/12/11], p. 30.

(3) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y UNIÓN EUROPEA. (2010). Salud Electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos. Naciones Unidas, CEPAL y UE. Actualmente disponible en PDF, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electrinica-LAC.pdf> [consultada el 06/12/11], p. 32.

(4) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y UNIÓN EUROPEA. (2010). Salud Electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos. Naciones Unidas, CEPAL y UE. Actualmente disponible en PDF, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electrinica-LAC.pdf> [consultada el 06/12/11], p. 33.

(5) COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y UNIÓN EUROPEA. (2010). Salud Electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y Desafíos. Naciones Unidas, CEPAL y UE. Actualmente disponible en PDF, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/41825/di-salud-electrinica-LAC.pdf> [consultada el 06/12/11], p. 36.

(6) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2007). Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación. Ed. 1a ed. - Buenos Aires, Salud Investiga. Actualmente disponible en http://www.saludinvestiga.org.ar/libros_comision.asp [consultada el 09/12/11], p. 213.

(7) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2007). Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación. Ed. 1a ed. - Buenos Aires, Salud Investiga. Actualmente disponible en http://www.saludinvestiga.org.ar/libros_comision.asp [consultada el 09/12/11], p. 215.

(8) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2007). Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación. Ed. 1a ed. - Buenos Aires, Salud Investiga. Actualmente disponible en http://www.saludinvestiga.org.ar/libros_comision.asp [consultada el 09/12/11], p. 216.

(9) MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2007). Evaluación de APS y de Redes de Servicios de Salud: Dos miradas de la situación. Ed. 1a ed. - Buenos Aires, Salud Investiga. Actualmente disponible en http://www.saludinvestiga.org.ar/libros_comision.asp [consultada el 09/12/11], p. 221.

(10) MORA MARTINEZ, J. (2003). Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos. Aplicaciones en las organizaciones de enfermería. Madrid, España, Ed. Díaz de Santos, S. A., p. 61.

BIBLIOGRAFÍA

CAMARA DE REPRESENTANTE. (2007). Ley Provincial de Salud XVII N° 58. Actualmente disponible en http://www.diputadosmisiones.gov.ar/digesto_juridico/content.php?id_category=206&bus_rama=ok [consultada el 02/12/11].

Decreto N° 71/08. Programa de Descentralización de la Gestión para la Atención Primaria de la Salud. Boletín Oficial de la Provincia de Misiones, Año LI N° 12198, Febrero 2008.

Decreto N° 97/08. Distribuciones territoriales de las Zonas y Áreas Programáticas de Salud. Boletín Oficial de la Provincia de Misiones, Año LI N° 12232, Marzo 2008.

Ley Provincial N° 4397. Presupuesto General de la Administración Pública. Ejercicio Financiero 2008. Gobierno de la Provincia de Misiones, Subsecretaría de Hacienda, 2008.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. (2012). Programa Remediar+Redes, Buscador de CAPS. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Enero 2012. Actualmente disponible en http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=10 [consultada el 31/01/12].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1999). El establecimiento de sistema de información en servicios de atención de salud. Guía para el análisis de requisitos, especificaciones y adquisición. Washington DC, PAH; Ed. OPS, Julio 1999.