

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

La construcción de los sistemas de salud que intentan alcanzar el acceso y cobertura universal a la salud requiere transformaciones de una gobernanza integral con influencia sobre los principales recursos críticos (financieros, recursos humanos, servicios, medicamentos y tecnología) de esos sistemas de salud.



En este marco se denomina gobernanza al conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad.

A menudo la palabra gobernanza está vinculada con la rectoría. En este caso nos referimos a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. La construcción de gobernanza requiere como condición sine qua non de una rectoría que colabore para su construcción.

¿QUIÉN GOBIERNA EL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO?

Desde hace décadas el sistema de salud de la Argentina ha perdido capacidad de gobernanza. El crecimiento desordenado, las transferencias de servicios públicos a las provincias, la ausencia de una ley de coparticipación donde se defina la relación nación-provincias, el crecimiento del sector privado durante muchos años sin controles, la incapacidad estatal de supervisión, la pérdida de poder de financiamiento, la fragmentación del sistema de seguridad social ha ido minando las posibilidades de contar con un tablero de mandos para gobernar el sistema sanitario.



La descentralización, diversidad y pluralismo del sistema de salud argentino exige más que ningún otro la construcción de un esquema de gobernanza y rectoría por parte de las autoridades políticas. El sistema de salud fue perdiendo progresivamente su capacidad a nivel nacional como consecuencia de algunas carencias en materia de información y financiamiento que limitaron su accionar.

Cuando esto sucede los espacios públicos son ocupados o cooptados por grupos de interés que consolidan la segmentación y la fragmentación del sistema y aumentan la

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

inequidad en el acceso y los resultados de las diferentes coberturas que conviven bajo un mismo paraguas.

La conclusión es que no se puede gobernar sin financiamiento y sin información. El cuadro de mando de un sistema ya es complejo cuando se trata de un sistema único y con financiamiento público, por lo tanto, tratemos de imaginar las dificultades de una gobernanza y rectoría para un sistema descentralizado, segmentado y fragmentado.

La integración de sistemas segmentados implica procesos paulatinos y largos, que requieren fortalecimiento de la gobernanza y rectoría: políticas de Estado. La gerencia de estos complejos cambios permite lograr hitos en el avance de la coordinación intrasectorial, que reduzcan la segmentación y fragmentación. El progreso que se vaya alcanzando en el proceso hacia la cobertura universal y la calidad de los sistemas y servicios de salud, favorece a su vez la legitimidad del sector salud para convocar a otros sectores para las políticas públicas y el abordaje de los determinantes sociales.

Todos los sistemas de salud del mundo, independientemente de sus formas organizativas, poseen una serie de herramientas operativas que sirven de sustento para los diferentes programas o políticas de salud que desarrollen. Sistemas tan diversos como los basados en modelos tipo Sistema Nacional de Salud (Beverige) como aquéllos basados en Seguros (tipo Bismark) e incluso los más promercados desarrollan fuertemente estas herramientas operativas de gestión. En nuestro país a la ya consabida fragmentación y segmentación de su sistema se le suma una alarmante debilidad en el desarrollo de estas herramientas. Cualquier política que en el futuro se desee desarrollar debe contar con una base sólida en donde asentarse.

La construcción de un gobierno sanitario implicará definir un marco de coordinación nacional del sistema que tome decisiones consensuadas. Que éstas impliquen definir el destino prioritario de recursos y que cuenten con la base de información para tomar esas decisiones. Sobre este último punto se referirá este artículo.

En primer lugar y repitiendo una frase consabida y repetida hasta el cansancio, pero no menos relevante por ello: Todo a 23 opción si queremos conducir y controlar un sistema tenemos que medir la performance del mismo.

El presente artículo enumera diez herramientas operativas de gestión que todo sistema de salud debiera tener o fortalecer independientemente de su forma organizativa. Sin pretender ser exhaustivos, simplemente se presenta como base de discusión amplia entre todos los sectores a fin de lograr consensos sobre cuestiones muy básicas pero imprescindibles a fin de poder desarrollarlas por un futuro gobierno independientemente de la ideología gobernante.

1. Mapas territoriales de salud

Los Mapas Sanitarios deberían constituir uno de los grandes sistemas de información en salud. Son instrumentos de planificación estratégica de los servicios de salud con una visión de conjunto enfocados no solamente a proponer las infraestructuras necesarias en el territorio y la ordenación territorial sino también a establecer criterios de

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

planificación para desarrollar y adecuar los servicios, con una perspectiva de futuro. Los Mapas Sanitarios, Sociosanitarios, de Salud Pública, de Vulnerabilidad Sociosanitaria, etc. se tratan de instrumentos de planificación mediante los cuales se pueden determinar las líneas directrices para hacer efectivo el desarrollo de los servicios que conforman el sistema de salud y adecuarlos a las necesidades de la población.

2. Sistema de vigilancia epidemiológica

Otro de los grandes sistemas de información en salud, en este caso ya existente pero que requiere fortalecimiento y actualización, es el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Éste fue fortalecido a principios de los 2000 a partir de un proyecto financiado por el Banco Mundial, el VIGIA, el cual informatizó el sistema, capacitó recursos humanos, introdujo las encuestas para medir factores de riesgo y creó un sistema de laboratorios para mejorar los diagnósticos. Pero finalizado el préstamo el sistema se debilitó y muchos nodos no informan como corresponde, lo cual genera dudas sobre la información actual de las enfermedades de notificación obligatoria.

3. Sistemas de Clasificación de Pacientes y de Poblaciones (del tipo de los GRD y de los ACG)

Los GRD – Grupos Relacionados por el Diagnóstico son un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios que los clasifica en grupos homogéneos en cuanto a consumo de recursos. En realidad, se trata de un programa informático que, alimentado con datos de los pacientes dados de alta de un hospital, es capaz de clasificarlos en grupos. En cada grupo se clasifican pacientes clínicamente similares y con parecido consumo de recursos. Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes ampliamente difundido en el mundo hospitalario. Los GRD sirven para conocer la casuística hospitalaria y son de gran utilidad en la gestión y en la financiación de los hospitales. La agrupación de pacientes se realiza a través del análisis de una 24 información básica de los pacientes. Concretamente los datos necesarios para esta agrupación son: edad del paciente, sexo, estado al alta, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos principal y secundario. Esta información forma parte del denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que sale de la historia clínica de cada paciente que egresa de un hospital. Los Adjusted Clinical Groups (ACG) son un sistema de ajuste de riesgos que clasifica a las personas según su edad y sexo y las condiciones médicas que presentan, y estas personas tienen un consumo similar de recursos sanitarios durante un período. Fueron desarrollados por Starfield y Weiner (Universidad Johns Hopkins, EE. UU. 1991), y su objetivo es medir el grado de enfermedad en poblaciones de pacientes basándose en sus niveles de comorbilidad. Entre sus principales aplicaciones destacan: a) evaluar la eficiencia en la utilización de los servicios sanitarios, b) medir la comorbilidad de la población, y c) programar la financiación o pago capítativo para grupos de proveedores. Entre las ventajas del sistema ACG destaca la necesidad de un número limitado de variables para cada paciente (edad, sexo y diagnósticos) y que la unidad de medida es el paciente. Se comentan algunas características de este sistema de ajuste de riesgos poblacionales.

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

4. Historia clínica única electrónica

Los sistemas de información sanitaria (SIS) se organizan en conjuntos de elementos que interactúan para procesar los datos y la información de salud de las personas, con el objetivo de realizar un intercambio eficiente de información entre los actores del sistema de Salud, buscando optimizar la toma de decisiones en todos los niveles (atención, planificación, gestión, etc.). Uno de estos elementos es la Historia Clínica Electrónica (HCE). Implementar una HCE incluye muchas más funcionalidades que la mera informatización del registro médico y va más allá de una simple aplicación de computadoras: representa una cuidadosa integración de sistemas que requieren una significativa inversión de tiempo, dinero, cambio de procesos y reingeniería del factor humano.

5. Nominalización y georreferenciación de la población

Tender a un padrón único socio sanitario en donde figuren los datos mínimos necesarios de filiación y se asocie con su historia clínica única y con los mapas territoriales de salud.

6. Sistema de costos hospitalario

Desarrollar sistemas de información de costos y gestión hospitalaria, siendo su objetivo prioritario la búsqueda de la optimización de los recursos hospitalarios desde un punto de vista económico-social. Fortalecer el cálculo, desglose y sistemas de información de costos para su adecuada implementación, asegurando la confiabilidad, pertinencia y oportunidad de los resultados generados por dichos sistemas, tipos y análisis de costos para su uso efectivo gestión hospitalaria.

7. Sistemas de medición de carga de morbilidad (Desarrollo de AVAD - Años de Vida Ajustados por discapacidad)

Desarrollar un sistema de medición de la carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Fue desarrollado en la década de 1990 como una forma de comparar la salud en general y la esperanza de vida de los diferentes países. El uso del AVAD se está haciendo cada vez más común en el campo de la salud pública y la evaluación del impacto en la salud. Se amplía el concepto de “años potenciales de vida perdidos por muerte prematura” para incluir “años equivalentes de vida sana perdidos por un estado de salud deficiente o discapacidad”. Al hacerlo tanto la muerte como la enfermedad se combinan en una única métrica común.

8. Guías clínicas y protocolos

Creación de una agencia para investigación y calidad de la atención de salud. Al estilo de la que existe en Estados Unidos. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) es la agencia federal líder encargada de mejorar la seguridad y la calidad del sistema de atención médica. AHRQ desarrolla el conocimiento, las herramientas y los datos necesarios para mejorar el sistema de atención médica y ayudar a los

Diez instrumentos para afianzar la gobernanza del Sistema de Salud Argentino

estadounidenses, a los profesionales de la salud y a los responsables políticos a tomar decisiones informadas sobre la salud.

9. Determinación del financiamiento y gasto en salud

En particular la importancia de contar con información sobre el gasto de bolsillo en salud: El gasto de bolsillo es el dato que muestra los problemas de solidaridad y de acceso al sistema. El gasto de bolsillo es muy alto (33%) y la OMS sugiere que no debe sobrepasar el 10-15%. Nuestras mediciones están atrasadas y requieren nuevas encuestas que nos permitan medir nuestro estado de situación en la materia para poder actuar en consecuencia

10. Agencia de resultados del sistema sanitario argentino

Una agencia de resultados del SSA medirá y difundirá los resultados alcanzados en el ámbito de la asistencia sanitaria (con todas las ventajas de disminuir la asimetría informativa) por parte de la variedad de proveedores (privado, público y seguridad social) a fin de facilitar la toma de decisiones a los responsables de la calidad de la atención sanitaria. Este instrumento se convertirá en una referencia clave para la evaluación de las políticas sanitarias, de mejora continua de los prestadores. Permitirá estar alineado con las políticas de transparencia y rendición de cuentas.

La información sistemática y estructurada tiene dos utilidades principales: permite la evaluación y la rendición de cuentas. La evaluación es necesaria para que el sistema de salud haga frente a los nuevos retos sociales (nueva ciudadanía), demográficos (envejecimiento) y sanitarios (avance tecnológico, enfermedades emergentes) que surgen continuamente. También es crítica para la planificación sanitaria y la implantación de un sistema de salud basado en la sostenibilidad y la mejora de la efectividad, eficiencia, equidad y calidad asistencial.

Por el Dr. Adolfo Sánchez de León (1) y el Prof. Carlos Vassallo (2)

(1) Médico. Especialista en Salud Pública. Presidente de la ANLAP (Agencia Nacional de Laboratorios Públicos).

(2) Profesor FCM UNL, Consultor OISS y miembro del Grupo PAIS.