



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Verónica Quaglia Florez

Centros de atención primaria y sistemas de información en salud: una experiencia sindical

Tesis presentada para la obtención del título de Especialización en Gestión de Salud

Director de la tesis

Marcio Alazraqui

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Quaglia Florez, Verónica. (2011). Centros de atención primaria y sistemas de información en salud. Una experiencia sindical [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/TFI/EsGS/031688_QuagliaFlores.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Especialización en Gestión en Salud
2ª cohorte (2007-2008)

Trabajo Final Integrador para la obtención del título de Especialista

Título: Centros de atención primaria y Sistemas de Información en Salud. Una experiencia sindical.

Autora: Profesora Verónica Lida Quaglia Florez

Orientador: Dr. Hugo Spinelli

Fecha de entrega: diciembre 2011
Lanús, Argentina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Especialización en Gestión en Salud
2ª cohorte (2007-2008)

Trabajo Final Integrador para la obtención del título de Especialista

Título: Centros de atención primaria y Sistemas de Información en Salud. Una experiencia sindical.

AUTORA: Profesora Verónica Lida Quaglia Florez

ORIENTADOR: Dr. Hugo Spinelli

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Leonardo Federico
Lic. Adrián Santoro
Dra. María del Carmen Rojas

FECHA DE APROBACIÓN:
14/03/12

CALIFICACIÓN
9 (nueve)

RESUMEN

Los Sistemas de Información en Salud (SIS) presentan diversas dificultades. Los niveles locales tienen en general problemas para apropiarse de ellos, no tienen activa participación en la circulación de la información y existen serios inconvenientes en el acceso a los datos. Tomando como ejemplo Centros de Atención Primaria de un Sindicato Bonaerense se analizará en este trabajo una experiencia de implementación, utilización y seguimiento de SIS. Se reflexionará sobre la circulación de la información que los SIS generan, se intentará pensar el modo de involucrar a los sujetos de los distintos niveles de gestión en la participación activa de todos los momentos de los Sistemas y se generarán preguntas que nos ayuden a encontrar un camino hacia la producción de información que ayude a la generación de conocimiento ligado a la acción.

Palabras Clave: Sistemas de Información en Salud; Centros de Atención Primaria; Información; comunicación.

ABSTRACT

Health Information Systems (HIS) encounter several difficulties. People at local levels have troubles including them as a useful resource in their everyday work and, also, they do not show an active participation in circulating information regarding these systems or derived from them. In addition to this, accessing the data is usually hard. Through this paper we will analyze an experience of implementation, use and follow-up of a HIS. For this purpose we will take as an example a group of Primary Care Centers run by a union located in the Province of Buenos Aires, Argentina. In the analysis we will consider the flow of the data produced by the HIS. Besides, we intend to develop a plausible strategy to involve people at different levels of management in an active participation throughout the phases of the System. In the process questions will be raised that will help us find a path towards the generation of information useful for the production of action-oriented knowledge.

Key words: Health Information Systems, Primary Care Centers; Information, Communication

CONTENIDO

Introducción.....	6
Definiciones Básicas.....	6
Reseña histórica.....	8
Desarrollo teórico	10
Surgimiento de Centros de Atención Primaria en un sindicato bonaerense.	12
Necesidad de información en Atención Primaria de la Salud	14
SIS. Una experiencia Sindical	15
Problemas en los SIS de SUTEBA	17
Discusión y conclusiones	19

Introducción

El siguiente trabajo es una reflexión acerca de las dificultades que los Sistemas de Información en Salud (SIS) presentan para los gestores en salud, a partir de una experiencia personal en el desarrollo, implementación, utilización y seguimiento de los SIS de una Obra Social de un Sindicato Bonaerense y sus Centros de Atención Primaria. Se intentará reflexionar sobre qué factores dificultan la apropiación de los SIS a nivel local.

Para ello se revisarán definiciones de SIS, algunos aspectos históricos en Argentina y la relación con las distintas concepciones de salud, posiciones teóricas circulantes con respecto a los SIS, los procesos que los conforman y los objetivos implícitos en su diseño. Luego se tomará un caso específico de SIS en un Sindicato Bonaerense y sus Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para, a partir de este ejemplo, reflexionar y discutir las problemáticas presentadas y sus posibles orígenes.

Definiciones Básicas

Para poder analizar los SIS, es necesario presentar algunas definiciones que ayuden a pensar a qué nos referimos cuando hablamos de sistemas de información. Para ello se trabajarán los conceptos de sistema, información, información en salud, sistemas de información y SIS. Se realizará un recorrido que concluya en un concepto de información no neutra, atravesada por relaciones de poder y al servicio de los ciudadanos.

En el “*Diccionario de Planeación y Planificación*” (1:330) se define sistema “como el conjunto de organismos, principios y normas sobre una materia, enlazados y coordinados entre sí tan estrechamente que constituyen un todo indivisible, a pesar de la relativa independencia funcional u operativa que puedan tener sus partes componentes”.

En el uso del vocablo información deben diferenciarse en principio dos modos: su utilización para indicar la existencia de datos en relación a cierto tema o problema; de la utilización con que se emplea al designar el conocimiento e interpretación de un tema o problema (2). En ambos casos la información es entendida como representación de una realidad existente dentro de un universo simbólico. No es neutra, refleja conceptos, valores, intenciones y visiones del mundo de quien la está utilizando y/o generando (3).

Para Ilara Sozzi de Moraes información es la representación de algo a partir de una selección realizada dentro un universo de saberes. Esta selección responde a determinados

intereses, y se dará a partir de recortes específicos de la realidad, fragmentada según las intenciones sobre lo que se quiera destacar (4).

Dentro de las variadas definiciones de información circulantes, existen algunas que valorizan al receptor como potencial sujeto informacional, considerando la información como agente mediador en la producción del conocimiento. Otras enfatizan en el emisor como productor de información, productor que opera según una cierta racionalidad que en el caso de los SIS estaría atravesada por la lógica de la medicina vigilante y disciplinar, acompañada de una racionalidad técnica y productivista en busca de niveles de eficiencia (4).

La información procede del ordenamiento de ciertos datos de manera que adquieran significado para quien los recibe. Esta información evaluada por la persona indicada en el contexto indicado se convierte en conocimiento (4).

La información en salud representa entonces, “los estados, acontecimientos, identidades, procedimientos, relaciones y procesos que constituyen el sistema que se trata de mantener y modificar” (2:57). Estos datos representarían la información primaria, y la secundaria estaría dada por la historia de la enfermedad, la terapéutica, la efectividad, los riesgos de los procedimientos, etc.

Un sistema de información es el sistema “...encargado de coordinar los flujos y registros de información necesarios para llevar a cabo las funciones de una institución determinada de acuerdo con su planeamiento o estrategia de negocio” (5:410). Puede definirse también como un conjunto de procesos que, operando con un conjunto estructurado de datos y de acuerdo a ciertas necesidades “recopila, elabora, y distribuye (parte de) la información necesaria para la operación de una empresa (...) apoyando al menos en parte la toma de decisiones...” (6).

Otros lo consideran un sistema auxiliar a la planeación, contenedor de componentes para “recopilar, almacenar, comunicar, elaborar y publicar información.” Y definen sus características por el modo en que su estructura relaciona las partes entre sí, por el lapso que transcurre entre la recepción de la información y su utilización para la toma de decisiones, planteando la necesidad de desarrollar sistemas de información que apoyen la planificación (1:331).

En el libro “*La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud*” (2), el término sistemas de información abarca tanto la ingeniería y procesamiento de los datos, donde importan los métodos y el manejo de los mismos, como la inteligencia puesta al interés del contenido y su significado.

Para el “*Diccionario Epidemiológico*” de J. Last, un sistema de información combina datos estadísticos, vitales y sanitarios, y los utiliza para conseguir información acerca de necesidades, costos, utilización y resultados de la utilización de servicios sanitarios en cierta población (7).

La OMS define a los *SIS* como mecanismos de recolección, procesamiento, análisis y transmisión de información necesaria para organizar y operar servicios de salud y también para la investigación y planeamiento con vistas a controlar dolencias (8).

En su texto “*Sistemas de Informação em Saúde no Nível Local*”, Fernández Branco M. cita a K. L. White, quien sostiene que un *SIS* “puede entenderse como un instrumento para adquirir, organizar y analizar datos necesarios para la definición de problemas y riesgos para la salud, evaluar la eficacia, eficiencia e influencia que los servicios prestados pueden tener en el estado de salud de la población, además de contribuir para la producción de conocimiento acerca de la salud y de los asuntos a ella conectados” (9).

Los *SIS* son definidos en el libro “*Gestión en el Sector de la Salud*” como “el conjunto formal de procesos que, operando sobre una colección de datos estructurada de acuerdo con las necesidades del sistema sanitario, recopila, elabora y distribuye (parte de) la información necesaria para la operación de dicha organización y para las actividades de dirección y control correspondientes, apoyando al menos en parte, la toma de decisiones necesaria para desempeñar las funciones y procesos de negocio del sistema sanitario de acuerdo con su estrategia” (5:410).

Esta información puede formar parte de los dispositivos del poder puestos al servicio del control de la población, o ser un instrumento al servicio de la producción de un conocimiento emancipador del hombre. Se tratará en este último caso de información considerada como elemento complejo, de producción histórica atravesada por las relaciones de poder y producción de saber, politizando de ese modo este campo generalmente reducido al dominio técnico. La información ocuparía entonces, una posición estratégica en los modos de organización material y simbólica y sería considerada un bien público (4).

Reseña histórica

Como modo de contextualizar la situación de los *SIS* en Argentina, se describirá brevemente en este apartado su historia en el país durante la segunda mitad del siglo XX, destacando la relación entre las distintas concepciones de salud y su relación con los datos

seleccionados para relevar. Se tomarán como referencia principal textos de la Lic. Élica Marconi¹ y colaboradores.

En su libro sobre información estadística los autores Marconi/ Mendez (10) describen cómo a través del tiempo las distintas concepciones de salud fueron influyendo en los SIS. De esta manera, en las décadas del 50' y 60' se relevaban características biológicas de la población, daños en salud, recursos y producción de servicios, respondiendo a la lógica de salud como ausencia de enfermedad. En la década del 70' se incorporan datos socioeconómicos, con el reconocimiento de que estos factores limitaban la instrumentación de las acciones en salud. En la década del 80', "con el reconocimiento de los factores socioeconómicos, culturales y ambientales como componentes de la calidad de vida" (10:32) se suman las condiciones de vida y la cobertura en salud al conjunto de datos necesarios de relevar.

Esta realidad se veía reflejada también en nuestros país. En la Provincia de Buenos Aires, entre los años 1960 y 1963 se desarrolla e instrumenta el Programa Integral de Estadísticas Vitales. En 1964 se define el Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Hasta ese momento, funcionaba un sistema estadístico básico implementado por el Dr. Ramón Carrillo que relevaba las acciones hospitalarias. El Programa Nacional intentó abarcar también las necesidades de quienes demandaban información (11).

Entre 1964 y 1968 se organiza y desarrolla en todo el país la Encuesta Nacional de Salud que incluía una entrevista social, un examen físico, radiológico y electrocardiográfico. La falta de articulación con los procesos de decisión política la convirtió en un instrumento aislado. El Dr. Carlos Ferrero, quien fuera en aquel momento director de estadísticas sanitarias, sostiene que la falta de instrumentos y demanda de información, sumada a la poca capacidad creativa que permitiera la readaptación del Sistema lo hicieron perder vigencia (11).

En 1968 la ley 17622 crea el Sistema Estadístico Nacional (SEN), estableciendo como organismo coordinador al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). "El Sistema Estadístico de Salud (SES) se conformó a fines de la década del 60 y se denominó Programa Nacional de Estadísticas de Salud, coordinado en el nivel nacional por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud." (12).

Los componentes más importantes del SIS en La Argentina, son el Sistema Estadístico de Salud -integrante del Sistema Estadístico Nacional-, el Sistema Nacional de Vigilancia

¹ Directora de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de La Nación.

Epidemiológica y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida incorporado en el año 1990.

Desarrollo teórico

Distintos elementos influyen en la planificación, desarrollo e implementación de los SIS. Se tendrán en cuenta en este desarrollo teórico la influencia del crecimiento tecnológico, la diferencia existente entre tecnología y sistemas de información, y entre acumulación de datos e información. Se verán los componentes y procesos a tener en cuenta al planificar un SIS y cómo su campo de acción se ve influenciado por los distintos modos en que pueden ser pensados.

En su *“Teoría General de los Sistemas”* L. Bertalanffi describe cómo el avance tecnológico del siglo pasado obligó a la tecnología a pensar ya no en términos de máquinas sueltas, sino de sistemas. Las cada vez mayores relaciones entre el hombre y la máquina comenzaron a generar problemas financieros, económicos, políticos y sociales que hicieron necesario requerir de especialistas en sistemas que consideraran soluciones posibles a un objetivo planteado, prometiendo óptima eficiencia y eficacia (13).

Si diferenciamos tecnología de sistemas de información, observamos que si bien la tecnología facilita la recolección, procesamiento y análisis de datos, debe haber un planteo previo de necesidades de información iniciales para que la implementación sea efectiva y adecuada a las necesidades de la gestión. La tecnología debe servir de apoyo a las decisiones de gestión de la información (5).

En la actualidad, el desarrollo tecnológico ha facilitado el procesamiento de datos y la transmisión de los mismos a los niveles centrales, pero esta ventaja no dio solución a los problemas de confiabilidad, falta de registro, pertinencia y criterios de análisis que permitan obtener información adecuada que genere insumos útiles para planificar estrategias de acción para la transformación (8).

Para que la acumulación de datos se transforme en información es necesario un ordenamiento de los mismos para que estos tengan significado y valor para quien los recibe. La información obtenida de ellos, analizada desde la experiencia y conocimientos previos de quien la lee, permitirá convertirla en conocimiento útil a la toma de decisiones (5).

En toda organización existe un flujo de información necesario para coordinar acciones de carácter operativo indispensables para el funcionamiento. De este modo se estandarizan

procesos que a través de su registro permiten “disponer de una base de información en la que apoyar la toma de decisiones en la actividad de gestión” (5:409).

Un sistema de información basado en la estandarización de procesos operativos corre el riesgo de perder de vista el resto de la información circulante en la organización. Es necesario detenerse a pensar, a partir de objetivos preestablecidos, qué otros datos serán necesarios a la hora de realizar una lectura que abarque algo más que lo que queda registrado porque de otro modo no habría acceso a la prestación.

Toda información ayuda a disminuir el grado de incerteza que una situación presenta, pero si acordamos que la información no es neutra, debemos asumir que en sí misma es portadora de cierta ceguera situacional generada por las variables seleccionadas (3).

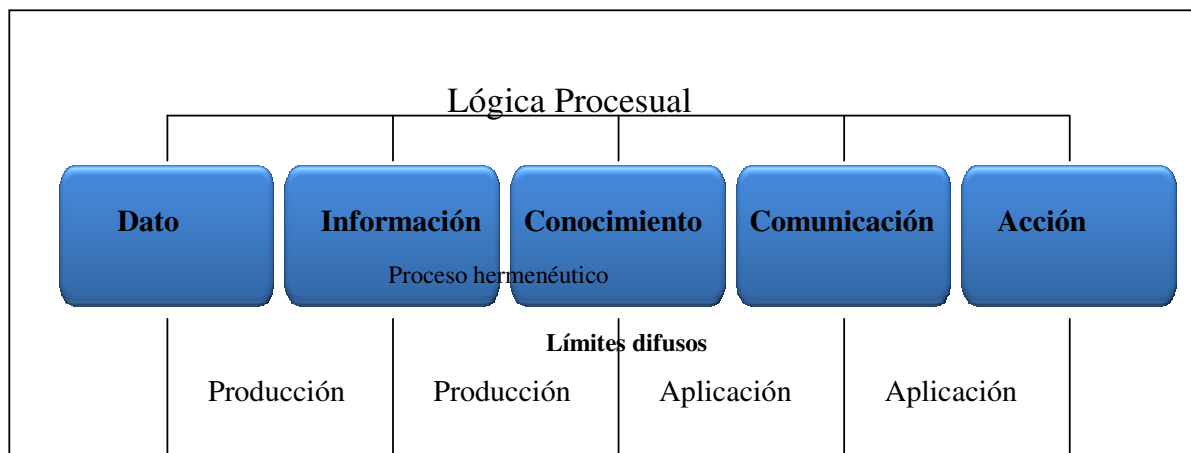
La estructura, funcionamiento, planificación y diseño de un SIS deben ser funcionales a los objetivos estratégicos de la organización, y deben tener el consenso de todos aquellos que necesitarán información para la gestión, sin perder de vista su relación con el resto de los sistemas de información de la organización con los que debe articular (contable, demográfico, financiero, etc) y con los que deberá acordar definiciones y criterios de manera de no generar sobre un mismo procedimiento, información no unificable de manera sencilla (5).

La base de datos deberá preferentemente ser única, cada dato será ingresado una sola vez, y deberá tener un responsable de su actualización y mantenimiento. Existirán distintos niveles de usuarios, con distintos permisos y accesos a los datos e información, y habrá un sistema de respaldo que permita reestablecer la base completa en caso de una falla u otra acción que genere la pérdida de la base (5).

Alazraqui y colaboradores, propone pensar a los SIS como sistemas abiertos y complejos, adhiriendo a la definición de la cibernética de segundo orden, que considera a la propia actividad descriptiva como parte constitutiva de los sistemas de información (8). Discutir los procesos de producción y aplicación de la información en salud articulando Dato, Información, Conocimiento, Comunicación y Acción (DICCA) dentro de una lógica procesual permitiría abordar las acciones en salud desde una nueva perspectiva epidemiológica, donde los SIS jugaran fuertemente su rol como soporte para la gestión.

Los elementos propuestos en el proceso DICCA son subdivididos en dos subgrupos, uno relacionado a la producción, y el otro a la aplicación de la información. Dato e información pertenecen al primer grupo, conocimiento, comunicación y acción al segundo (8)

Sistema de Información en Salud (SIS) y sus Subsistemas



Tomado de: Alazraqui M., Mota E., Spinelli H.(8) .

Los usuarios de los SIS del sector salud, no son otros que los distintos actores que conforman el conjunto de los trabajadores de la salud. Ellos son portadores de diferentes conocimientos, y sus actividades implican gran variedad de procesos. Los une en sus tareas una dimensión de atención/cuidadora que engloba todas las actividades en salud y que es la que, centrándose en las necesidades del paciente generará la producción de cuidado que debería ser en definitiva el fin último de la organización de salud (14). Cada uno será desde su nivel y función específica generador de datos y utilizador de información.

Si consideramos entonces a todos los usuarios de los SIS como portadores de conocimiento y como actores ubicados en un estratégico lugar de acción donde la información es fundamental en la toma de decisión, podemos sostener que para diseñar un SIS deberán identificarse los distintos niveles de usuarios con sus procedimientos y funciones, así como las necesidades que cada nivel requiera.

Surgimiento de Centros de Atención Primaria en un sindicato bonaerense.

La siguiente es una breve descripción de la historia del sindicato, del surgimiento del coseguro y los Centros de Salud del Sindicato Unificado Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (SUTEBA), y tiene como objetivo facilitar la comprensión del relato que posteriormente será expuesto sobre la experiencia de los SIS.

El SUTEBA es la entidad de base de la Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina (CTERA) en la Provincia de Buenos Aires. Fue constituida el 31 de agosto de 1986 y contaba en ese momento con 18.000 afiliados y 23 seccionales. Actualmente está conformada por 127 seccionales y delegaciones gremiales y

cuenta con 77.000 docentes afiliados en toda la Provincia, que sumados a sus grupos familiares forman un total de 175.000 beneficiarios².

Estos docentes, al igual que el resto de los trabajadores estatales provinciales, cuentan con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) como Obra Social. A principios de los años 90 existían desde otros sindicatos distintos cosegueros que brindaban un complemento monetario a las coberturas del IOMA. EL SUTEBA decide en aquellos años crear un coseguero distinto, con el objetivo de lograr por parte de los afiliados la apropiación del derecho a la salud en un marco contracultural, no mercantilista y solidario.

La Secretaria de Salud es quien tiene a su cargo la conducción del coseguero y las políticas de salud, junto a una Subsecretaria de Servicios de Salud y una Subsecretaria de Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. La amplitud de acciones y el crecimiento continuo hicieron necesario conformar también una Dirección de Salud compuesta por cuatro direcciones: Salud Laboral, Médica, Red de Atención Psicológica y Administrativa.

Las acciones son múltiples y cubren un amplio abanico -intervenciones en el IOMA, negociaciones en ámbitos paritarios, cobertura de cosegueros, otorgamiento de reintegros, etc.-. Como parte de estas acciones, en septiembre de 1990 se inaugura el primer Centro de Atención Primaria, iniciando un recorrido en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con una fuerte mirada sobre la relación entre salud y condiciones y medio ambiente de trabajo. En la actualidad se cuenta con una red de 17 Centros de Salud. 15 de ellos ubicados en el conurbano bonaerense, y dos en el interior de La Provincia, en las localidades de Mar del Plata y Bahía Blanca. Estos distritos del interior, sumados a los del conurbano concentran casi el 70% de los beneficiarios del coseguero.

Se trata de Centros orientados a la promoción de la salud a través de programas. Las consultas se realizan de manera programada, y la asistencia médica es brindada principalmente por un equipo básico conformado por médicos generalistas, pediatras y tocoginecólogos. Cuentan también con asistencia odontológica, psicológica, psicopedagógica, foniatría y algunas especialidades relacionadas a las necesidades específicas en docentes como ORL, Traumatología y Oftalmología. Forman parte del equipo enfermeros y admisores.³

² Datos a diciembre 2009

³ Admisores: recepcionistas cuya función excede lo meramente administrativo. Son el primer contacto de los afiliados al llegar a nuestros CAPs. Sus tareas comprenden la recepción del paciente, la orientación para el acceso a los servicios que brindan los Centros de Salud, la Obra Social y el coseguero, enmarcando la comunicación en las políticas de salud del Sindicato.

Necesidad de información en Atención Primaria de la Salud

El primer nivel de atención, al igual que todos los niveles de gestión, necesitan contar con acceso a la información que sus propios servicios generan.

Anteriormente sostuvimos que la concepción de salud influye en las preguntas que un individuo se hace a la hora de definir qué datos relevar y cómo analizarlos. La Declaración Alma-Ata considera que “la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.” (15). Esta concepción amplía la mirada y nos hace pensar los SIS en relación continua con otros sistemas de información tales como los económicos, demográficos, sociales, etc.

Dentro de este marco, la información relacionada a la atención médica ambulatoria es esencial para la gestión de los servicios de salud, así como para la planificación local, jurisdiccional y nacional. El incremento de la atención ambulatoria y el reconocimiento de los Centros de Atención Primaria (CAP) como efectores esenciales de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, hacen necesario caracterizar las consultas y la población asistida a través de diferentes variables (16).

El Ministerio de Salud determinó un conjunto mínimo de datos básicos a relevar en consulta ambulatoria: identificación del establecimiento; fecha; unidad operativa; edad; sexo; lugar de residencia; cobertura médica, diagnóstico o motivo de consulta (16). Conocer los problemas de salud de la población asistida permitirá mejorar la atención orientando programas, anticipándose a las necesidades poblacionales y optimizando los recursos.

La democratización de los SIS requiere previamente de la democratización del sistema de salud. Si logramos pensar los CAPS como delegaciones (17) del sistema sanitario central, gestores de su práctica cotidiana, planificando e implementando decisiones, es indispensable reconocerles la necesidad del manejo de información propia.

Los SIS centrales deben claramente hacer visible su eficiencia y utilidad para la gestión. Para llegar a transferir la responsabilidad de los SIS a los niveles locales, se hace necesario un gran trabajo y reflexión previos que faciliten a los equipos de salud el sentimiento de participación y responsabilidad. La gran tarea será entonces, democratizar sin fragmentar y sin perder eficiencia y calidad.

SIS. Una experiencia Sindical

En el año 2000 SUTEBA decide comenzar a desarrollar un sistema integrado de información, que refleje los procesos y cubra las necesidades de la organización. Esta decisión implicó un análisis previo de los procesos administrativos y contables que debían sistematizarse, el seguimiento y evaluación permanente del desarrollo del sistema, así como una prueba piloto del sistema de gestión de salud (a fines del año 2002) en uno de los niveles locales para detección y corrección de posibles errores.

El Sistema Integrado de Gestión Sindical Financiera (SIGSF) está compuesto por varios módulos interrelacionados entre sí.

- SIGSF100. Módulo de generación de preordenes de pago (uso central).
- SIGSF200 . Módulo de generación de órdenes de pago (uso central).
- SIGSF300. Módulo de configuraciones contables (uso central).
- SIGSF400. Módulo de atención en Centros de Salud (uso local).
- SIGSF401. Módulo de configuración del SIGSF400 y generador de informes (uso central).
- SIGSF402. Módulo de generación de liquidaciones y pagos de prestaciones profesionales (uso local y central).
- SIGSF407. Módulo de configuración de entrega de bonos de coseguro (central).
- SIGSF408. Módulo de entrega de bonos de coseguro.
- SIGSF410. Módulo de replicación de la información del SIGSF400, SIGSF401 y SIGSF402 (local).
- SIGSF900. Módulo de consultas (local y central).

La creación del sistema se realizó en base a las normas de trabajo contable y del área de salud, de manera que muchos de sus procedimientos se ven condicionados por las leyes de registro impositivo, por las pautas dictadas por la Obra Social de base de los maestros, por las coberturas que a raíz de estas pautas el coseguro ofrece y por las condiciones de atención que la política de salud del sindicato establece.

Estos módulos mantienen una lógica programática y de almacenamiento de datos que permite para quienes tienen acceso a la base realizar de modo relativamente sencillo entrecruzamientos y extracciones de datos para luego procesar y analizar con otros programas acordes a las necesidades requeridas. Sin embargo, este punto merece un análisis más amplio.

Los 11 módulos nombrados anteriormente fueron desarrollados por una empresa externa, que durante tres años aproximadamente se dedicó diseñarlos, programarlos y ponerlos en funcionamiento. Una vez finalizado el desarrollo y la puesta en marcha en los distintos niveles la empresa concluyó su contrato, y el mantenimiento, soporte y mejoras necesarias pasaron a ser responsabilidad de la nueva dirección de sistemas del sindicato. Esto produjo efectos positivos y negativos.

Como efectos positivos podemos nombrar que cualquier mejora necesaria o agregado que se solicite es tomado por programadores propios, que al compartir el lugar de trabajo, pertenecer a la organización, y estar disponibles ocho horas diarias facilita de algún modo el contacto y seguimiento. Pero estos programadores no son los mismos que realizaron el desarrollo, lo cual genera dificultades ya que muchas veces deben explorar el sistema para comprender su lógica y poder avanzar en los pedidos solicitados.

Por otro lado, ante nuevas necesidades, los desarrollos comenzaron a realizarse por fuera de estos módulos y con un lenguaje de programación diferente. Se proyecta a futuro migrar los SIGSF a este nuevo lenguaje adoptado, pero mientras tanto la incompatibilidad que esto genera dificulta el entrecruzamiento de datos, que ahora depende exclusivamente de la generación de consultas realizadas por el área de sistemas, en un programa poco amigable y con escasa capacidad de juego.

El tercer inconveniente frecuente se debe al recambio permanente de personal que el área de desarrollo sufre, debido a la amplia oferta que el mercado laboral actual ofrece.

La instalación en los Centros de Salud comenzó de manera gradual a mediados del año 2003, con personal técnico y una administrativa con experiencia en el uso del sistema que transmitía los conocimientos necesarios para la utilización básica. No se contaba en ese momento con un manual de funcionamiento ni se realizó una capacitación previa de los usuarios, si bien existía personal a quien consultar telefónicamente o vía mail.

Durante un tiempo se mantuvieron los registros manuales, y para principios del año 2004 los 17 Centros de Salud tenían sus procesos de atención al público, registro epidemiológico y generación de liquidaciones de honorarios profesionales sistematizados.

El área Central realiza la configuración y análisis de datos, los Centros de Salud la carga de los mismos a través registro de turnos y prestaciones, así como de la codificación de problemas de salud. Esto implica una diversidad de usuarios a tener en cuenta: admisores, enfermeros, coordinadores médicos y responsables políticos a nivel local, así como personal administrativo, contable y conducción técnico política a nivel central.

Los Centros de Salud, que funcionan a nivel local, son los responsables del registro permanente de todas las actividades referidas a salud que se desarrollan en ellos. Son quienes generan, recolectan, controlan, codifican e ingresan los datos al sistema, y luego los envían al servidor, que funciona en la Sede Central del sindicato. Allí se realiza el análisis de los datos, procesándolos y generando diversos informes⁴. Los mismos son abordados desde la Dirección de Salud, en conjunto con las coordinadoras médicas. De este modo se definen nuevas acciones, y modos de comunicación a los niveles locales, tanto de las nuevas acciones definidas como de la información existente.

Los objetivos específicos del SIS son:

- Producir un registro contable de las actividades realizadas en los Centros de Salud
- Producir un registro permanente de las actividades referidas a salud que se llevan adelante en los Centros
- Normatizar procesos de trabajo comunes a todos los Centros.
- Producir un registro permanente de motivos de consulta que, en conjunto con el resto de los datos, permitan encarar tareas de investigación y elaboración de nuevos programas de salud.
- Obtener información relevante para analizar problemas de salud específicos de los trabajadores de la educación.
- Obtener información relevante para analizar posibles solicitudes de mejoras en las prestaciones a la Obra Social primaria (IOMA).

Problemas en los SIS de SUTEBA

Desde la teoría se proponen sistemas de información abiertos, pensados según las necesidades de los equipos de salud y considerando los distintos niveles e integrantes. Ahora bien. ¿Cuál es el uso real que damos a los sistemas y a los datos?. ¿Qué participación real tienen los equipos locales?. ¿Cuál es la recepción de los niveles locales ante nuevas pautas de funcionamiento?. ¿Qué es lo que realmente los usuarios de los distintos niveles esperan de los sistemas?. ¿Tiene el sistema capacidad de adaptación rápida ante nuevas necesidades?. ¿Cuál

⁴ La palabra “informe” es presentada aquí, en el mismo sentido que se otorga a “información”, como el resultado de un conjunto de datos procesados. Alazraqui M., Mota E., Spinelli H. “Sistemas de información en salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local”. Cuadernos de Saude Pública, Río de Janeiro, Vol. 22, N°12, pp. 2693-2702, dic 2006.

es el cortocircuito existente entre el nivel local y el central?. ¿Son claros los criterios de registro?.

Analizando el cotidiano es posible describir algunas situaciones que pueden intentar dar respuesta a algunas de estas preguntas. La realidad nos muestra SIS con una fuerte aplicación de estandarización de procesos de trabajo. Usuarios que se consideran controlados, limitados, o autorizados por el sistema. Recolectores de datos que desconocen muchas veces el valor y utilización real de sus registros. Programadores que dan respuesta relativamente rápida a las necesidades operativas que implican atención directa al afiliado o un registro financiero, pero que dilatan las aplicaciones pensadas para registrar programas de salud o datos que faciliten luego el análisis cualitativo y epidemiológico. Usuarios centrales que realizan lectura de datos y generan informes luego trasladados a los equipos locales, pero que se desconoce en algunos casos si contienen la información que al equipo local le gustaría escuchar. Equipos locales que ante la presentación de las potencialidades de los sistemas no generan demanda de información. Usuarios que consideran en su imaginario que la función del SIS es facilitar la tarea administrativa, otros que consideran que facilitar la tarea administrativa implica que el sistema de respuesta a cada dificultad que pueda presentarse en el proceso existente entre el administrativo y el paciente, incluidos los procesos de habla. “que el sistema avise”, “que el sistema no permita”...

Nuestros empleados cuentan con manuales de funcionamiento que explican los procedimientos de utilización del sistema. Las restricciones que el sistema define están fundamentadas en las políticas de salud del sindicato. Aún así, todo el tiempo detectamos que tanto las admisoras como los profesionales, encuentran el modo de “hacerle trampa al sistema” generando registros irreales que no nos permiten detectar problemas reales en la atención, y que al mismo tiempo ensucian la calidad del dato y los resultados de los informes de producción.

Al encontrar dificultades como estas u otras, los requerimientos a nivel central se basan en intentar limitar las acciones humanas por medio del SIS. Los requerimientos entonces son: “que el sistema no permita que el paciente se atienda si debe una cuota”. “Que salte un cartel que avise que el afiliado viene a renovar las recetas por patologías crónicas”. O desde los niveles locales las respuestas son “el sistema no me lo permite” o por el contrario “¡pero el sistema me lo permitió!”.

Estos requerimientos, tanto desde el nivel local como desde el central intentan reemplazar la relación entre los sujetos y cosifican la imagen del adisor. Ubican en el sistema decisiones que forman parte del universo de las relaciones interpersonales. El objetivo

de nuestros sistemas nunca puede ser acortar el diálogo entre dos personas. No trabajamos con sistemas. Trabajamos con sujetos libres de accionar, que llegado el momento de tomar una decisión frente a otro sujeto que está realizando un requerimiento, son capaces de superar (por suerte a veces) las limitaciones del sistema y definir según su propio criterio y en base a la necesidad planteada.

La cuestión entonces no está en los sistemas, sino en cómo desde la gestión hacemos para incluir a los sujetos de manera que comprendan y se apropien de las razones que fundamentan las acciones, en cómo nosotros somos capaces de analizar nuestras decisiones y confrontarlas con la realidad. En otras palabras. ¿Cómo hacemos para atravesar nuestra práctica normativa con estrategias inclusivas?.

A modo de ejemplo. En una charla entre una pediatra y la coordinadora médica del CAP, la pediatra plantea su preocupación por el sobrepeso detectado en niños y propone pensar acciones de prevención. Al analizar en el sistema los problemas de salud para definir si se trata de un problema común a todos los Centros y ampliar la propuesta, se detecta que ese problema de salud no aparece entre los más codificados, aún en la profesional que lo presentó. Cuando se conversa nuevamente queda al descubierto que la pediatra tiene como criterio codificar el motivo de consulta y no los problemas de salud. La implementación de la codificación de los CAP lleva años, y evidentemente requiere una reedición desde el nivel central que unifique criterios con los CAP. A partir de este ejemplo vemos que el intercambio de información del SIS con los usuarios locales contrastado con la práctica permite encontrar las diferencias de criterio y visualizar los problemas reales.

Discusión y conclusiones

Sostenemos entonces hasta aquí la necesidad de SIS capaces de generar información útil a todos los niveles de gestión, pensados según las necesidades y objetivos que la práctica requiera, respondiendo a nuestra concepción de salud y en relación con sistemas externos que amplíen la información y la complementen.

Intentemos visualizar estos puntos en los SIS de SUTEBA. El SIGSF posee una contraparte generadora de consultas e informes que se utiliza mayormente en el área Central y a la que si bien tienen acceso los Centros de Salud, no es lo suficientemente amigable ni considerada útil por el equipo local. La llegada de la información a los Centros depende del procesamiento en el área Central, y de que la misma sea comunicada por los coordinadores médicos. Citamos: “la falta de utilización, o subutilización, de los datos en el nivel local

origina un círculo vicioso donde las unidades de información locales producen datos de mala calidad que excepcionalmente utilizan”(8).

No existen pautas periódicas ni mecanismos de monitoreo regular que permitan mejorar la confiabilidad de los datos. Esporádicamente se realiza alguna supervisión directa, o una evaluación de la información controlando que concuerden tipo de codificación con edad o sexo del paciente, por ejemplo. El profesional registra el problema de salud principal por el cual consulta el paciente, el enfermero ingresa al sistema el dato consignado por el profesional. Estos momentos de generación, recolección y registro dependen de si el profesional registró de manera apropiada y legible el dato, y de si el enfermero realizó la carga en tiempo y forma.

Un SIS debe ofrecer la posibilidad de generar información útil a todos los niveles de gestión del sistema de salud. Para ello debe ser pensado desde sus inicios con objetivos que respondan a las necesidades de la gestión, las que a su vez estarán basadas en la concepción de salud que guíe la práctica gestora.

Si analizamos el esquema del DICCA (8) en nuestros sistemas de información, e intentamos ubicarlo espacialmente, rápidamente identificaríamos la obtención y registro del dato en los niveles locales, información, conocimiento y comunicación en el nivel central y la acción nuevamente en el nivel local. Con el agregado de la poca accesibilidad que se tiene aún desde el nivel central a los datos y por ende a la generación de información. Esta dificultad responde a una lógica que insiste en pensar los SIGSF como sistemas burocrático-administrativos, estandarizadores de procesos, que garanticen el cumplimiento de pautas institucionales, que actúen como “solucionadores” de errores humanos, y que dejan fuera la participación de los sujetos intervinientes.

Se pone de manifiesto ante este análisis, la desarticulación a la que el SIGSF está expuesto, así como la imposibilidad de que, ante esta modalidad de funcionamiento los equipos de trabajo de los Centros de Salud puedan sentirse parte constitutiva.

Creemos necesario hacer visible la intervención de los sujetos, a través de las múltiples miradas e intencionalidades con que participan y atraviesan el proceso implícito en un SIS en todas sus etapas (8). Desde este punto de vista, y considerando a todos los actores de los equipos de salud como gestores y productores de salud los SIS deberían ser pensados y utilizados⁵ por, para y desde la totalidad de los equipos de salud. No hacerlo implica suponer que la intervención de los sujetos en los distintos procesos que abarcan la recolección,

⁵ La Real Academia Española define la palabra *utilizar* como “*aprovecharse de*”. En este sentido se considera que todos los miembros de los equipos de salud, deberían sacar provecho de los sistemas de información.

registro, procesamiento y análisis de datos e información se limita a ejecuciones impersonales, automatizadas y libres de intencionalidad.

La definición de un SIS democrático eficiente, eficaz y adecuado a las necesidades de todos los niveles de gestión, debe ser discutida por cada uno de ellos, correspondiéndoles la responsabilidad de la definición, estructuración y ejecución de los subsistemas necesarios al desempeño de las atribuciones que correspondan a su nivel de responsabilidad, observando la compatibilidad con los sistemas nacionales (9).

Si el acceso a la información es fundamental para la producción de conocimiento, deberíamos intentar plantearnos cuál es la información necesaria y suficiente para que el hombre se constituya como sujeto histórico, como sujeto informacional (4), y al mismo tiempo cuál es la información que facilitará y orientará la gestión según los objetivos que la guían.

¿Qué rasgos deberían diferenciar un SIS en centros de atención primaria pertenecientes a un sindicato docente de otros SIS? ¿Cuál es la especificidad que permite caracterizar a estos sujetos más allá de sus características biológicas? ¿Qué factores externos comunes influyen en la salud de esta población? ¿Qué posibilidad de intervención tiene el Sindicato para generar acciones que modifiquen estos factores externos? ¿Qué posibilidad de intervención tienen los equipos de salud? ¿Cuáles son los ejes orientadores locales y cuáles los centrales? Son estas algunas de las preguntas que podrían ayudar a orientar en la búsqueda de sentido que permita resignificar la utilidad de los SIS para nuestros equipos de salud.

Contamos con la posibilidad de abordar a nuestra población desde las características de la comunidad particular a la que pertenecen por ser docentes, sin dejar de considerar la posible heterogeneidad y posibles variaciones.

Los modos de producción subjetiva de los sujetos constituyen un campo que los SIS deben ser capaces de indagar, como modo de superar la visión técnico-profesional a la que generalmente se los reduce. Será nuestro objetivo planificar estratégicamente SIS que brinden información de la percepción del sujeto sobre su padecimiento, vinculado a su contexto sociolaboral. Información directamente ligada a la acción y a la comunicación de esa acción (8).

Algunas de las preguntas aquí planteadas no tienen aún una respuesta. Tal vez se trate de pensar juntos, como propone Ilara Sozzi de Moraes propuestas y reflexiones respecto de las prácticas, producción, transferencia, adquisición y utilización de la información en salud, de manera que forme parte de un universo simbólico puesto al servicio de una tecnodemocracia emancipadora (4).

- 1-Ortega Blake J. Diccionario de planeación y planificación (un ensayo conceptual). México: Editorial Edicol; 1982.
- 2-Knox E. G. La epidemiología en la planificación de la atención a la salud. México. Siglo veintiuno editores; 2006.
- 3-Fundação Oswaldo Cruz. Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; 1998. p. 69-111
- 4-Sozzi de Moraes I. Informações em saúde: Para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnodemocracia Emancipadora. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
- 5- Valor J, Saez Ayerra L. Los Sistemas de información. En: Ribera Segura J, Gutierrez Fuentes J, Rosenmöller M, Álvarez de Mon S, Castillejo Cumplido A, García Prat A, et al. Gestión en el sector de la salud. Elementos de Gestión en la Instituciones. Vol 2. Madrid. Editorial Pearson educación; 2006.
- 6- Andreu R, Ricart J, Valor J. Estrategia y sistemas de información. España. Ed. McGraww-Hill; 1996.
- 7- Last J. Diccionario de Epidemiología. Barcelona. Salvat; 1989.
- 8- Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2693-2702, dez; 2006
- 9- Fernández Branco M. Sistemas de informação em saúde no nível local. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(2):267-270, abr-jun; 1996
- 10- Marconi E, Fernández M. La información estadística: contenidos y fuentes. En: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias". Los servicios de salud en Argentina-instrumentos de análisis y acción. Tomo II, Unidad 17. Buenos Aires. Argentina; 1995.
- 11- Veronelli J, Testa A. La OPS en Argentina. Crónica de una relación centenaria. Buenos Aires. Argentina. Gráfica LAF; 2002.
- 12- Sistema estadístico de Salud y sistema de vigilancia epidemiológica. Objetivos y funcionamiento. Disponible en: http://www.deis.gov.ar/quienes_funcion.htm . Consultado mayo 28, 2011.
- 13- Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. D. F. México. Fondo de Cultura Económica; 1995
- 14- Merhy E. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires. Argentina. Lugar editorial; 2006.

- 15- DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm consultado en Julio 20, 2011.
- 16- Ministerio de Salud – DEIS. Conjunto mínimo de datos básicos aprobados de interés nacional. Buenos Aires, Argentina; 2004.
- 17- Ugalde A, Homedes N. La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. Salud Colectiva; 2008;4(1):31-56.