

SALA DE SITUACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO EN UN CENTRO DE SALUD

Information Management at Primary Care Level: Flow Implementation in a Health Center

La gestión de la información es el conjunto de actividades que se realizan para desarrollar conocimientos en una organización y encaminarla hacia el cumplimiento de sus objetivos. Se realizó un estudio observacional con consultas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 40 y reuniones con los profesionales para analizar los resultados y la implementación de líneas de acción.

PALABRAS CLAVE: Gestión de la información - Atención Primaria de Salud - Epidemiología
KEY WORDS: *Information Management - Primary Health Care - Epidemiology*

Agustina Marconi,¹ Edgardo Knopoff,¹ Cristina Caldumbide,² Alejandra Irurzun,³ Julieta Chiarelli¹

¹ Área Programática Hospital Piñero.

² Centro de salud y acción comunitaria N°40.

³ Departamento de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la información es el conjunto de actividades que se realizan con el fin de utilizar, compartir y desarrollar los conocimientos de una organización y de las personas que en ella trabajan, encaminándolas hacia el cumplimiento de sus objetivos. Gestionar, en este caso, implica buscar la información disponible, analizarla y devolverla a los generadores para modificar su práctica diaria. La gestión adecuada de la información aprovecha al máximo sus recursos en función de la mejora continua y de la toma de decisiones, ya que puede modificar la percepción de los equipos de trabajo que la reciben. Sin embargo, el conocimiento es una mezcla de experiencia y valores: obtenido a través de procesos de interiorización y comprensión de la información en la mente, es mucho más que simples datos; es el recurso de los individuos y grupos para tomar decisiones¹ y resolver un problema.²

La Epidemiología es una gran herramienta en el circuito de gestión de la información. Puede ser útil en el diagnóstico o identificación de un problema, en la elección de intervenciones (acciones eficaces, efectivas y eficientes), en el seguimiento de la intervención o en su posterior evaluación. Su aplicación en el campo de la salud es necesaria para orientar acciones, planificar, organizar, administrar y evaluar los servicios de salud.³ Asimismo, debe ayudar a caracterizar los problemas de salud prioritarios en los diferentes espacios contextuales. La Epidemiología local "es un subsidio a la decisión del gestor en relación a las acciones a implementar, y también como sustrato para la evaluación de los resultados".⁴ La Epidemiología formula

recomendaciones para la toma de medidas, que permitirán mejorar las acciones en el presente y en el futuro. Sobre la base de estas recomendaciones deben orientarse los procesos de gestión, a fin de funcionar "como apoyo para la definición de prioridades, objetivos y estrategias, así como su colaboración con la configuración de los servicios; en las prácticas de los profesionales; en las prácticas de gestión y en las prioridades de investigación".⁵ Dichos procesos de gestión no pueden llevarse a cabo sin el acceso a datos válidos y confiables, que permitan evaluar la mejora de los indicadores y vigilar el efecto de las medidas adoptadas.

Los centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) son el primer nivel de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y proveen información inicial. Cuentan con equipos multidisciplinarios, que realizan actividades asistenciales y comunitarias. Todas las prestaciones proporcionadas se registran en planillas de consulta y se codifican de acuerdo con una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades.⁶ A partir de 2003, esos datos se incorporaban al Sistema de Información de Centros de Salud (SICeSAC), que permitía su recuperación para un posterior análisis. Este esquema funcionó hasta 2010, cuando fue reemplazado por el Sistema de Gestión. Se introdujeron cambios para corregir errores en el registro de las prestaciones, actualizar el clasificador diagnóstico y facilitar la recuperación de datos.⁷

A pesar de que la información estadística generada por los efectores locales de salud es una herramienta para la orientación de la gestión, suele ser subutilizada por esos mismos actores. Por ello, el siguiente trabajo se propu-

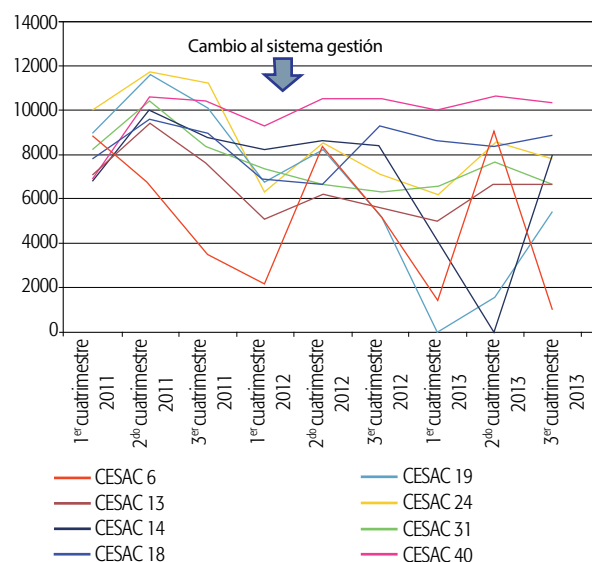
so analizar la información producida por el CeSAC N°40 correspondiente al área programática –zona geográfica y epidemiológico-social bajo la responsabilidad de un efector, que debe realizar acciones preventivas, curativas y de rehabilitación para atender la salud de la población– del Hospital Piñero y proporcionar a los equipos de salud elementos sintéticos, que sirvan para direccionar recursos y acciones tendientes a dar una respuesta organizada a las necesidades. Se implementó entonces un circuito de gestión de la información en el CeSAC en el período 2008-2013, que apuntó a: a) analizar el perfil epidemiológico de los pacientes que consultan a dicha institución; b) describir los motivos de consulta más frecuentes; c) evaluar, conjuntamente con el equipo de salud, la información producida; y d) describir los cambios realizados a partir de la información obtenida durante el análisis.

El área programática del Hospital Piñero es una de las más grandes y vulnerables de CABA. Tiene a su cargo a aproximadamente 330 000 personas distribuidas en 35 km² y presenta los peores indicadores sociodemográficos y sociosanitarios de la ciudad. Dado que el CeSAC N°40 no mostró disminución en la carga con el cambio del sistema antes mencionado, fue seleccionado para desarrollar el presente estudio (Gráfico 1).

El CeSAC N°40 está ubicado en el barrio de Bajo Flores y cuenta con servicios de Medicina General, Clínica Médica, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Trabajo Social, Nutrición, Enfermería y Odontología.

Según datos recabados en los Análisis de Situación de Salud de la población de CABA,⁹ la mayor parte de residentes de la zona es migrante de países limítrofes, representa una población joven, vive en condiciones de

GRÁFICO 1. Número de prestaciones registradas en los centros de salud y acción comunitaria del área programática del Hospital Piñero, primer a tercer cuatrimestre 2011-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

pobreza estructural, tiene un bajo nivel de escolaridad con alto porcentaje de empleo no formal y sólo utiliza el sistema público de salud.

MÉTODOS

Para describir el perfil epidemiológico y los motivos de consulta más frecuentes, se propuso un estudio descriptivo y transversal de todas las consultas realizadas en el CeSAC N°40 y registradas en los sistemas SICECAC y Gestión. Se analizó el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013.

Se incluyó a todos los pacientes que hicieron al menos una consulta en el período de tiempo analizado y se les realizó el registro de población con datos socio-demográficos mínimos, efectuado por única vez para que las prestaciones pudieran ser ingresadas al sistema.

Cuando un paciente consulta por primera vez a un CeSAC, además de abrirle una historia clínica, se le completa un registro de población que es cargado luego en el sistema informático. De esta manera la persona queda registrada como paciente de ese CeSAC.

Una vez ingresado al sistema, cada una de las consultas que realice en el CeSAC quedan registradas en el sistema como una prestación.

Se excluyó a aquellos pacientes que no fueron registrados al momento de realizar la consulta. Se analizó la población por edad, sexo y nacionalidad.

Los motivos de consulta se describieron por frecuencias absolutas y relativas. El análisis se realizó sobre los motivos de consulta de la planilla de registro y con un archivo Excel. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Piñero.

A partir de esta información se realizaron dos reuniones con el equipo del CeSAC N°40 para la devolución de los resultados y la implementación de futuras líneas de acción.

RESULTADOS

En el período analizado se ingresaron al SICECAC/Gestión 150 976 prestaciones, lo que equivale a un promedio anual de 25 613 prestaciones en los 6 años analizados. Estas prestaciones correspondían a 34 899 personas registradas, que realizaron un promedio de 4,2 consultas por año entre 2008 y 2013. El 30% (10 470 personas) presentaba una única consulta.

Hubo un 69,6% (105 086 prestaciones) de consultas realizadas por mujeres, un 46,1% (69 748) efectuadas por menores de 15 años y un 1% (1 453) llevadas a cabo por mayores de 64 años (Tabla 1).

De esos registros, Argentina y Bolivia sumaban casi el 90% de las nacionalidades registradas (Gráfico 2).

Los 10 principales motivos de consulta incluyeron eventos vinculados a: salud materno-infantil, desarrollo infantil, control de salud de los diferentes subgrupos, entrega de anticonceptivos y tamizaje de cáncer de cuello. Los principales motivos de consulta asociados a patologías clínicas fueron "infecciones agudas de las vías aéreas superiores"

y "obesidad y otros tipos de hiperalimentación" (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La información recogida y analizada fue presentada al equipo del CeSAC en los dos encuentros programados. Se trabajó sobre el perfil epidemiológico de la población de influencia, las prestaciones proporcionadas y los motivos de consulta codificados. Los principales puntos sometidos a debate y las conclusiones fueron los siguientes:

El perfil epidemiológico de la población atendida fue el esperado por el equipo de salud. Al mismo tiempo, al analizar los motivos de consulta registrados por los profesionales, se observó que los cuatro primeros correspondían a salud materna o de la mujer. Esto coincidiría con la distribución predominantemente femenina de los registros y con la percepción del equipo. A partir del perfil epidemiológico observado y por la modalidad de entrega matutina de turnos del CeSAC, se propuso la conformación de un consultorio vespertino para la atención de varones.

Llamó la atención que el 30% de los usuarios realizara una única consulta al CeSAC. Según el equipo, esto podría deberse a las características migrantes de la población asistida. De todos modos, es necesario llevar a cabo otros estudios para saber si esta hipótesis es cierta e indagar también acerca de la calidad de atención del CeSAC.

Se discutió cómo codificar las consultas y qué motivo poner primero: si el motivo de consulta del paciente (por

ejemplo, cefalea) o aquello que el profesional determina durante su realización, pero que no es referido por el paciente (por ejemplo, obesidad). Se decidió poner como primer motivo de consulta el referido por el paciente. También se habló sobre la importancia de codificar correctamente. Para ello, se entregaron copias de la guía de códigos para cada consultorio.

A partir de las patologías prevalentes surgidas en el análisis, el equipo propuso implementar medidas dirigidas a disminuir su incidencia en el área. La primera acción fue promover una articulación con comedores y merenderos locales para dar talleres sobre alimentación.

Por último, cabe señalar que en un espacio de trabajo tan complejo como el de la salud, lleno de obstáculos y necesidades no resueltas, "hoy el desafío está en poder diseñar políticas, acciones y desarrollos institucionales donde el eje epidemiología, planificación, gestión, evaluación sea vertebrador de una lógica de salud y no meramente de enfermedad, de manera que las políticas de salud en el marco de políticas sociales estén disponibles para los grupos y/o individuos que lo necesiten en el momento oportuno y durante el tiempo necesario".⁹

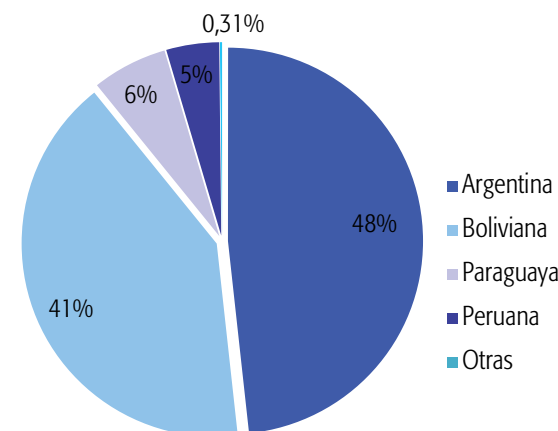
La gestión de información es clave para la toma de decisiones y se ha convertido en un elemento fundamental para la planificación oportuna, ya que permite dar respuestas adecuadas ante diferentes circunstancias. Este circuito garantiza el acceso efectivo de los equipos a la información,

TABLA 1. Número de prestaciones y registros poblacionales, distribución por sexo y edad, CeSAC N°40, CABA, 2008-2013.

Prestaciones/registros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de prestaciones	16 540	27 959	17 088	27 948	30 354	31 087
Número de registros poblacionales	4543	5901	5161	5982	6391	6921
Consultas promedio por persona	3,6	4,7	3,3	4,7	4,7	4,5
Mujeres (% del total de prestaciones)	11 358 (67%)	19 815 (71%)	11 656 (68%)	19 407 (69%)	20 862 (69%)	21 988 (71%)
Menores de 15 años (% del total)	7974 (48%)	12 227 (44%)	8170 (48%)	12 737 (46%)	14 480 (48%)	14 160 (46%)
Mayores de 64 años (% del total)	88 (1%)	174 (1%)	100 (1%)	337 (1%)	344 (1%)	410 (1%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

GRÁFICO 2. Distribución de los registros de población según nacionalidad, CeSAC N°40, CABA, 2008-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

TABLA 2. Principales 10 diagnósticos del CeSAC N° 40, 2008-2013.

Motivo de consulta	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Control de embarazo normal	10 904	10,4
Control de salud del niño	7251	6,9
Atención para la anticoncepción	4669	4,4
Control de salud del lactante	3986	3,8
Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	3935	3,7
Trastorno específico de la pronunciación y del lenguaje expresivo	3669	3,5
Examen de pesquisa especial para tumor de cuello uterino/útero	2891	2,8
Exámenes y contactos para fines administrativos	2664	2,5
Infecciones agudas de las vías aéreas superiores	1756	1,7
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	1654	1,6
Total de prestaciones	105 086	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del sistema de información de centros de salud y sistema Gestión.

a fin de tomar decisiones que arrojen resultados visibles y objetivos. La retroalimentación en materia de información es acumulativa: el personal de salud, generador de datos, puede y debe recibir información generada por su propia práctica. Esto ayuda a que se involucre en las tareas de vigilancia y notificación, evidenciando la utilidad y necesidad de los datos producidos y proporcionando una imagen más amplia e integral de los problemas con los que se trabaja. En contrapartida, el sistema de vigilancia se fortalece.¹⁰ En definitiva, el propósito de la difusión de información en salud es desarrollar la capacidad resolutoria del equipo local, cuya participación se estimula con el retorno de informes

consolidados de la situación epidemiológica, que permiten evaluar su propia contribución al desarrollo de las acciones. El uso adecuado de la información favorece un proceso de priorización explícito, participativo y reproducible. Si la priorización no se desarrolla explícitamente, corre el riesgo de verse afectada por la intuición o los sesgos de los equipos, lo que generaría planificaciones y diagnósticos erróneos.¹¹

Esta experiencia demuestra que es necesario continuar trabajando para evaluar el impacto de las medidas implementadas, crear un circuito de gestión de la información en otros CeSAC y realizar este análisis periódicamente para cada efector.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Marconi A, Knopoff E, Caldumbide C, Irurzun A, Chiarelli J. Gestión de la información en el primer nivel de atención: implementación de un circuito en un centro de salud. Rev Argent Salud Pública. 2015; Dic;6(25):37-40.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Arévalo JA. Gestión de la información, gestión de contenidos y conocimiento. Salamanca: Facultad de Traducción y Documentación, Universidad de Salamanca; 2007.
- ² Bustelo Ruesta C, Amarilla Iglesias R. Gestión del conocimiento y gestión de la información. En: Boletín del Instituto Andaluz de Patrimonio Histórico. 2001;8(34):226-230.
- ³ La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. Organización Mundial de la Salud. Boletín epidemiológico, Vol. 11, N°3; 1990.
- ⁴ Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007;23 (2):321-330.
- ⁵ Spinelli H, Urquía M, Bargalló ML, Alazraqui M. Equidad en salud: teoría y praxis. En: Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- ⁶ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Organización Mundial de

la Salud. Actualización 2014. [Disponible en: <http://www.cemece.salud.gob.mx/fig/cie/>][Último acceso: 7 de julio de 2015]

⁷ Información en Atención Primaria de la Salud. CeSAC. SICEsAC. Síntesis del año 2011. Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario. Departamento de Estadísticas en Salud. CABA; 2012.

⁸ Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Población de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2003. Departamento de Epidemiología. Dirección General Adjunta de APS. Buenos Aires; 2004.

⁹ Campos GWS. Salud Pública y Salud Colectiva: campo y núcleo de saberes y prácticas. En: Gestión en Salud: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.

¹⁰ Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Segunda Edición Revisada. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Washington DC; 2002.

¹¹ Asua Batarrita J, Martínez Ortega C. Identificación y priorización de necesidades de evaluación de tecnologías y de servicios de salud. En: Evaluación de tecnologías sanitarias. Vol. 5, N° 1. Bilbao; 2004.