

Conformación de la Red Federal de Cardiopatías Congénitas en Argentina



DATOS DEL PROYECTO

INSTITUCIÓN ASOCIADA: Banco Mundial	REGIÓN: América Latina
TIPO DE INSTITUCIÓN: Multilateral	DURACION DEL PROYECTO: Plan Nacer II: 2006–2012 PPHIDP: 2011–2019
DESAFÍO DE IMPLEMENTACIÓN: Coordinación gubernamental	COSTO TOTAL DEL PROYECTO: Plan Nacer II: US\$300 million PPHIDP: US\$400 million
DESAFÍOS DE DESARROLLO: Mortalidad Infantil; Enfermedades Catastróficas	AUTOR DEL ESTUDIO DE CASO: Cecilia Zanetta
SECTOR: Salud, nutrición y población	EXPERTOS DEL PROYECTO: Vanina Camporeale; Daniela Romero
PAÍS: Argentina	

TABLE OF CONTENTS

Introducción 1

Desafíos de Desarrollo 3

Desafíos de Implementación 3

Contexto 3

El Proceso de Implementación 4

Abordando los Desafíos de Implementación 12

Los Resultados de la RFCC 20

Algunas Lecciones y Reflexiones Finales 21

Introducción

Es una mañana típica de un lunes de agosto de 2019 en el barrio porteño de Parque Patricios. El Hospital Garrahan, el hospital pediátrico público bandera de la República Argentina, está en plena actividad. Los padres, con sus niños alzados o de la mano, se apuran por los pasillos soleados del hospital para llegar a las salas de consulta. La planta superior, de acceso reservado para el personal médico, también bulle con actividad. En una de las tantas oficinas que flanquean los corredores opera el Centro de Coordinación de Derivaciones (CCD) de la Red Federal de Cardiopatías Congénitas (RFCC). En ella, el especialista cardiólogo pediatra de guardia se encuentra realizando una consulta telefónica con el cardiólogo pediatra del Hospital de Pediatría de la provincia de Chaco, ubicado a más de 1.000 kilómetros de distancia de Buenos Aires. Discuten el caso de un recién nacido sin cobertura de seguro salud, que aparenta ser un caso de cardiopatía congénita (CC) aunque el diagnóstico es inconcluso.¹ A pesar de haberse tomado dos placas radiográficas, no se ha podido verificar la sospecha de atresia pulmonar, una malformación de la válvula pulmonar del corazón que podría estar interrumpiendo el flujo normal de sangre a los pulmones, resultando así en la deficiencia respiratoria y el tono azulado de la piel que muestra el recién nacido.²

Este estudio de caso ha sido preparado por Cecilia Zanetta para el Banco Mundial y la Iniciativa Global de Entrega (*Global Delivery Initiative*). El autor agradece a los entrevistados, quienes generosamente compartieron su tiempo y sus experiencias en el desarrollo de la RFCC. Se agradece también el sostenido apoyo de Vanina Camporeale y Daniela Romero, especialistas de salud del Banco Mundial, así como la impecable labor editorial de Jacob Bathanti.

Este estudio está basado en gran parte en el estudio de antecedentes titulado *Universalizar la atención de las cardiopatías congénitas a través de una estrategia de financiamiento basado en resultados*, preparado por Martín Sabignoso (manuscrito, octubre de 2019).*

* Se incorporan referencias bibliográficas a este trabajo sólo cuando el mismo se utiliza como fuente proveniente de datos.

1 Las CCs son lesiones anatómicas en el corazón y/o en los grandes vasos, originadas antes del nacimiento. Si no son detectadas a tiempo y no se realiza la intervención quirúrgica correspondiente, el diagnóstico puede agravarse y ocasionar la muerte del paciente.

2 Dr. Eugenia Olivetti, Coordinadora del CCD; Entrevista personal, agosto de 2019.

La coordinadora del CCD, quien se ha sumado a la consulta, toma la decisión de derivar al pequeño paciente a un establecimiento hospitalario habilitado para tratar CCs de alta complejidad, como la posible atresia pulmonar. En Chaco, se ingresan los datos personales y clínicos del paciente al sistema de información de la RFCC. A su vez, el sistema de información le indica al CCD que el mismo Hospital Garrahan, uno de los establecimientos hospitalarios que componen la Red, tiene disponibilidad de cama. Una vez que el Garrahan acepta el pedido de derivación, se hacen los arreglos correspondientes para el traslado a Buenos Aires del recién nacido y sus familiares con el apoyo del ministerio de salud provincial. A la madrugada siguiente, en el Hospital Garrahan se confirma el diagnóstico de atresia pulmonar y se corrige con una cirugía cardiovascular de urgencia, evitándose así la muerte de la criatura.

Una década antes, previa a la implementación de la RFCC, el panorama hubiera sido muy distinto. Lo más probable es que la cardiopatía no hubiera sido identificada como tal, ya que los hospitales y maternidades provinciales carecían de los recursos, tanto de capacitación como de equipamiento, para el diagnóstico oportuno de CCs. En el caso de que un cardiólogo hubiera querido discutir el caso con colegas de otros establecimientos hospitalarios del país, contaba solamente con sus amistades y vínculos personales. De considerarse necesaria la derivación, el cardiólogo hubiera tenido que ir a la oficina del director del hospital para comenzar con la tediosa tarea de llamar, uno por uno, a los hospitales pediátricos de más complejidad de los distintos puntos del país para ver si aceptaban la derivación o, al menos, agregar el caso a las largas listas de espera.³ Muchas veces, el recién nacido fallecía antes de que la cirugía llegara a realizarse, resultando en una muerte infantil que hubiera podido ser evitada.

La conformación de la RFCC revolucionó en unos pocos años la atención de las CCs en el sistema público de salud en Argentina. Esto se logró no sólo con la asignación de mayores recursos, sino principalmente a través de la reorganización de la capacidad ya instalada dentro de un sistema en red. En este modelo de red, los distintos actores que la conforman la RFCC—el ministerio de salud a nivel

nacional (MSN), los ministerios de salud provinciales (MSPs), los establecimientos hospitalarios tratantes y los establecimientos referentes provinciales—aceptan reglas comunes y la autoridad del CCD, a quien el MSN hace responsable por el funcionamiento de la misma. Esta transformación se originó de la mano del Plan Nacer, un innovador programa de salud materno-infantil que se venía implementando con éxito en la Argentina en base a un modelo de aseguramiento de la población sin seguro formal de salud e incentivos de financiamiento ligados a resultados.⁴ La exitosa implementación de la RFCC logró expandir y optimizar la capacidad prestacional para la atención de CCs, logrando además el acceso equitativo de la población sin cobertura de seguro de salud a lo largo de todo el territorio nacional.

Este estudio de caso se centra en el proceso de desarrollo de dicha red. En particular, se analiza la adaptación de la estrategia original del Plan Nacer, en cuyo marco fuera desarrollada la RFCC, a los desafíos específicos de las CCs. Asimismo, el estudio describe en profundidad la situación pre-programa, los pilares y los posibilitadores del éxito de la intervención, y los principales aprendizajes que esta experiencia puede aportar para la discusión global sobre cómo avanzar hacia la cobertura universal y efectiva en salud.⁵ Las principales preguntas que guían el análisis del estudio de caso son las siguientes:

1. ¿Por qué se priorizó la provisión de atención CCs para recién nacidos y niños sin seguro de salud en la agenda nacional de salud de Argentina?
2. ¿En qué se diferencian las enfermedades catastróficas asociadas a la mortalidad infantil, como las CCs, de la atención preventiva de rutina? ¿Cuáles son las implicaciones para el diseño de políticas y programas?
3. ¿Cómo se desarrolló una red de atención de CCs para niños y adolescentes sin seguro en un país federal con un sistema de salud pública fragmentado y descentralizado?
4. ¿Cómo se adaptaron los mecanismos de financiamiento, operativos y de garantía de calidad del Plan Nacer para apoyar el desarrollo de dicha red?

3 Testimonio del profesional médico del Hospital Pedro Mognillansky, Provincia de Río Negro; MSN, Plan Nacer y Programa SUMAR (2013), "Evaluación de la incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas;" Documento de Divulgación de Resultados, Buenos Aires. (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/evaluacion_de_la_incorporacion_del_plan_nacer_al_programa_nacional_de_cardiopatias_congenitas.pdf).

4 La RFCC fue establecida durante la segunda fase del Plan Nacer (BIRF AR-7409), brindando cobertura para el diagnóstico y tratamiento de cardiopatías congénitas (CCs) para recién nacidos y niños menores de seis años sin seguro de salud. El Programa SUMAR (BIRF AR-8062; BIRF AR-8853) ha continuado con su financiación, ampliando a su vez su cobertura para incluir también a los niños y adolescentes menores de 19 años sin cobertura de salud.

5 El presente estudio de caso complementa al publicado por Ortega Nieto, D. y Parida, I. (2015), *How to Ensure Quality Health Care and Coverage of Uninsured Populations: Argentina's Plan Nacer / Programa SUMAR*, Global Delivery Initiative Case Study, septiembre de 2015.

Desafíos de Desarrollo

El principal desafío de desarrollo era el de continuar con la disminución de la mortalidad infantil en Argentina. La misma había disminuido en forma gradual durante la década del noventa, disminuyendo de 25,6 por mil en 1990 a 16,3 por mil en 2001.⁶ Sin embargo, esta tendencia decreciente se revirtió como resultado del impacto negativo de la crisis económica de 2001-2002, cuando la tasa de mortalidad infantil (TMI) registró un aumento a nivel país de 16,3 a 16,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 2001 y 2002. La situación era aún más preocupante al desagregarse geográficamente, con una mortalidad infantil que alcanzaba hasta 25 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en las regiones más pobres del país, con una variación de hasta tres veces entre las provincias con las tasas más bajas y más altas.⁷

Con el fin de abordar estos problemas, así como el aumento en la cantidad de personas sin cobertura de seguro de salud como consecuencia de la crisis, el gobierno de Argentina comenzó en el año 2004 con la implementación del Plan Nacer, un innovador programa de atención básica de salud materno-infantil. Con el apoyo del Banco Mundial, el Plan Nacer se centró en reducir las llamadas causas “fácilmente reducibles” o “blandas” de mortalidad infantil, es decir, aquellas que pueden ser evitadas con intervenciones de costo relativamente bajo, como mejoras en el acceso y calidad de la atención prenatal y posnatal. Sin embargo, el desafío de abordar las llamadas causas “difíciles” o “duras” de la mortalidad infantil, en particular las CCs, aún estaba pendiente.

Desafíos de Implementación

Aunque el acceso a la atención de las CCs dentro del sector público de salud es, en principio, universal en el caso de Argentina, la oportunidad y la calidad de la misma para los niños que carecían de un seguro de salud variaba en forma significativa dependiendo de su lugar de residencia. Las principales barreras que impedían

garantizar el acceso de manera oportuna y equitativa eran las siguientes:

- **Oferta prestacional insuficiente:** La capacidad agregada (a nivel nacional) del sistema de atención de salud pública (infraestructura y recursos humanos) resultaba insuficiente frente a las necesidades generales de diagnóstico y atención de CCs.
- **Alta fragmentación de la oferta prestacional existente:** Como resultado de la estructura federal de Argentina, existían grandes diferencias en la capacidad de diagnóstico y atención de CCs a nivel de las distintas jurisdicciones provinciales. Asimismo, la falta de mecanismos de coordinación entre provincias para la asignación de casos conllevaba a la ineficiente utilización de la capacidad existente y a inequidades en cuanto a accesibilidad.

Estas limitaciones hacían que el sistema de salud público en la Argentina no tuviera la capacidad de respuesta necesaria para atender la demanda prestacional de CCs. Desafortunadamente, muchas de las muertes de niños menores de un año que ocurrían cada año por CCs (1.100 en 2006) eran evitables.⁸

Contexto

La TMI en Argentina mostró un descenso gradual y constante durante la década de los noventa. En 2002, sin embargo, se quiebra la tendencia a la baja como resultado de la crisis económica que azotó al país en diciembre 2001, sumiendo a más de la mitad de la población en la pobreza y resultando en el deterioro de los indicadores básicos de salud, incluyendo la mortalidad infantil. Para revertir esta situación y mejorar la salud materno-infantil en general, el gobierno de Argentina, con el apoyo del Banco Mundial, puso en marcha el Plan Nacer. Impulsado por el MSN, el Plan Nacer tenía como objetivo aumentar el acceso a los servicios de salud preventivos de las mujeres embarazadas y niños menores de seis años sin seguro de salud, así como mejorar la eficiencia y calidad del sistema de salud pública.

La primera fase del Plan Nacer se llevó a cabo en las provincias pertenecientes a las regiones del NOA y NEA por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los indicadores más desfavorables de morbimortalidad

6 Ministerio de Salud y Medio Ambiente and Organización Panamericana de la Salud (2005), *Argentina: Indicadores Básicos 2005*, Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), Buenos Aires. (<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/indiba2005.pdf>).

7 MSN (2018), *Argentina: Defunciones de Menores de Cinco Años - Indicadores Seleccionados*, Boletín 161, DEIS, Buenos Aires. (http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/04/Defunciones-de-menores-de-cinco-Indicadores-seleccionados-Argentina_2018.pdf)

8 FCEULP (2009).

materna e infantil.⁹ El Plan Nacer demostró ser muy exitoso en aumentar el acceso y la calidad de los cuidados de salud materno-infantil de la población objetivo. Los resultados de una rigurosa evaluación de impacto de esta primera etapa del Plan Nacer señalaron que el programa resultó en un aumento significativo en el número de visitas de atención prenatal y la probabilidad de que las mujeres embarazadas recibieran una vacuna contra el tétanos. Asimismo, la evaluación de impacto indicó que el Plan Nacer tuvo impacto positivo en los resultados de salud, incluyendo una menor incidencia de bajo peso al nacer y una menor mortalidad neonatal. Se estimó que aproximadamente la mitad de la reducción de muertes era atribuible a una mejor atención prenatal, la que, a su vez, disminuyó la incidencia de bajo peso al nacer, mientras que la otra mitad era el resultado de una mejor atención postnatal.¹⁰

En noviembre de 2006, las autoridades del MSN anuncian la segunda fase del Plan Nacer, la que había de incluir a las restantes provincias argentinas y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), cubriendo así a todo el territorio nacional. Asimismo, se toma la decisión de comenzar a focalizar esfuerzos en el núcleo de muertes infantiles de “difícil resolución,” las que representaban aproximadamente el 35% de las muertes de niños menores de un año. Dentro de este grupo, las CCs ocupaban un lugar primordial, ya que representaban aproximadamente una de cada cuatro muertes de menores de un año por causas de difícil resolución, muchas de las cuales eran evitables a través de un diagnóstico y tratamiento oportuno.¹¹

El Proceso de Implementación

Primeros Pasos: El Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas

La necesidad de buscar una solución a la problemática de las CCs venía siendo un reclamo de los médicos

especialistas desde hacía varios años.¹² En los años 2003-2004, el MSN comenzó a dar mayor prioridad las CCs, comisionando a la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) la realización de una encuesta nacional a modo de obtener un primer relevamiento de la situación. Dicha encuesta permitió conocer el número cirugías que se realizaba cada año en el país (incluyendo los hospitales públicos, de la seguridad social y privados); relevar las listas de espera de los centros de cirugía cardiovascular pediátrica; y determinar la capacidad tratante y las necesidades de equipamiento de los mismos.¹³ Sobre la base de la información recopilada, se identificó una carencia de resolución quirúrgica de entre 1,000 a 1,200 casos por año, lo cual generaba un incremento sostenido de las listas de espera a nivel nacional. Contando ya con datos concretos, en el año 2006, el MSN creó una comisión de trabajo conformada por referentes de la DINAMI y médicos especialistas de hospitales pediátricos de CABA con el fin de comenzar a trabajar en el diseño de una estrategia nacional para el diagnóstico y atención oportunos de las CCs.¹⁴

El trabajo de esta comisión de trabajo culminó con la creación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC).¹⁵ El PNCC constituyó la primera estrategia de abordaje integral de las CCs en la Argentina e introdujo novedosas características. En su primera etapa, el PNCC tenía como objetivo la eliminación de las listas de espera. Para ello, se crea el CCD, al que se le otorga funciones ejecutivas, incluyendo la conformación de un registro nominalizado de pacientes, la coordinación de las derivaciones de cirugías cardiovasculares pediátricas de acuerdo a su nivel de complejidad, y el pago de las mismas (ver Cuadro 1).¹⁶ En una segunda etapa, el

9 Las nueve provincias que participaron en la primera etapa del Plan Nacer se encuentran ubicadas en las regiones noroeste (NOA) y noreste (NEA) de Argentina (Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero en NOA; y Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones en NEA).

10 Gertler, P., Giovagnoli, P., and Martinez, S. (2014), *Rewarding Performance To Enable a Healthy Start: The Impact of Plan Nacer on Birth Outcomes of Babies Born into Poverty*, Policy Research Working Paper 6884, The World Bank.

11 FCEULP (2009).

12 Según el Dr. Horacio Capelli, Jefe de Cardiología en el Hospital Juan P. Garrahan, el Dr. Pedro de Sarrasqueta fue el primero en documentar la situación de CCs en la Argentina. Más tarde, en el año 2000, los Dres. Magliola, Laura y Capelli también presentaron un informe sobre CCs en Argentina, en el que expresaron su preocupación por el diagnóstico insuficiente y tardío, las transferencias inadecuadas de atención y la capacidad quirúrgica insuficiente. See Ministerio de Salud de la Nación (MSN) and SUMAR (2016), *5 años de implementación del Programa de Nacional de Cardiopatías Congénitas integrado en el modelo de gestión del Programa SUMAR: Recorridos y aprendizajes de una política de articulación nacional*, Buenos Aires (<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento145.pdf>).

13 Impulsado por el MSN, el Plan Nacer tenía como objetivo aumentar el acceso a los servicios de salud preventivos de las mujeres embarazadas y niños menores de seis años sin seguro de salud, así como mejorar la eficiencia y calidad del sistema de salud pública.

14 Durante la gestión del Dr. Ginés González García, Ministro MSN (2002-2007; 2019-presente).

15 Resolución MSN Nro. 107/2008.

16 El Centro Coordinador de Cardiopatías Congénitas del Plan de Resolución de Cirugías Cardiovasculares Pediátricas se creó a través de la Disposición N° 1/2008 de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

PNCC también preveía el fortalecimiento de los centros de cirugía cardiovascular pediátrica, así como otros elementos esenciales para el tratamiento de las CCs dentro del esquema de una red sanitaria, tales como la identificación y registro de centros tratantes de acuerdo a su complejidad, la modulación de prácticas y el costeo de las mismas.

El PNCC constituyó un importante paso adelante, ya que dio visibilidad a las CCs como una de las causas importantes de la mortalidad infantil¹⁷ y estableció la base conceptual para el desarrollo de una red nacional de atención de CCs. Se obtuvieron, además, resultados concretos en la resolución de la lista de espera. Con una partida presupuestaria especial, el CCD coordinó y financió cirugías para el 90% de los 1.083 niños que estaban en lista de espera en 2008.¹⁸ A pesar de este importante logro, no fue posible ampliar suficientemente la capacidad prestacional y una nueva lista de espera se originó ese mismo año. El éxito parcial del PNCC sirvió para poner en evidencia la necesidad de desarrollar una estrategia integral y sostenible en el tiempo a fin de superar las barreras estructurales que prevenían el poder brindar el tratamiento oportuno de CCs a nivel nacional.

La incorporación del PNCC al Plan Nacer

En el año 2009, llegaron nuevas autoridades al MSN, las que, como resultado de una gestión previa en el ministerio de salud de la provincia de Tucumán, traían consigo una fuerte óptica provincial, tanto de los desafíos de la mortalidad infantil como de las bondades del Plan Nacer.¹⁹ La visión de las nuevas autoridades era clara: el principal desafío a superar era el de vencer la fragmentación de la oferta prestacional para la atención de CCs.²⁰ A su

17 “El Plan puso sobre el tapete el problema de las cardiopatías congénitas a nivel nacional y sobre todo a nivel de la pediatría. Era una realidad negada por muchos años en la pediatría argentina. Por primera vez nosotros pudimos plantarnos ante las autoridades de los hospitales y decir acá están los datos, esto es importante y tiene apoyo ministerial.” Dr. Cristian Kreutzer, Jefe de Cirugía Cardiovascular del Hospital Zonal General Dr. Posadas; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

18 “El Programa Nacional de 2008 permitió blanquear por primera vez la lista de espera en el país.” Dr. Julio Vallejos, Director Ejecutivo del Instituto de Cardiologías Juana F. Cabral de Corrientes; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

19 Dr. Juan Luis Manzur, Ministro MSN (2009-2015); Dr. Máximo Diosque, Viceministro, MSN (2009-2013).

20 El Dr. Máximo Diosque fue clave en el desarrollo de la estrategia de inclusión de las CCs dentro del Plan Nacer. De acuerdo a su visión del problema, el principal escollo a superar era el de vencer la fragmentación del sistema de salud. A su vez, dada la exitosa experiencia en la implementación del Plan Nacer en la provincia de Tucumán, consideraba que el mismo tenía el potencial de incentivar una mejor coordinación entre el MSN y el accionar de las provincias; Entrevista personal, agosto de 2019.

CUADRO 1. PROGRAMA NACIONAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (PNCC)

Primera Etapa: Plan de Resolución de Lista de Esperas

- Lista nominalizada de pacientes
- Categorización de los casos en lista de espera por tipo de patología y urgencia quirúrgica
- Lista inicial de establecimientos con capacidad de tratamiento
- Pago a los establecimientos por prestaciones quirúrgicas

Segunda Etapa: Fortalecimiento de los establecimientos tratantes

- Adquisición de equipamiento para establecimientos tratantes habilitados
- Coordinación de la derivación del paciente, la actualización permanente de la lista de espera, el seguimiento posterior a la intervención del paciente, y evaluación de los resultados obtenidos
- Elaboración, seguimiento y actualización de un Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas (RNCC) en donde se deberán inscribir las cardiopatías congénitas diagnosticadas en todos los pacientes menores de 15 años de edad a nivel nacional
- Confección de un Registro de Centros de Cirugía Cardiovascular Pediátrica (RCCPs) que cuenten con su respectiva habilitación categorizada conforme a los criterios establecidos por el MSN
- Invitar a otros centros públicos y privados a inscribirse en el RCCPs, reafirmando el principio de libre concurrencia e igualdad de oportunidades a nivel nacional
- Asignación de recursos presupuestarios del MSN para la implementación y sostenimiento del PNCC

vez, las nuevas autoridades confiaban en la capacidad demostrada por el Plan Nacer para incentivar, a través de su estrategia de financiamiento, el alineamiento de las acciones del MSN con aquellas de las jurisdicciones provinciales. Por lo tanto, tomaron la decisión de incorporar la cobertura de la atención integral de las CCs a las prestaciones del Plan Nacer, ya que lo consideraban el camino natural para desarrollar una red federal para el tratamiento de CCs.

El Plan Nacer

Como se indicara anteriormente, el Plan Nacer se crea en 2004 con el apoyo del Banco Mundial como respuesta del gobierno nacional al deterioro de la salud materno-infantil que resultara de la crisis económica del año 2001.²¹ Este programa tenía dos objetivos que iban de la mano. Por un lado, el de aumentar el acceso a los cuidados materno-infantiles de mujeres embarazadas y niños menores de seis años sin seguro de salud. Por el otro, el de mejorar la eficiencia y la calidad del sistema de salud pública mediante la introducción de un marco de incentivos orientado a inducir el alineamiento de las acciones de los gobiernos provinciales y los establecimientos de salud de acuerdo a las prioridades del MSN. Para ello, el Plan Nacer incorpora novedosos mecanismos, tanto de gestión como de financiamiento.

Para aumentar el acceso a los cuidados materno-infantiles dentro de población objetivo, el programa apuntó a la identificación individualizada de la población objetivo (nominalización) y a garantizar el acceso de la misma a una cartilla explícita de cuidados básicos²² con estándares de atención definidos en forma *ex-ante* por el MSN y aplicados en forma uniforme en todo el país, independientemente de la provincia de residencia del beneficiario.²³ De esta manera, apunta a crear la noción de pertenencia a un seguro médico dentro de la población beneficiaria, lo que se espera facilite las conductas preventivas y de promoción de la salud.²⁴

El logro del segundo objetivo se apoya en incentivos de financiamiento ligados al cumplimiento de resultados. El alineamiento de las acciones de los gobiernos provinciales con las prioridades del MSN se logra a través de los Seguros de Salud Provincial (SSPs), los que fueron creados en cada provincia en el marco del programa. La transferencia de fondos de parte del MSN a cada SSP se basa en una cápita mensual definida en función del número de beneficiarios inscritos en el Plan Nacer y el logro de metas de resultado en atención primaria de la salud, medidas de acuerdo con un conjunto de diez indicadores establecidos por el MSN

(los que se denominan “trazadoras”). De esta forma, las transferencias dependen no sólo del tamaño de la población materno-infantil sin cobertura de salud que resida en cada provincia, sino también de los esfuerzos de captación de las autoridades provinciales para lograr su incorporación al programa, así como del desempeño provincial en las áreas de atención primaria priorizadas dentro del mismo.²⁵

Asimismo, para lograr el alineamiento de las acciones de los establecimientos de salud, estos reciben pagos de parte de los gobiernos provinciales en función del número y la calidad de los servicios prestados, sujetos a verificación por una auditoría externa. De esta manera, al vincular el pago con los servicios otorgados en lugar de la tradicional asignación presupuestaria, se incentiva a las unidades asistenciales a lograr un mejor desempeño. La autonomía que se se les otorgó a los mismos para decidir la utilización de los fondos recibidos dentro del Plan Nacer contribuyó fuertemente al impacto de estos incentivos.²⁶

En 2009, el Plan Nacer estaba siendo implementado con éxito en todas las provincias argentinas y CABA, alcanzando el logro de sus objetivos. Al aumentar el acceso a los cuidados básicos de salud materno-infantil con los estándares de cuidado definidos por el MSN, el Plan Nacer contribuía a la mejora de los indicadores de salud de la población objetivo. Asimismo, los incentivos financieros estaban funcionando en la forma prevista, logrando la integración de las acciones del MSN, los gobiernos provinciales y los establecimientos de salud. Con una experiencia exitosa de gestión de ya cinco años, el Plan Nacer estaba en condiciones de hacer importantes aportes al PNCC. El mismo contaba con equipos con fuerte capacidad de gestión y solidez técnica tanto a nivel nacional como provincial. Por su carácter federal, tenía también una fuerte presencia territorial, con llegada no sólo a los gobiernos provinciales sino también al nivel prestacional. Finalmente, el Plan Nacer contaba con una fuerte reputación como “financidor confiable,” tanto entre los gobiernos provinciales como los establecimientos de salud.²⁷

21 AR-Provincial Maternal-Child Health Investment Project - APL 1 (World Bank, P071025, aprobado el 15 de abril de 2004). (<http://documents.worldbank.org/curated/en/153901468768273371/pdf/27892.pdf>)

22 La cartilla de cuidados del Plan Nacer para las mujeres embarazadas sin seguro de salud incluía, entre otros, la atención prenatal y postnatal, análisis de laboratorio, ecografía y partos. La cartilla de cuidados para los recién nacidos y niños incluía, entre otros, incubadoras, vacunación, nutrición y desarrollo, y tratamiento de enfermedades respiratorias, diarrea e infecciones bacterianas locales.

23 Ortega Nieto and Parida (2015).

24 FCEULP (2009).

25 Gertler et al. (2014).

26 Gertler et al. (2014).

27 Dr. Máximo Diosque; Ex-Viceministro, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

TABLA 1. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL CUIDADO MATERNO INFANTIL Y LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Dimensiones	Cuidado Materno-Infantil	CCs de Alta Complejidad
Características propias de la problemática sanitaria		
Prevalencia	Prevalencia universal asociada al crecimiento demográfico	Baja prevalencia
Nivel de complejidad	Baja complejidad	Alta complejidad, con distintos gradientes
Costo de prestación	Bajo costo unitario	Alto costo unitario, que en algunos casos puede llegar a provocar desequilibrios financieros en el gasto de salud provincial
Características de la oferta prestacional en la Argentina		
Distribución geográfica de la oferta prestacional	Altamente descentralizada y dispersa en el territorio de las 24 jurisdicciones provinciales	Altamente centralizada en pocos establecimientos, particularmente para las cirugías

El desafío de las CCs

El incorporar la cobertura de las CCs al Plan Nacer representaba, sin embargo, un gran desafío, ya que las mismas representan una problemática muy distinta al cuidado básico materno-infantil al que había apuntado el Plan Nacer (Tabla 1). La primera gran diferencia se debe a las características específicas de las dos intervenciones sanitarias. Mientras que el sistema de SSPs del Plan Nacer fue diseñado para el financiamiento de servicios esenciales de cuidado materno-infantil de cobertura universal, así como de bajo costo y complejidad, algunas de las CCs pertenecen al conjunto de las denominadas “enfermedades catastróficas” que se caracterizan por su baja prevalencia, alto costo y alto grado de complejidad. La segunda gran diferencia tiene que ver con la oferta prestacional de los servicios de salud en el contexto específico de Argentina. Mientras que los servicios esenciales de salud materno-infantil incluidos dentro del Plan Nacer son brindados por todos los sistemas provinciales, la oferta de servicios quirúrgicos de CCs se encontraba concentrada en unos pocos establecimientos. En 2008, sólo ocho jurisdicciones provinciales²⁸ y CABA contaban con capacidad quirúrgica.

Diagnóstico de situación

Desde el inicio, las autoridades del MSN y el equipo del Plan Nacer identificaron la necesidad de realizar un diagnóstico de situación que permitiera comprender

acabadamente la problemática de la CCs, incluyendo la capacidad prestacional de la oferta pública, su potencial de crecimiento, así como un análisis minucioso de los costos asociados a la expansión de la cobertura. Para ello, se comisionó un estudio a la Facultad de Economía de la Universidad de La Plata. Este estudio, que demandó ocho meses de trabajo, incluyó el relevamiento de la totalidad del conjunto de centros cardiovasculares pediátricos públicos a través de visitas de campo, entrevistas y grupos focales con el objeto de evaluar la capacidad prestacional y los desafíos que enfrentaba cada uno de ellos. Dentro del trabajo realizado, se efectuó también un detallado estudio de costos del tratamiento de las CCs distinguiéndolas según su complejidad y la edad del paciente. Este diagnóstico profundo posibilitó tener una mirada integral de la problemática de las CCs. Asimismo, describió muy acabadamente las limitaciones en la oferta prestacional que provocaban una atención deficiente, ineficiente e inequitativa, así como la falta de efectividad de algunos de los mecanismos previstos dentro del marco del PNCC (Tabla 2).²⁹

Entre los principales hallazgos, se destacan los siguientes:

- **Limitantes en la oferta prestacional:** El análisis detallado de la capacidad prestacional de los centros cardiovasculares pediátricos permitió determinar que la misma era insuficiente para atender la demanda agregada a nivel nacional. A su vez, lo que determinaba la insuficiente capacidad prestacional de CCs era la falta de recursos, tanto humanos como de infraestructura

²⁸ Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Neuquén, Mendoza, Santa Fé, Salta y Tucumán.

²⁹ FCEULP (2009).

TABLA 2. PRINCIPALES LIMITANTES PARA EL CUIDADO DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Limitantes de la oferta prestacional	
Capacidad prestacional a nivel agregado	Insuficiente capacidad prestacional instalada para atender la demanda agregada a nivel nacional
Capacidad prestacional a nivel provincial	Sólo 9 de las 24 jurisdicciones provinciales tienen capacidad quirúrgica
Limitantes organizacionales	
Mecanismos de coordinación para la derivación y asignación de casos	La asignación de casos a los establecimientos tratantes es <i>ad-hoc</i>
	No existe una alineación entre la complejidad de los casos tratados y la capacidad prestacional de los establecimientos tratantes
	Falta de criterios claros para la priorización de casos dentro de los establecimientos tratantes
Eficiencia en la utilización de la capacidad prestacional instalada	Muy baja eficiencia, con capacidad ociosa en algunos establecimientos (sobre todo a nivel provincial) y con largas listas de esperas en otros establecimientos, sobre todo en CABA
	Sesgo generalizado hacia la baja y media complejidad, independientemente de la capacidad prestacional del establecimiento
Limitantes financieras	
Pagos por prestación dentro del PNCC	Desfasaje entre los costos reales y los pagos por prestaciones previstos por el PNCC (los mismos no reflejaban los costos indirectos de internación y medicamentos)
Limitantes administrativas	
Sistemas de información	Falta de herramientas tecnológicas y recursos humanos para facilitar la comunicación sobre los casos detectados de CCs
Sistemas de transferencia de recursos	Sistemas de transferencias de recursos del PNCC casi inexistentes

y suministros. El estudio identificó como una debilidad del PNCC que el mismo haya comenzado a implementarse sin la previa compra y distribución de los elementos necesarios para el equipar en forma adecuada a los servicios de cirugía cardiovascular y de diagnóstico de los establecimientos tratantes.

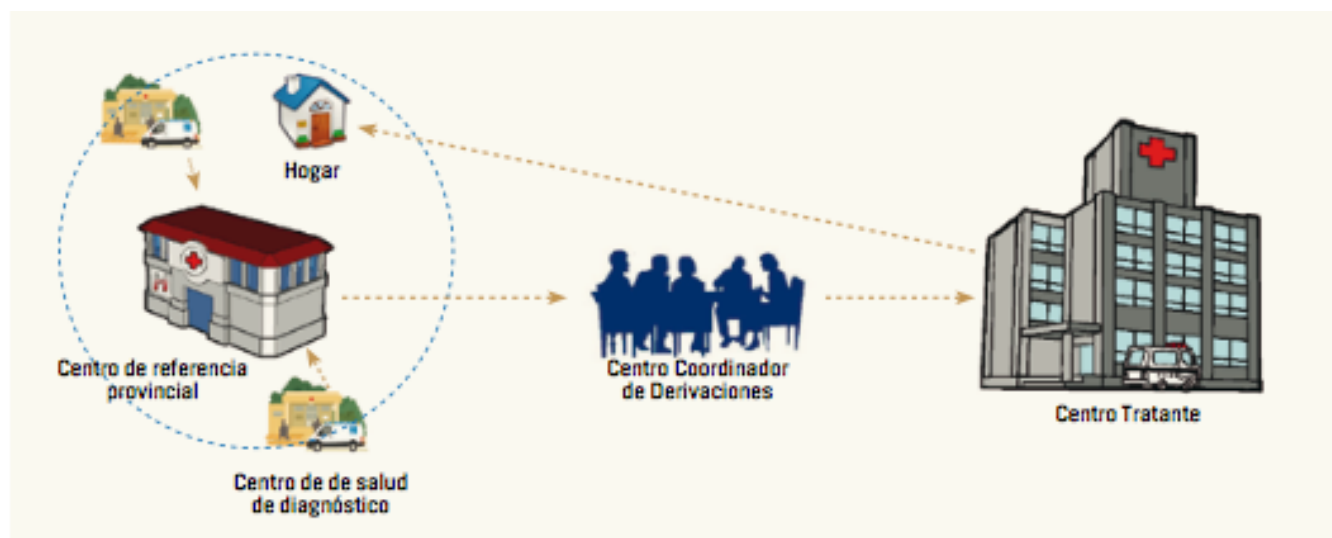
- **Limitantes organizacionales:** También se observó que gran parte del problema resultaba de la falta de coordinación entre los distintos actores del sistema de salud, ya que la asignación de casos se realizaba en forma *ad hoc*, sin criterios claros, lo que impedía el uso eficiente de la capacidad instalada. Mientras que algunos establecimientos tratantes tenían capacidad ociosa, la demanda superaba ampliamente la capacidad de servicio de los establecimientos de alta complejidad. Asimismo, estos últimos ofrecían cuidados en todo el rango de complejidad, habiendo, en general, un sesgo hacia la baja y media complejidad, independientemente de la capacidad del establecimiento. Tal era el caso, por ejemplo, del Hospital Garrahan, donde se observaba un sesgo hacia la media complejidad a pesar de ser el hospital tratante de mayor capacidad en el país.
- **Limitantes financieros:** El estudio puso en evidencia, a través de un estudio minucioso de los costos asociados con el tratamiento de las CCs y en particular las cirugías,

que los pagos previstos dentro del PNCC estaban por debajo de los costos reales. En el caso de CCs de baja complejidad, el precio del módulo permitía financiar el 75% de los servicios incluidos en el módulo y sólo el 66,2% si se tomaban en consideración los costos de atención postoperatoria y medicamentos. En el caso de las CCs de alta complejidad, este desfasaje se agravaba aún más, alcanzando a cubrir el 55,7% de estos costos directos y, en el caso de ciertas patologías de baja ocurrencia y de muy elevada complejidad, apenas alcanzaba a cubrir el 7,8% del costo total de las prestaciones.³⁰

- **Limitantes administrativas:** El estudio de diagnóstico también determinó que, tanto los pagos por prestaciones como las transferencias de equipamiento que se habían acordado dentro del PCNN no se hicieron efectivos debido a la falta de mecanismos administrativos adecuados. Otro inconveniente fue la falta de personal administrativo y herramientas tecnológicas de apoyo, que impedían una eficiente comunicación entre hospitales centros y el CCD. Esta situación generaba debilidades en la recolección de información, provocando fallas en la nominación de

³⁰ FCEULP (2009).

FIGURA 1. ESQUEMA FUNCIONAL DE LA RFCC



Fuente: MSN y Programa SUMAR (2016).

los casos incluidos en la lista de espera que impedían la resolución oportuna de las urgencias

- **Población objetivo:** Otro hallazgo clave del estudio de diagnóstico fue el de identificar que existía una gran coincidencia entre los pacientes con CCs y la población con cobertura bajo del Plan Nacer. Aproximadamente el 70% de los niños incluidos en la lista de espera del PNCC en 2008 cumplían con las condiciones de elegibilidad del Plan Nacer, lo que validaba la decisión de incorporar las CCs al Plan Nacer.

La conclusión de las autoridades del MSN en vista al resultado del diagnóstico fue que la situación no se lograba revertir sólo con una mayor asignación de recursos. Se necesitaba, además, un abordaje integral para ordenar los procesos asistenciales de detección, tratamiento y seguimiento de pacientes con CCs a nivel nacional. Asimismo, era fundamental el adoptar una lógica de red para poder reorganizar una oferta prestacional heterogénea y concentrada en puntos específicos del país.³¹

La creación de la RFCC

La RFCC queda conformada a partir de la integración de las prestaciones de CCs al Plan Nacer en 2010. La adhesión a la RFCC por las 23 provincias y CABA quedó formalizada en el Convenio Marco del Plan Nacer, el que el MSN acuerda con todas y cada una de las autoridades provinciales.³²

Estos acuerdos fueron uno de los pilares fundamentales de la RFCC, ya que, al recibir el financiamiento del Plan Nacer, las provincias aceptan también respetar las reglas de la RFCC y comprometer esfuerzos.

El diseño de la RFCC refleja los principales lineamientos definidos en el PNCC, así como los hallazgos del estudio de diagnóstico. Los principales actores dentro de la RFCC son los siguientes:

- **El Centro Coordinador de Derivaciones:** El CCD ocupa un rol central en el funcionamiento de la RFCC, ya que es el principal garante de que las normas de la red sean respetadas. El CCD tiene a su cargo las funciones de auditoría y supervisión de la producción y calidad de los servicios quirúrgicos, así como la de gestionar el registro y derivación de los pacientes. Físicamente, se encuentra ubicado en el Hospital Juan P. Garrahan en CABA, el hospital de pediatría de mayor renombre en el país, lo que lo inserta en un nodo neurálgico de la RFCC. Institucionalmente, el mismo se encuentra dentro de la órbita de la DINAMI en el MSN. El CCD fue una innovación institucional clave para coordinar las intervenciones y optimizar el funcionamiento de la oferta pública disponible.
- **Establecimientos hospitalarios:** A su vez, la red está conformada por establecimientos hospitalarios públicos pertenecientes a todas las provincias que operan con roles, normas y circuitos de interacción claramente definidos. Los mismos son previamente evaluados por el MSN según su capacidad prestacional para el diagnóstico, resolución y seguimiento de las CCs y clasificados en dos grandes grupos. Los “establecimientos tratantes” son aquellos

31 Dr. Máximo Diosque; Ex-Viceministro, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

32 El Acuerdo Marco del Plan Nacer queda plasmado en la Resolución No 327/2011 de marzo, 2011.

TABLA 3. PRINCIPALES DIFERENCIAS DEL PLAN NACER PARA EL CUIDADO MATERNO-INFANTIL Y LAS CIRUGÍAS DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Dimensiones	Modelo de atención primaria de la salud	Modelo de atención de las CCs de alta complejidad
Contratación de efectores	La selección se realiza a nivel provincial	La selección es definida por el MSN en base a la acreditación previa e inclusión en el Registro Nacional de Prestadores de Atención de CCs
Convenios	Las autoridades de salud provinciales firman convenios con efectores dentro de cada provincia	Las autoridades de salud provinciales firman convenio con todos los establecimientos tratantes que conforman la red, tanto dentro como fuera de la provincia
Establecimiento que realiza la práctica	Cualquiera de los efectores contratados	El establecimiento designado por el CCD realiza la cirugía
Definición de precios	Se definen a nivel provincial	Se definen a nivel nacional
Transferencias capitadas	Los fondos son transferidos a la cuenta provincial	Los fondos son transferidos a la cuenta del Fondo Solidario
Pagos a efectores	Se realizan desde el MSP	Se realizan desde el MSN
Uso de fondos	Definido por el efector en coordinación con la provincia	El establecimiento y la provincia proponen un Plan de Inversión que debe ser aceptado por el MSN
Medición de desempeños	Se mide a nivel provincia (trazadoras)	Se mide a nivel de establecimiento ("scoring")

Fuente: MSN (2010), *Inclusión de módulos de atención integral de cardiopatías congénitas al nomenclador del Plan Nacer*, Presentación realizada ante el Concejo Federal de Salud (CO.FE.SA.) el 26 de marzo de 2010.

habilitados para el tratamiento quirúrgico de CCs de baja, mediana o alta complejidad. Al inicio, la RFCC contaba con 16 establecimientos tratantes localizados en ocho jurisdicciones provinciales y CABA.³³ Los “establecimientos de referencia” son responsables del diagnóstico del paciente y de comunicar el caso al CCD. Los mismos se encargan también de la derivación y del seguimiento postoperatorio. Son más de 50 los “hospitales de referencia” dentro de la RFCC, los que se encuentran distribuidos entre todas las provincias.

- **Redes provinciales de CCs:** En el diseño de la red se identificó la necesidad de formalizar también el rol de la red de atención de primer nivel, que constituye la instancia fundamental para la detección temprana. El funcionamiento de estas redes de CCs a nivel provincial son responsabilidad de los gobiernos provinciales, siendo los establecimientos de referencia los encargados de interactuar con los otros establecimientos de salud primaria de la provincia y detectar casos de CCs oportunamente.

Adaptación del modelo original del Plan Nacer en el marco de la RFCC

Como consecuencia del haber adoptado un sistema de red para responder a las características específicas de las CCs, se observan grandes diferencias en el esquema adoptado para las prestaciones de CCs dentro del Plan Nacer con respecto al original. Dentro del esquema original del Plan Nacer para las prestaciones de atención primaria materno-infantil, las provincias juegan un papel central, mientras que el MSN se limita a funciones de rectoría, financiamiento y evaluación de desempeño. Dentro del esquema del Plan Nacer para la atención de CCs de alta complejidad, el MSN toma un rol mucho más protagónico, no sólo como regulador, financiador y evaluador de desempeño, sino también como comprador de servicios, coordinador de la red y administrador de recursos financieros.³⁴ Las principales diferencias entre el diseño de las dos intervenciones dentro del Plan Nacer se resumen a continuación (Tabla 3).

³³ Al año, se incorpora otro establecimiento tratante ubicado en la provincia de Salta, provincia que al inicio había decidido no participar en la RFCC.

³⁴ Las principales responsabilidades del MSN dentro del RFCC son las siguientes: i) concepción y financiamiento de la estrategia; ii) definición de metas para las distintas jurisdicciones, a nivel país y a nivel establecimiento; iii) búsqueda de consensos y acuerdos institucionales; iv) diseño operacional de la estrategia; v) conformación y gestión del CCD; y vi) capacitación y asistencia técnica en los procesos de implementación provinciales.

1. *Contratación de efectores:* Dentro del esquema original del Plan Nacer, la selección de efectores se realiza a nivel provincial. Contrariamente, en el caso de las CCs, la selección del hospital tratante es definida por el nivel central. Para pertenecer a la red de atención de CCs, los hospitales tratantes deben formar parte del Registro Nacional de Prestadores para la Atención de Cardiopatías Congénitas del MSN.³⁵ Rigurosos requisitos de infraestructura, equipamiento, formación y experiencia de sus recursos humanos, así como con número mínimo de cirugías anuales determinan su capacidad prestacional y los habilita para realizar intervenciones de baja, mediana y/o alta complejidad en el marco de la RFCC.
2. *Convenios con los efectores:* A diferencia con el esquema original, en el cual las autoridades de salud provinciales firman convenios con efectores dentro de sus provincias, en el caso de las CCs deben firmarse convenios con todos los hospitales tratantes que conforman la RFCC, tanto dentro como fuera de la provincia, para habilitar que un beneficiario pueda ser tratado en una provincia distinta a la de su residencia. Los convenios inter-jurisdiccionales son una de las innovaciones instrumentales más importantes dentro de la RFCC para articular la atención de pacientes con establecimientos pertenecientes a otras jurisdicciones que poseen una mayor capacidad resolutoria o que ofrecen una mejor accesibilidad física.
3. *Designación del establecimiento que realiza la práctica:* Dentro del esquema original del Plan Nacer, cualquiera de los efectores contratados puede efectuar las prácticas de cuidado materno-infantil. En el caso de la RFCC, el esquema es drásticamente diferente, ya que las provincias y sus establecimientos deben aceptar la autoridad del CCD en la asignación de los establecimientos tratantes. El mismo realiza las derivaciones en base a criterios que ponderan la urgencia y distancia, la complejidad de la patología y la capacidad de respuesta de los establecimientos tratantes. El CCD funciona las 24 horas los 365 días del año y comparte una plataforma de información digital con todos los establecimientos para conocer en tiempo real los nuevos casos diagnosticados en todo el país y la disponibilidad de camas de los hospitales tratantes.
Tanto los hospitales de referencia como los tratantes son responsables por denunciar todas las

cardiopatías diagnosticadas y acatar las decisiones del CCD sin excepciones. Cabe destacar que esto representa un cambio drástico en el modo de operar de los establecimientos tratantes, los cuales anteriormente gozaban de total discrecionalidad para determinar la admisión de casos—sobre todo aquellos derivados desde otras jurisdicciones provinciales—y la priorización de los mismos. Dentro de la RFCC, los hospitales tratantes pueden llegar a ser obligados a derivar a otros hospitales tratantes de mayor complejidad casos de CCs que antes hubieran tratado ellos mismos.

4. *Definición de precios:* En el caso de cuidados materno-infantiles, la definición de precios unitarios por prestación es definida a nivel provincial de modo de poder reflejar las diferencias regionales que pueden condicionar los costos prestacionales. En el caso de las CCs, los precios quirúrgicos están definidos por el MSN. El precio de cada módulo se determinó en función de los análisis de costeo efectuados como parte del estudio de diagnóstico. Para corregir el desfase con los costos reales que había ocurrido dentro del PNCC, los precios de los distintos módulos prestacionales se determinaron tomando en consideración los distintos niveles de complejidad, así como los costos indirectos de internación y medicamentos. La decisión de utilizar precios uniformes en toda la red tiene como objetivo el evitar comportamientos oportunistas de los proveedores en la aceptación de los casos asignados por el CCD. En otras palabras, el que los precios de las cirugías sean definidos por el MSN impide que los hospitales quirúrgicos hagan diferencias con los pacientes en función de lo que paga cada provincia, protegiendo de esa manera la equidad en el acceso.³⁶
5. *Transferencias capitadas:* Otro cambio fundamental que se adopta dentro del esquema del Plan Nacer para la atención de CCs es el financiamiento de las cirugías de mayor complejidad que revisten carácter catastrófico. Para ello, el MSN creó, a través del Plan Nacer, un fondo especial de financiamiento denominado Fondo de Reaseguramiento Solidario. La figura de un fondo específico permitió asegurar el financiamiento de todos los casos que se presenten independientemente de la provincia de nacimiento o residencia del paciente. Este fondo especial se conforma con los aportes del MSN de una cápita incremental

³⁵ El Registro Nacional de Prestadores para la Atención de las CCs está a cargo de la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios del MSN.

³⁶ Dr. Santiago Cirio, Ex-Responsable de la Sub-Área Planes Especiales del Plan Nacer/Sumar del MSN; Actual Jefe de Departamento de la Secretaría General del Hospital Garrahan; MSN y Programa SUMAR (2016).

que reciben las provincias participantes en el marco del Plan Nacer y que opera por cuenta y orden de los SSPs como un mecanismo de compra colectiva de prestaciones.³⁷ Este enfoque de aseguramiento nacional tiene como ventaja una mayor diversificación del riesgo financiero y una optimización de la oferta pública de salud, con menores costos respecto al esquema descentralizado preexistente.³⁸

6. *Pago a efectores:* A diferencia de los pagos por prestaciones de cuidado materno-infantil, los que se realizan desde la provincia, los pagos por prestaciones quirúrgicas de CCs de alta complejidad se realizan directamente desde el MSN, quien tiene a su cargo la administración del Fondo de Reaseguramiento Solidario. De esta manera, los establecimientos tratantes reciben a través del Plan Nacer el valor del módulo brindado.
7. *Uso de fondos por los efectores:* A diferencia del uso de los fondos recibidos por prestaciones de cuidado materno-infantil, que es definido por cada efector de acuerdo a los lineamientos de cada provincia, el uso de los fondos por prestaciones quirúrgicas requería en un principio la confección de un “Plan de Producción y Aplicación de Fondos”. El objeto del mismo era el de favorecer un uso más eficiente de los fondos transferidos a los hospitales tratantes que permita expandir la capacidad resolutive. A través de este instrumento de micro-gestión, los hospitales quirúrgicos debían planificar anualmente su producción, estimar sus ingresos y priorizar la asignación de fondos por categoría de gasto. Al inicio, su uso era obligatorio y estaba sujeto a la validación del MSN, el que aprobaba la meta de cirugías planificadas y verificaba que la inversión priorizada se correspondiera con la ampliación de la producción y mejora de la calidad perseguida. Lamentablemente, en los últimos años, el MSN ha dejado de exigir el Plan de Producción, por lo que el mismo ha caído en desuso y ha sido reemplazado por un informe *ex-post* de uso de fondos de carácter burocrático.

8. *Medición de desempeños:* Dentro del marco del cuidado materno-infantil, el desempeño se mide a nivel provincial a partir de un conjunto de “trazadoras” que miden resultados sanitarios. Dentro del marco de la RFCC, el desempeño se mide principalmente a nivel de cada establecimiento utilizando un sistema de puntaje (denominado “scoring”) que evalúa el desempeño en función de varias dimensiones.

Abordando los Desafíos de Implementación

La implementación de la RFCC fue un verdadero desafío, ya que significó articular las acciones de más de 60 establecimientos hospitalarios operando en 24 jurisdicciones provinciales, así como garantizar la calidad y la utilización eficiente y efectiva de la capacidad prestacional de los mismos. Entre los múltiples factores que contribuyeron a la exitosa implementación de la RFCC se destacan aspectos tanto relacionados al diseño como al proceso de implementación. Los aspectos de diseño que contribuyeron al éxito de la RFCC son los mismos que contribuyeron al éxito del Plan Nacer, o sea el uso de incentivos en base a pagos por prestaciones para motivar a los actores, combinados con una sólida cultura de monitoreo y evaluación. Entre los factores de éxito dentro de la implementación se destacan el fuerte liderazgo tanto político, como clínico y gerencial, una efectiva estrategia de comunicación para asegurar la articulación de todos los actores y el desarrollo de herramientas de apoyo a la gestión.

Fortalezas en el diseño

Utilización de incentivos

El modelo de gobernanza adoptado para la RFCC redefinió en forma drástica las atribuciones y responsabilidades de los actores principales, no sólo dentro del Plan Nacer, sino también dentro del marco federal de Argentina. A pesar de que este modelo de gobernanza representaba una mejora evidente a nivel agregado, el mismo requería también sacrificios significativos de parte de los actores dentro de la red. En el caso de las jurisdicciones provinciales, las mismas debían relegar al MSN algunas atribuciones que les son propias (como la de regulación, organización y evaluación de la oferta pública de servicios) así como también asumir las responsabilidades

³⁷ Cabe destacar que en una primera etapa, todas las cirugías de CCs fueron financiadas a través del Fondo de Reaseguramiento Solidario con fondos del MSN. A partir del 2012, cuando se amplía la cobertura del Plan Nacer a través de su sucesor, el Programa Sumar, las cirugías de baja y mediana complejidad (consideradas no catastróficas) pasaron a ser parte del Plan de Servicios Básico con un cofinanciamiento del 15% por parte de las provincias como el resto de las prestaciones. Las transferencias vinculadas a intervenciones quirúrgicas de carácter catastrófico continuaron siendo financiadas al 100% por el MSN como un mecanismo de aseguramiento nacional.

³⁸ Daniela Romero, Oficial de Operaciones, Banco Mundial; Entrevista personal, agosto de 2019.

TABLA 4. MOTIVACIONES DE LOS PRINCIPALES ACTORES

Actores principales	Incentivos propios para mantener el <i>status quo</i>	Incentivos propios para el cambio	Incentivos adicionales en el marco de la RFCC
Autoridades sanitarias nacionales	Resistencia a asumir funciones ejecutivas que no son propias del MSN Resistencia a incrementar el gasto público en salud a nivel nacional	Intención política de continuar con la reducción de la mortalidad infantil	Ordenar y homogeneizar la calidad prestación de servicios de salud para CCs para asegurar el acceso equitativo en todo el territorio nacional Mejorar la eficiencia en el uso de la capacidad instalada (recursos humanos, infraestructura y equipamiento)
Autoridades sanitarias en provincias con capacidad quirúrgica	Resistencia a renunciar atribuciones propias en la salud pública provincial Existe capacidad de proporcionar atención adecuada a CCs (es decir, cirugías) dentro de la provincia	Intención política de reducir aún más la mortalidad infantil Subsidios ocultos de pacientes fuera de la provincia	Acceso al Fondo Solidario Acceso a los fondos del Plan Nacer y programas sucesivos del Banco Mundial
Autoridades sanitarias en provincias sin capacidad quirúrgica	Resistencia a renunciar a atribuciones propias en la salud pública provincial	Intención política de reducir aún más la mortalidad infantil Incapacidad de proporcionar atención adecuada a CCs dentro de la provincia	Acceso al Fondo Solidario Acceso a los fondos del Plan Nacer y programas sucesivos del Banco Mundial
Hospitales tratantes	Resistencia a renunciar autonomía decisional en cuanto a la admisión y priorización del CCs Resistencia a derivar CCs a otros hospitales de complejidad mayor Resistencia al escrutinio externo y burocracia adicional	Carga moral de tomar decisiones de vida o muerte	Pagos por cirugías realizadas a ser invertidos dentro del hospital Equipamiento adicional Capacitación de los RRHH médicos y técnicos
Hospitales referentes	Resistencia al escrutinio externo y burocracia adicional	Carga moral de tomar decisiones de vida o muerte Engorroso proceso de derivación de casos de CCs fuera de la provincia	Pagos por servicios prestados de diagnóstico y seguimiento post-operatorio de CCs a ser invertidos dentro del hospital Equipamiento adicional Capacitación de los RRHH médicos y técnicos

definidas en el marco de la RFCC.³⁹ De la misma manera, los establecimientos hospitalarios de la RFCC, en

particular los tratantes, debían renunciar su autonomía en cuanto a la admisión y priorización de casos y aceptar las decisiones y el escrutinio del CCD como condición de pertenecer a la RFCC.

A modo de vencer posibles resistencias, el diseño de la RFCC incorpora incentivos que alientan la participación de los distintos actores. Estos incentivos son principalmente de financiamiento, adaptando el modelo de los incentivos originales del Plan Nacer a un sistema de red. Los incentivos de financiamiento se complementan con incentivos de inversión en

³⁹ Las principales responsabilidades de los MSPs mantener el presupuesto asignado para la atención de cardiopatías congénitas, ii) suscribir a través de los SSPs los acuerdos de gestión con todos los establecimientos del país que integren el Registro Nacional de Prestadores para la atención de cardiopatías congénitas, iii) crear las redes provinciales de diagnóstico y seguimiento de las CCs y designar un hospital de referencia provincial, el que debe disponer de un plantel que reúna las capacidades exigidas por la normativa vigente, dictada por el MSN), iv) brindar los servicios sociales que deban recibir el paciente y su grupo familiar primario y v) cumplir y hacer cumplir por sus establecimientos de salud las normas y procedimientos asistenciales y administrativos de la RFCC con financiamiento del Plan Nacer.

equipamiento y capacitación de recursos humanos de los establecimientos hospitalarios de la RFCC.

Incentivos de financiamiento

A nivel provincial, el principal incentivo son las transferencias capitadas del MSN al Fondo Solidario, lo que genera un mecanismo de aseguramiento para las provincias. Este incentivo es importante tanto para las provincias que tienen capacidad tratante como las que carecen de ella. Para aquellas provincias con capacidad tratante, el Fondo Solidario genera pagos para los hospitales tratantes de la provincia en función de las prestaciones otorgadas, generando así ingresos adicionales en el caso de pacientes con residencia en la provincia y eliminando posibles subsidios interprovinciales en el caso de pacientes con residencia en otras provincias. Para aquellas provincias sin capacidad tratante, el aseguramiento provisto por el Fondo Solidario evita pagos a hospitales tratantes fuera de la provincia, eliminando así la posibilidad de desequilibrios financieros que pudieran resultar de los altos costos asociados al tratamiento de algunas CCs de alta complejidad.⁴⁰

Es importante destacar, como se mencionara anteriormente, que las jurisdicciones provinciales han tenido otro importante incentivo financiero para adherirse a la RFCC, que fue el acceso a los fondos generales del Plan Nacer, ya que, a partir de 2010, este incorpora las CCs y requiere la participación provincial en la RFCC dentro de su acuerdo marco. La pertenencia a la RFCC continua siendo un requisito para participar de los programas del Banco Mundial que siguieron al Plan Nacer, contribuyendo a su sostenibilidad (Programa SUMAR 2011-2022).⁴¹

A nivel de los establecimientos hospitalarios, los pagos por prestaciones de diagnóstico, de cirugía, y de seguimiento postoperatorio de los pacientes constituyen el principal incentivo para pertenecer a la RFCC. Los recursos del Fondo Solidario se transfieren a los establecimientos hospitalarios que conforman la RFCC en función a los niveles de producción, siguiendo la modalidad original de pagos por prestaciones del Plan Nacer. Cabe también destacar que, si bien las cirugías

se encontraban parcialmente financiadas por los presupuestos provinciales antes de la conformación de la RFCC, el MSN decidió cubrir el 100% de los costos y hacer inicialmente una inyección fuerte de fondos para acelerar el proceso de fortalecimiento de los hospitales de la red.⁴²

Incentivos de inversión

Además de los pagos por prestaciones, se incorporan también otros incentivos para los establecimientos hospitalarios de la RFCC en forma de equipamiento y formación de recursos humanos. Además de funcionar como incentivos, estas inversiones están orientadas a optimizar y aumentar la capacidad prestacional instalada, la que, según el estudio de diagnóstico, era insuficiente para responder a la demanda agregada a nivel nacional.

En la fase de puesta en marcha de la RFCC, el Plan Nacer hizo entrega de equipamiento a los hospitales tratantes que conformaban la RFCC, incluyendo ambulancias neonatales y equipamiento médico de alta complejidad.⁴³ Este equipamiento permitió maximizar las capacidades resolutorias de los mismos. Nuevas entregas de equipamiento fueron realizadas a lo largo de la implementación del Plan Nacer, así como de su sucesor, el Programa SUMAR.

Asimismo, el MSN llevó adelante un intensivo programa de capacitación para aumentar la capacidad de los recursos humanos que hacen al funcionamiento de la RFCC. Durante todo el proceso de implementación, se realizaron capacitaciones clínicas dirigidas principalmente a mejorar las capacidades de diagnóstico de todos los establecimientos que conforman la RFCC, incluidos los centros de salud de primer nivel. Asimismo, se llevaron a cabo encuentros de capacitación de obstetras y neonatólogos de las principales maternidades del país para mejorar el diagnóstico prenatal y postnatal y para mejorar las competencias requeridas para estabilizar pacientes en las unidades de terapia intensiva neonatal. Además, se otorgaron centenares de becas para que los equipos clínicos de la RFCC participen en congresos nacionales e internacionales referentes a

40 A modo de ilustración del impacto de los costos asociados con las CCs, las hospitalizaciones pediátricas por CCs en los EEUU representaron el 15,1% de los costos de todas las hospitalizaciones pediátricas en 2009 (CDC; <https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/data.html>).

41 Vanina Camporeale, Especialista de Operaciones del Banco Mundial y co-gerente del Proyecto SUMAR; Entrevista personal, agosto de 2019.

42 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador del Plan Nacer y Programa SUMAR; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

43 Ecocardiógrafos doppler color portátil, monitores multiparamétricos y de transporte, cajas para cirugía, bombas de circulación extracorpórea, bombas de infusión a jeringa, cunas térmicas, electrocardiógrafos, equipos de hemodinamia, entre otros. Nra rativos de los hospitales y nacils equipos provinciales del Plan Nacer y de la Direcci evaluacitifcar al ANMAT.

la atención de CCs, y se aumentó el número de becas universitarias y de residencias en cardiología pediátrica en los hospitales tratantes. Estas acciones llevaron a un aumento significativo en el número y la capacidad clínica de diagnóstico y tratamiento de todos los perfiles profesionales que intervienen en la atención de las CCs.⁴⁴

Mecanismos de aseguramiento de la calidad

A pesar de que los incentivos son un instrumento poderoso para alinear el trabajo conjunto de los distintos actores de una red, los mismos no son suficientes. Para lograr la buena coordinación y asegurar la calidad fue necesario el apoyarse fuertemente en el uso de mecanismos de aseguramiento de la calidad, así como el desarrollar una fuerte cultura de monitoreo y evaluación de desempeños.

Acreditación de los hospitales tratantes

Para asegurar en forma previa la capacidad de los hospitales tratantes, se implementó un riguroso modelo de contratación basado en calidad.⁴⁵ El mismo estableció que los establecimientos tratantes deben cumplir las directrices de organización y funcionamiento establecidas por el MSN y con los niveles de producción mínimo definidos por el CCD.⁴⁶ Los establecimientos que satisfacen dichos requerimientos pasan a formar parte del Registro de Centros de Cirugía Cardiovascular Pediátrica (RCCP) y son habilitados dentro de la RFCC como establecimientos tratantes de baja, mediana o alta complejidad según su capacidad prestacional. De esta manera, quedó conformado el listado inicial con 12 centros tratantes, al que se adicionaron cinco establecimientos más hacia fines del 2010. Cabe destacar que cobertura de las CCs por el Plan Nacer es la primera iniciativa de política pública en el país y una de las pocas experiencias en la región en la que participan únicamente

hospitales que fueron previamente evaluados en el cumplimiento de normas de calidad.⁴⁷

En el año 2018, se llevó a cabo la primera re-acreditación de los hospitales tratantes teniendo en cuenta el desempeño en años anteriores, así como el cumplimiento de los requerimientos establecidos por el MSN. En esta ocasión, a pesar de la presión ejercida por algunas de las provincias afectadas, se dieron de baja de la RFCC a tres de los hospitales tratantes, por lo que el número de centros de cirugía cardiovascular que integran el RCCP quedó reducido a 14 establecimientos.⁴⁸ A futuro, la intención de las autoridades del MSN es la de realizar los procesos de re-acreditación cada dos años, ya que la RFCC se encuentra en pleno funcionamiento y los establecimientos tratantes ya han tenido la oportunidad de adaptarse a los requerimientos de la RFCC.⁴⁹

Evaluación de desempeños dentro de la RFCC

El Plan Nacer, en forma conjunta con el CCD, diseñó un conjunto de herramientas para monitorear el desempeño de los establecimientos hospitalarios que componen la RFCC. Estas herramientas han contribuido al desarrollo de una cultura de evaluación de desempeño dentro de los establecimientos de la RFCC.

Scoring - Para medir el desempeño de los establecimientos de referencia, se desarrollaron indicadores que evalúan el diagnóstico oportuno, el seguimiento postoperatorio de los pacientes intervenidos, y la certeza del diagnóstico. Para los hospitales tratantes, se diseñó un sistema de medición denominado “*scoring*” que evalúa cuatro dimensiones de desempeño: i) contribución a la conformación de la red (presentación de los casos derivados); ii) calidad de la atención; iii) satisfacción del paciente; y iv) resultados alcanzados en la atención, incluidos los desvíos de la tasa de mortalidad observada por nivel de riesgo respecto a estándares internacionales. Los resultados del “*scoring*” son analizados en conjunto por el CCD y el equipo del Plan Nacer, para luego ser comunicados de manera individual a cada establecimiento y a sus respectivas autoridades

44 Dra. Beatriz Alejandra Villa, Ex-Coordinadora del CCD y actual Directora Médica Ejecutiva del Hospital Garrahan; Entrevista personal, agosto de 2019.

45 El esquema de acreditación de calidad de los establecimientos se trabajó junto a la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud y la DINAMI del MSN.

46 Los establecimientos tratantes deben cumplir las directrices de organización y funcionamiento de los servicios de cirugía cardiovascular establecidas en la Resolución MSN N° 1883/2005 y con los requerimientos de la Resolución MSN Nro. 327/2011 del MSN. Los mismos establecen rigurosos requisitos de infraestructura, equipamiento, formación y experiencia de sus recursos humanos. Los niveles mínimos de producción definidos por el CCD reflejan los estándares internacionales, que señalan un umbral mínimo de por lo menos 100 y 200 cirugías anuales para los niveles de media y alta complejidad, respectivamente.

47 Dra. Beatriz Alejandra Villa, Ex-Coordinadora del Centro Coordinador y actual Directora Médica Ejecutiva del Hospital Garrahan; Entrevista personal, agosto de 2019.

48 Adolfo Rubinstein, Ministro MSN (2017-2018), Secretario de Salud, MSN (2018-2019).

49 Dra. Diana M. Fariña, Ex-Directora Nacional, DINAMI, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

provinciales. Estos reportes dan lugar a la implementación de planes de apoyo para ayudar a los hospitales a revertir los desempeños insatisfactorios. Los desempeños también son discutidos en los encuentros nacionales y regionales que organiza el MSN para fomentar un compromiso sostenido con la mejora continua.

Auditorías clínicas internas - Para evaluar la calidad de las intervenciones, el CCD y el Plan Nacer elaboraron un programa de auditorías de calidad en terreno. En muchos casos, estas auditorías comprendían el presenciar cirugías cardiovasculares que eran llevadas a cabo en el establecimiento auditado. Estas auditorías de campo han sido de gran importancia porque permitieron al CCD y al equipo del Plan Nacer conocer, en forma directa, la problemática de cada establecimiento. Asimismo, constituyeron un gran apoyo para los equipos de los establecimientos provinciales. Para la mayoría de los hospitales tratantes, las auditorías llevadas a cabo dentro del marco de la RFCC fueron las primeras auditorías de calidad que recibieron en su historia.⁵⁰

Auditorías externas - Siguiendo la modalidad del Plan Nacer, los pagos por prestaciones están sujetos a la revisión *ex-post* de una auditoría externa contratada por el programa. La misma verifica la calidad de prestaciones en base a los registros clínicos, asegurando que los mismos sean acordes con los lineamientos prestacionales y de registro establecidos dentro de la RFCC. De no ser así, se anulan los pagos correspondientes a las prestaciones que no cumplieron con las normas.

Fortalezas en la implementación

Liderazgo político, clínico y gerencial

La efectiva conjunción de liderazgo político, gerencial y clínico fue un factor crítico para lograr el cambio en la cultura organizacional del sistema de salud que se requería para universalizar el tratamiento de las CCs con un enfoque nacional.

Liderazgo político

El MSN jugó un rol crítico de liderazgo en la conformación de la RFCC. El Plan Nacer surgió en gran parte como respuesta al deterioro en la TMI ocurrido después de la

crisis económica del 2001. Con su énfasis en la atención preventiva de la salud materno-infantil, el Plan Nacer abordó efectivamente las “causas blandas” de la mortalidad infantil, ayudando a que la TMI retornara a una trayectoria descendente. Las CCs eran la progresión lógica en la evolución de los esfuerzos de las autoridades nacionales para seguir reduciendo la mortalidad infantil, así como en la construcción gradual de seguros de los SSPs.⁵¹

Al encarar los desafíos planteados por las CCs, el MSN exhibió lo que se puede caracterizar como “liderazgo informado.” Específicamente, antes de tomar cualquier medida al respecto, las autoridades del MSN optaron por asegurarse de tener una comprensión clara de la problemática planteada por las CCs. Este accionar se hace evidente, por ejemplo, en la decisión de la DINAMI de llevar a cabo una encuesta para cuantificar por primera vez la brecha entre la oferta y la demanda de atención de CCs en 2003-2004. Otro ejemplo es el estudio de diagnóstico en profundidad que se encargó antes de la incorporación de CCs al Plan Nacer, el que proporcionó una sólida base de información para el diseño de la estrategia de la RFCC dentro de dicho programa.

Una vez definida la estrategia a seguir, el MSN orientó sus esfuerzos a sensibilizar y concientizar a los gobiernos provinciales, generando un amplio consenso, el cual se tradujo en una sólida coalición político-institucional. Para ello, el MSN planteó la problemática de las CCs en el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA.)⁵² y puso a consideración de las provincias la creación de la RFCC, proponiendo la articulación de esfuerzos y asegurando los recursos necesarios a modo de garantizar su implementación en todo el país. De esta manera, el MSN demostró tener una visión clara del problema y un compromiso serio con su resolución, sentando una base firme para un acuerdo con todos los ministros de salud provinciales sobre los lineamientos generales de la incorporación de las CCs a la cobertura del Plan Nacer.

La decisión de construir la RFCC dentro del Plan Nacer fue otro determinante crítico de su éxito futuro. El Plan Nacer no sólo aportó incentivos financieros para la asegurar la participación provincial en la RFCC sino que también tuvo otros importantes aportes, tanto tangibles (por ejemplo, capacidad institucional, técnica y gerencial) e intangibles (por ejemplo, confianza por parte

50 Desde que empezó el PNCC he aprendido muchas cosas, y dentro de las cosas que he aprendido, es esto de la evaluación por desempeño. Es que es inevitable que nos tengamos que auto evaluar, no como personas, sino como servicio en cada provincia. Dra. Eugenia Olivetti, Coordinadora del CCD; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

51 Vanina Camporeale, Especialista de Operaciones del Banco Mundial y co-gerente del Proyecto SUMAR; Entrevista personal, agosto de 2019.

52 CO.FE.SA. Acta 01/10. (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2010/acta-01-10/acta-01-10.pdf>)

de los gobiernos provinciales) que fueron esenciales para la implementación exitosa de la RFCC.⁵³

La continuidad de las autoridades políticas nacionales durante los primeros seis años de implementación ofreció un escenario de estabilidad para el desarrollo inicial de la RFCC. El apoyo de las autoridades nacionales continuó a través de los cambios de bandera política que resultaron de las elecciones presidenciales de 2015 y 2019 y se mantiene hasta la fecha. Esto ha permitido una década de trabajo sin interrupciones y con intensidad sostenida en el desarrollo de la RFCC.⁵⁴

Liderazgo clínico

Desde el inicio, renombrados cardiólogos pediátricos desempeñaron un papel central en el diseño e implementación de la RFCC, aportando no sólo un invaluable liderazgo clínico sino también legitimidad al proceso. Aunque las CCs comienzan a cobrar importancia en las políticas públicas de salud recién en el año 2004, desde hacía años la comunidad médica venía alertando de la relevancia de las CCs en la mortalidad neonatal y post neonatal y de la falta de capacidad de respuesta del sistema público. En una decisión sumamente acertada, cuando comenzó a trabajar en las CCs, la DINAMI convocó a los máximos cardiólogos pediatras referentes para ser parte del grupo de trabajo.⁵⁵ Estos especialistas también participaron en la definición de las reglas operativas de la RFCC dentro del Plan Nacer, así como de los requisitos que los establecimientos tratantes deben cumplir para obtener y mantener su acreditación. Durante la fase de implementación, reconocidos especialistas continuaron desempeñando un papel importante como miembros del Consejo Consultivo de la RFCC, que es responsable de evaluar los resultados y hacer recomendaciones. De esa manera, se aseguró que la estrategia reflejara el conocimiento íntimo de los principales referentes clínicos, así como de darle legitimidad frente a las autoridades provinciales y hospitalarias.

Durante la etapa de implementación de la RFCC, uno de los principales factores de éxito estuvo dado por la alianza estratégica conformada por el CCD y el Plan Nacer, en la cual el CCD asume plenamente el liderazgo clínico y el Plan Nacer, el operacional. Una característica clave de la efectividad del CCD ha sido su conformación inicial, en la que estaban representados todos los establecimientos de mayor complejidad de la RFCC.⁵⁶ De esa manera, se facilitaban las consultas internas entre especialistas en los casos de mayor complejidad con más riesgos de mortalidad y se garantizaba la transparencia del proceso de asignación de casos.⁵⁷

Liderazgo gerencial

El Plan Nacer aportó los recursos técnicos y la capacidad de gestión que fueron requeridos en las distintas etapas de desarrollo de la RFCC, incluyendo el diseño, la puesta en marcha y la operación de la misma. Para ello, el equipo nacional del Plan Nacer creó una nueva área específica dentro de su organización, con cuatro profesionales dedicados en forma exclusiva a la gestión del financiamiento de las patologías de alta complejidad.⁵⁸ A ello se sumaron también los aportes de las distintas áreas técnicas del equipo del Plan Nacer, lo que permitió acceder a un plantel profesional multidisciplinario (constituido por médicos, economistas, contadores, expertos en sistemas informáticos, sociología y ciencias de la comunicación, entre otros). Esta variada gama de competencias hizo que se pudieran lograr los profundos cambios requeridos, tales como el generar una cultura compartida, diseñar eficaces instrumentos de gestión, alinear los procesos y la gestión de los recursos, generar el compromiso de los profesionales y brindar un apoyo sostenido a los múltiples actores intervinientes.⁵⁹

El estilo de liderazgo colaborativo ejercido por el Plan Nacer fue otro de los factores claves en la exitosa implementación de la RFCC. A nivel nacional, el equipo del Plan Nacer trabajó en forma muy cercana con la DINAMI durante la etapa de diseño, y luego con el CCD, el que se convirtió en su socio estratégico en la

53 Dr. Máximo Diosque, Former Vice-Minister MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

54 Vanina Camporeale, Especialista de Operaciones del Banco Mundial y co-gerente del Proyecto SUMAR; Entrevista personal, agosto de 2019.

55 El Dr. Pedro De Sarasqueta, quien fuera un destacado pediatra y neonatólogo en el Área de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Garrahan, colaboró con la primera encuesta de CCs realizada por la DINAMI y otros estudios posteriores. Los Drs. Andrés Schilter, Horacio Capelli, Cintia Croxato y Ricardo Magliola constituyeron la primera comisión de trabajo convocada por la Dra. Ana Speranza de la DINAMI. Ver MSN y Programa SUMAR (2016).

56 Hospital Juan P. Garrahan, Hospital Zonal General Dr. Posadas, Hospital Sor María Ludovica, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez y Hospital General de Niños Pedro D. Elizalde.

57 Dra. Beatriz Alejandra Villa, Ex-Coordinadora del Centro Coordinador y actual Directora Médica Ejecutiva del Hospital Garrahan; Entrevista personal, agosto de 2019.

58 Esta sub-área se denomina "Planes Especiales."

59 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador del Plan Nacer y Programa SUMAR; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

implementación de la RFCC. El equipo nacional del Plan Nacer también dio apoyo sostenido a los equipos provinciales, acompañándolos durante todo el proceso de implementación de la RFCC. El liderazgo gerencial demostrado por el equipo nacional también se trasladó a los equipos del Plan Nacer provinciales, los que trabajaron en forma conjunta con las direcciones provinciales de maternidad e infancia provinciales, asumiendo un rol activo en la gestión y de apoyo a sus establecimientos.⁶⁰

Finalmente, el espíritu de colaboración y transparencia desarrollado en forma conjunta por el Plan Nacer y el CCD fue determinante para generar confianza y compromiso entre todos los actores intervinientes.⁶¹ Entre el CCD y el Plan Nacer se logró la confianza de los establecimientos hospitalarios para mostrar abiertamente los desempeños de cada hospital y de la red en general a modo de poder discutir posibles mejoras, sin que fuera percibido como una amenaza o un castigo, sino como un compromiso serio a mejorar.⁶²

Énfasis en la comunicación y capacitación de los actores intervinientes

El lograr una buena coordinación entre más de 60 establecimientos hospitalarios distribuidos en 24 jurisdicciones provinciales requirió de un proceso continuo de cambio y aprendizaje organizacional que debió apoyarse en una fuerte acción de comunicación. El equipo del Plan Nacer, con el apoyo del CCD, asumió la responsabilidad de capacitar a todos los actores intervinientes sobre los objetivos, los roles y responsabilidades específicas, los procesos clínicos, los procedimientos financieros y sobre el uso de las herramientas del programa.

Inicialmente, se priorizó lograr un amplio conocimiento del funcionamiento de la red y promover el compromiso de todos los actores con el programa. Esto requirió llevar adelante decenas de encuentros nacionales y regionales. De los encuentros participaban de manera conjunta las autoridades de los establecimientos, los referentes clínicos y administrativos de los hospitales, los equipos provinciales del Plan Nacer, y representantes

de las direcciones provinciales de maternidad e infancia, de hospitales y de fiscalización. Estas reuniones fueron espacios cruciales para fortalecer lazos entre todos los corresponsables de la red.⁶³

Además, se realizaron asiduas visitas de supervisión a los hospitales participantes en forma conjunta entre el Plan Nacer y el CCD con el fin de escuchar la problemática de los cardiólogos de referencia y de los establecimientos tratantes, brindando apoyo para desarrollar la red interprovincial y promoviendo la colaboración entre los establecimientos. Este trabajo se hizo con una postura apreciativa y de respeto profesional a los equipos de la red a modo de promover un liderazgo compartido, flexible y distribuido entre todos sus integrantes. Se enfatizó también el desarrollo de vínculos interpersonales de apoyo mutuo, a modo de fomentar el intercambio de conocimientos, habilidades y esfuerzos entre diferentes organizaciones, y brindar una sentida valoración del trabajo que todos realizan. Uno de los grandes aprendizajes fue que el desarrollo de vínculos personales y el contacto asiduo entre los distintos actores dentro de la RFCC la fueron transformando en forma gradual de una red teórica a una “red viva.”⁶⁴

El Plan Nacer también desarrolló un programa de capacitación referido a los procedimientos administrativos y financieros de la red. Estas actividades de capacitación estaban orientadas al personal administrativo y contable de los establecimientos, los que cumplen un rol crucial en la generación y ejecución de los recursos que transfiere el Plan Nacer. Fue necesario brindar un apoyo cercano a los establecimientos en la facturación de los servicios brindados, ya que la mayoría de ellos tenían limitaciones administrativas y de coordinación interna. Para poder cumplir plenamente con las exigencias documentales de manera oportuna, los establecimientos se vieron obligados a mejorar los circuitos operativos y administrativos, logrando así crear una mejor coordinación interna que en muchos casos se ha generalizado a todos los servicios del hospital.⁶⁵

60 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador del Plan Nacer y Programa SUMAR; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

61 “Eran líderes pero no jefes los que hablaban, da gusto recibir la palabra del Centro Coordinador. Eran líderes por la palabra y por el respeto,” Dr. Alberto Robredo, Cardiólogo Referente del Hospital Público Materno Infantil de la Provincia de Salta; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

62 “El Programa ofrece una combinación de respeto y expertise técnica,” Dra. Josefa Rodríguez, Ex-Directora Ejecutiva del Hospital Garrahan; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

63 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador del Plan Nacer y Programa SUMAR; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

64 Dra. Breatriz Alejandra Villa, Ex-Coordinadora del Centro Coordinador y actual Directora Médica Ejecutiva del Hospital Garrahan; Entrevista personal, agosto de 2019.

65 “Para nosotros tener el registro de los pacientes es un antes y un después. Antes teníamos en una libreta que no tenía nada que ver con lo que es ahora, entonces la evolución para nuestra organización ha sido mucha.” Dra. Claudia Pedraza, Cardióloga referente, Hospital Interzonal Especializado de Agudos Especialista en Pediatría Sor María Ludovica, Provincia de Buenos Aires; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

Definición de normas y procedimientos

Normas y procedimientos

Para superar la fragmentación que caracteriza al sistema de salud público en Argentina y lograr un funcionamiento en red, fue necesario crear y acordar un conjunto de normas y procedimientos asistenciales a ser respetados por todos los actores intervinientes. Con el apoyo del Consejo Consultivo, el MSN definió las guías y protocolos de atención para la atención integrada de las CCs, que constituyen la base del marco normativo que regula el funcionamiento de la red asistencial. Dichas guías se utilizaron para definir los requerimientos de acreditación que deben cumplir los establecimientos tratantes y de referencia. También sirvieron para definir los criterios de asignación de pacientes por el CCD y las rutas asistenciales que trazan las acciones de los profesionales involucrados en el proceso de atención y que definen con claridad “quien” hace “que”.⁶⁶ Estas reglas asistenciales creadas para ordenar y uniformar los procedimientos clínicos de todos los hospitales en la gestión de los pacientes de CCs constituyen un gran logro el marco de la gestión descentralizada de la salud resultante del carácter federal de la Argentina.⁶⁷

Además, se diseñaron registros clínicos estandarizados que deben ser confeccionados en cada instancia del proceso asistencial, tales como la denuncia del caso, derivación, intervención, alta y seguimiento de los pacientes. La estandarización de los registros clínicos no sólo contribuye a mejorar la calidad de la atención, sino que además hace posible el intercambio de información crítica entre los centros intervinientes. Todas estas reglas y procedimientos clínicos y de registro están respaldados por la estrategia de financiamiento que condiciona las transferencias a su efectivo cumplimiento.

El financiamiento de las CCs también demandó la elaboración de un conjunto de reglas y procedimientos administrativos comunes para gestionar las múltiples interacciones que se suceden entre todas

las jurisdicciones y los establecimientos hospitalarios. El equipo del Plan Nacer definió los circuitos operativos de facturación y pago a ser cumplidos por todos los establecimientos y provincias. Los procedimientos administrativos y financieros se anclaron coherentemente a los procedimientos clínicos. Los mismos fueron perfeccionándose a medida que avanzó la implementación de la RFCC. El equipo del Plan Nacer también desarrolló instructivos de las normas y procedimientos referidos a la facturación de las prestaciones y al uso del Plan de Producción y Aplicación de Fondos a modo de facilitar su entendimiento y el cumplimiento homogéneo en todo el país.⁶⁸

Herramientas informáticas

Otro de los factores que contribuyó a la exitosa implementación de la RFCC fue el desarrollo de herramientas informáticas que permitieran el eficiente y transparente funcionamiento asistencial y financiero de la RFCC. Dentro del ámbito asistencial, los sistemas de información fueron instrumentos necesarios y fundamentales para asegurar la uniformidad de los registros clínicos y su disponibilidad para todos los profesionales que intervienen en la ruta asistencial de un paciente de CCs. Dentro del ámbito administrativo, los sistemas de información sirvieron para acortar los tiempos administrativos para la aprobación y pago de las atenciones brindadas.⁶⁹

Los establecimientos de la red deben cumplir con el envío de una serie de reportes clínicos que fueron diseñados para que el CCD pueda monitorear el estado del paciente desde su denuncia hasta el control del mes posterior al alta quirúrgica. Al inicio, los envíos se realizaban vía fax o vía correo electrónico. Si bien este sistema fue útil en el momento de poner en marcha la RFCC, se hizo necesario evolucionar hacia una plataforma de registros electrónicos compartida por todos los establecimientos participantes.⁷⁰ Esto se logró en el año 2012, cuando se incorporó todo el conjunto

66 “En el caso del Hospital de Niños de Tucumán, uno de los mayores beneficios que hemos logrado en estos años es trabajar en el marco de una normativa que fue provista por el Programa y que nos permitió ordenarnos en este circuito que tiene el paciente desde que es diagnosticado hasta que se lo trata y se define donde se lo trata finalmente. Ese circuito del paciente era muy desordenado y era llevado a cabo por experiencias individuales, de donde se había formado el profesional.” Dra. Patricia Baselga, Jefa del Servicio de Cardiología del Hospital del Niño Jesús de la Provincia de Tucumán; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR (2016).

67 Vanina Camporeale, Especialista de Operaciones del Banco Mundial y co-gerente del Proyecto SUMAR; Entrevista personal, agosto de 2019.

68 En los primeros 5 años se elaboraron ocho instructivos diferentes que generan importantes mejoras en los niveles de facturación y cobro de prestaciones y módulos de intervenciones quirúrgicas y hemodinámicas efectivamente brindados.

69 Dr. Santiago Cirio, Ex-Responsable de la Sub-Area Planes Especiales del Plan Nacer/Sumar del MSN; Actual Jefe de Departamento de la Secretaría General del Hospital Garrahan; MSN y Programa SUMAR, (2016).

70 Esta modalidad presentaba varias limitaciones como el flujo unidireccional de los envíos, la ilegibilidad de los datos reportados, la falta de uniformidad de los términos utilizados y la necesidad de hacer un procesamiento manual de la información.

de reportes a la plataforma tecnológica del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA) del MSN que integra los diversos registros de salud existentes. La utilización de la plataforma SIISA fue un avance notable para la mejor gestión y coordinación de la RFCC. El módulo de CCs del SIISA se constituyó en una verdadera historia clínica única de los pacientes tratados dentro de la RFCC. El mismo permite el reporte de casos al CCD en forma electrónica, directamente desde el área de cardiografía del hospital.⁷¹ Por otra parte, el módulo del CCs del SIISA también contribuyó a consolidar el RNCC, el que se nutre de todas las denuncias de CCs al CCD e hizo posible la construcción de las primeras estadísticas nacionales para estas patologías.⁷²

Merece mencionarse que el Plan Nacer también desarrolló un sistema de facturación y liquidación de prestaciones en línea que agilizó la interacción de los establecimientos con los SSPs y con el MSN para el cobro de las intervenciones realizadas. Esta herramienta permitió uniformar los tiempos administrativos para la aprobación y pago de las atenciones brindadas.⁷³

Los Resultados de la RFCC

El impacto de la RFCC fue inmediato y contundente, como lo refleja el aumento en el número de cirugías anuales, la eliminación de las listas de espera y las mejoras en la oportunidad de los diagnósticos. En 2003, se realizaron 930 cirugías de CCs, mientras que otros 1.992 casos de CCs permanecían en lista de espera. Para 2012, el número de cirugías había ascendido a 1.832, con sólo 324 casos de CCs en lista de espera. Una vez resuelto el retraso inicial, el número anual de cirugías se estabilizó, con un promedio anual de alrededor de 1.600 cirugías entre

2013 y 2019.⁷⁴ Además de eliminarse las listas de espera, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía también disminuyó drásticamente, de un promedio de 28 días en 2013 a 16 días en 2019.⁷⁵

Las tareas de coordinación del CCD fueron clave para la oportuna resolución de los casos. Los cardiólogos de los hospitales de referencia destacan que los pacientes tienen asignado un hospital dentro de un máximo de 48 horas después de ser denunciados al CCD, y en menos de 24 horas si se trata de un caso urgente.⁷⁶

Otro logro destacable es que el diagnóstico de las CCs aumentó cerca de un 70% en todo el país. El diagnóstico en las primeras cuatro semanas de vida (neonatos) aumentó aproximadamente un 100% entre 2011 y 2017, lo que a su vez contribuyó a disminuir la edad promedio al momento de diagnóstico de 30 meses a 6 meses durante el mismo período, logro que impacta significativamente en la efectividad del tratamiento.⁷⁷

Las estadísticas vitales de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del MSN también reflejan una posible contribución de la RFCC a la disminución de las muertes infantiles por CCs. En 2008 fallecieron 748 niños menores de 1 año por esta causa, comparado con 678 defunciones por CCs en 2017. Esto es equivalente a una reducción en la tasa de mortalidad infantil por CCs de 1,13 a 0,96 muertes por cada mil nacidos vivos entre 2008 y 2017.⁷⁸ Si bien este logro no puede atribuirse únicamente a la implementación de la RFCC, la interpretación generalizada de las autoridades nacionales y provinciales es que la misma jugó un rol importante para alcanzarlo.⁷⁹

71 “Antes del Programa se enteraban que había un chico con cardiopatías cuando nos veían que íbamos a la dirección a pedir el teléfono para ver adónde conseguíamos una cama para derivar este paciente que tenía que ser operado. Actualmente no pasa eso, no necesita enterarse porque todo esto se hace a través del servicio, y del SIISA y del sistema del Programa.” Dr. Héctor Trungellit, Jefe del Servicio de Cardiología del Centro Provincial de Salud Infantil Eva Perón de la Provincia de Santiago del Estero; cita proveniente de MSN y Programa SUMAR, (2016).

72 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador del Plan Nacer y Programa SUMAR; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

73 Dr. Santiago Cirio, Ex-Responsable de la Sub-Área Planes Especiales del Plan Nacer/Sumar del MSN; Actual Jefe de Departamento de la Secretaría General del Hospital Garrahan; MSN y Programa SUMAR, (2016).

74 Datos suministrados por el Programa SUMAR (2019) al momento del cierre del Programa para ser utilizados en la preparación del Informe de Cierre y Resultados (*Implementation Completion and Results Report - ICRR*).

75 Para casos de CCs a los que se ha indicado tratamiento quirúrgico dentro de un lapso de 30 días. Es importante tener en cuenta que en muchos casos el recién nacido tiene que alcanzar un cierto peso mínimo antes de que la cirugía pueda llevarse a cabo, para lo cual la diferencia de tiempo entre el diagnóstico y la cirugía nunca será cero.

76 “El Plan Nacer nos cambió drásticamente, fue un antes y un después. Antes, se nos moría el 80% de los casos que nos llegaba por espera en la asignación. Hoy a través del Plan Nacer, se destaca que como máximo en 48 horas se asigna el paciente, siendo en menos de 24hs. en caso de tratarse de casos urgentes.” Testimonio de profesional del Hospital Pablo Soria, Provincia de Jujuy; cita proveniente del MSN, Plan Nacer y Programa SUMAR (2013).

77 Sabignoso, M. (2019), *Universalizar la atención de las cardiopatías congénitas a través de una estrategia de financiamiento basado en Resultados*, preparado por Martín Sabignoso; Manuscrito; octubre de 2019.

78 Datos suministrados por el Programa SUMAR (2019) al momento del cierre del Programa para ser utilizados en la preparación del Informe de Cierre y Resultados (*Implementation Completion and Results Report - ICRR*).

79 Dr. Martín Sabignoso, Ex-Coordinador Plan Nacer y Programa Sumar, MSN; Actual Secretario de Equidad en Salud, MSN; Entrevista personal, agosto de 2019.

La implementación de la red también hizo posible regionalizar el tratamiento de las cardiopatías. En 2017, sólo el 1% de los pacientes fue intervenido fuera del esquema de regionalización pretendido. Asimismo, el nuevo modelo organizacional sirvió para optimizar los recursos disponibles, tal como lo ilustra la experiencia del Hospital Garrahan. En el 2008 el porcentaje de cirugías de CCs de alta complejidad en dicho establecimiento era cercano al 60%. En el 2011, un año después de la puesta en marcha de la RFCC, ese tipo de intervenciones representó más del 90% de las intervenciones, demostrando el impacto de la mano ordenadora del CCD en alinear la capacidad de prestación de los hospitales tratantes con la complejidad de las intervenciones que realizan.⁸⁰

La valoración de la red por los pacientes también es muy positiva. La encuesta de satisfacción realizada por el equipo del Plan Nacer en 2013 mostró una alta satisfacción de los pacientes con la atención brindada por todos los establecimientos de la RFCC. El 98% de los usuarios calificó como “muy bueno” o “bueno” el servicio en los establecimientos de referencia, y el 97% reportó la misma calificación para los establecimientos tratantes.⁸¹

Algunas Lecciones y Reflecciones Finales

La experiencia de Argentina en el desarrollo e implementación de la RFCC para el diagnóstico, tratamiento y cobertura de las CCs aporta valiosos aprendizajes, los que puede ser de utilidad en el diseño de redes integradas de salud en términos de gobernanza, financiamiento e implementación. A continuación se presentan las principales reflexiones y lecciones aprendidas:

El tener un entendimiento cabal de la problemática a ser atendida es un requisito previo al diseño de programas públicos efectivos.

Un denominador común en la experiencia de implementación de la RFCC fue la importancia asignada

por las autoridades sanitarias a la necesidad de entender plenamente los desafíos que plantean las CCs en el contexto específico de Argentina como condición previa a la acción. Un primer ejemplo fue la encuesta nacional realizada por la DINAMI en 2003-2004, con la que se obtuvieron los primeros datos reales sobre el número de cirugías anuales de CCs que se realizaban en el país, las listas de espera en los principales hospitales públicos de pediatría y un inventario preliminar de la capacidad quirúrgica existente en el sector público. Con el déficit en la capacidad prestacional cuantificado, el MSN pudo entonces dar los primeros pasos hacia la eliminación de las listas de espera de CCs dentro del marco del PNCC.

Un segundo ejemplo fue el estudio de diagnóstico comisionado por el equipo del Plan Nacer para explorar la viabilidad de incluir las CCs dentro del paquete de beneficios del programa. La contribución de este estudio al diseño de la RFCC dentro de la órbita del Plan Nacer fue de primordial importancia. El mismo sirvió para identificar claramente las limitaciones estructurales en la capacidad prestacional, no sólo en términos de recursos (es decir, recursos humanos y equipamiento), sino también aquellas de carácter organizativo y administrativo. Asimismo, el análisis de costos detallado fue un insumo clave para poder cuantificar en forma acertada los incentivos de financiamiento a ser ofrecidos dentro de la RFCC. Las autoridades de MSN consideraron que la contribución de este estudio de diagnóstico fue de tal importancia que posteriormente adoptaron la misma modalidad para evaluar la capacidad agregada del sistema de salud pública para el tratamiento de pérdida auditiva, las enfermedades crónicas no transmisibles y la fertilización asistida.

Un sistema de incentivos bien diseñado puede ser un instrumento efectivo para fomentar la cooperación inter-jurisdiccional en un sistema de salud federal y descentralizado.

Si bien era claro que la implementación de la RFCC resultaría en beneficios sustanciales a nivel agregado, la misma también requería sacrificios por parte de los actores individuales. Para inducir la participación de los distintos actores y superar cualquier posible resistencia, el diseño de la RFCC introdujo un sistema de incentivos, tanto de financiamiento como de inversión. Estos incentivos sirvieron para asegurar que la participación en

⁸⁰ Sabignoso (octubre de 2019).

⁸¹ Plan Nacer (2013), *Monitoreo de la satisfacción del usuario y de la calidad de atención del Plan Nacer*, Convenio Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación y el Estudio Villares y Asociados SRL y RV Consultores S.A. - MFG Consultores.

la RFCC fuera beneficiosa para todos los actores, no sólo a nivel colectivo sino también a nivel individual.

Los incentivos basados en resultados pueden ser efectivos en inducir un mejor desempeño.

Los incentivos ofrecidos dentro de la RFCC apuntan no sólo a promover la participación de los distintos actores sino también a inducir niveles más altos de desempeño. Al vincular los incentivos de financiamiento a la provisión de servicios de salud bajo un modelo de pago por resultados, se alienta a los hospitales participantes a hacer “más,” o sea, a aumentar su producción. En el caso de los hospitales de referencia, los pagos por resultados estimulan el diagnóstico de CCs y el seguimiento postoperatorio. Asimismo, en el caso de los hospitales tratantes, los pagos por resultados ofrecen un incentivo económico para aceptar y brindar tratamiento a los casos de CCs derivados por el CCD. Estos incentivos han demostrado ser muy efectivos en inducir niveles más altos de producción, como lo demuestra el aumento en los diagnósticos y cirugías de CCs.

Asimismo, los pagos por resultados también contribuyen a la eliminación de limitantes en la oferta prestacional de los hospitales de la red, ya que los mismos deben ser invertidos dentro de las unidades de cardiología. De esa manera, se espera crear un ciclo virtuoso en el que una mayor producción por parte de las unidades de cardiología genere recursos adicionales que, a su vez, permitan expandir aún más su capacidad de producción.

Cabe destacar que, tanto los hospitales de referencia como los de tratamiento, recibieron también un aporte inicial significativo en términos de equipamiento y capacitación del personal médico. De esta forma, se les proporcionó los insumos necesarios para poder aumentar sus niveles de producción, aliviando algunas de las limitantes preexistentes en la oferta prestacional.

Los sistemas de incentivos deben ser complementados con mecanismos de control de calidad.

Si bien los incentivos basados en resultados son herramientas poderosas para alinear los esfuerzos de los distintos actores, no son suficientes para garantizar

el cumplimiento de estándares de calidad. En otras palabras, si bien los incentivos de financiamiento basados en resultados son efectivos para inducir a los hospitales a hacer “más,” no son suficientes para garantizar que lo hagan “mejor,” o al menos “bien.” A tal efecto, el diseño de la RFCC incluyó también un robusto conjunto de mecanismos de control para garantizar que la calidad de los servicios prestados por los hospitales participantes cumplan con los lineamientos definidos por el MSN.

La primera instancia de control de calidad es la acreditación previa de los hospitales tratantes. Como requisito de participación en la RFCC, los hospitales tratantes deben someterse a un riguroso proceso de acreditación *ex-ante*, en el que se determina su nivel de atención en función de los criterios definidos por el MSN y el CCD.

Una vez ya incorporado a la RFCC, el desempeño de los hospitales en cuanto a la calidad de las prestaciones mide a través de tres mecanismos complementarios. En primer lugar, el sistema de “*scoring*” proporciona puntajes de desempeño transparentes, objetivos y cuantificables tanto para los establecimientos tratantes como de referencia. Estos puntajes permiten comparar el desempeño entre hospitales, lo que puede ayudar a identificar factores que afectan la calidad. Asimismo, permiten comparar el desempeño de cada hospital en el tiempo, mostrando su evolución. En segundo lugar, las auditorías clínicas brindan la oportunidad de supervisar en profundidad la calidad de la atención de CCs brindada por los hospitales tratantes desde una perspectiva clínica. Estos dos mecanismos de control de calidad no afectan los pagos por resultados percibidos por los hospitales. En cambio, le permiten al CCD y al equipo del Plan Nacer monitorear el desempeño de los establecimientos participantes en cuanto a calidad, ayudando a detectar debilidades y brindar la asistencia técnica necesaria, así como para retroalimentar a los hospitales con observaciones sobre su desempeño individual. También sirven para proporcionar insumos importantes en el momento de la re-acreditación de los mismos. En tercer lugar, las auditorías externas proporcionan una evaluación *ex-post* de los registros clínicos, a modo de verificar el cumplimiento con los estándares de calidad establecidos dentro de la RFCC. En este caso, cuando se identifican fallas en el cumplimiento, los pagos por resultado se ajustan proporcionalmente.

Algunos factores de éxito son más difíciles de replicar que otros.

Para generar y mantener el compromiso de los actores participantes se requiere una multiplicidad de elementos adicionales, tales como reglas transparentes y equitativas, oportunidades genuinas de participación, fuerte apoyo técnico e institucional, herramientas operativas efectivas, y una fluida coordinación. En el caso de la RFCC, la confluencia de esta amplia gama de elementos fue el resultado de la alianza estratégica entre el Plan Nacer

y el CCD. Todas las etapas en el desarrollo del RFCC, desde su concepción y diseño, la construcción inicial y su subsecuente operación, fueron enriquecidas por la relación simbiótica entre el Plan Nacer y el CCD. De los múltiples factores que han contribuido al éxito de la RFCC, la fuerte capacidad gerencial y operativa del Plan Nacer combinada con el indiscutible liderazgo clínico del CCD y el espíritu de cooperación y respeto mutuo exhibido por ambas partes parecerían ser los más difíciles de replicar.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN

Línea de Tiempo	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Plan Nacer/ SUMAR	El Plan Nacer (APL 1) comienza su implementación en nueve provincias del NOA y NEA, introduciendo un Sistema de Seguro de Salud a nivel provincial y un innovador sistema de pagos por resultados para la provisión de cuidados preventivos materno-infantiles a mujeres embarazadas y niños menores de 6 años sin seguro de salud.			El Plan Nacer (APL 2) se amplía para incluir a las 24 jurisdicciones provinciales.		El Plan Nacer está firmemente establecido en las 24 jurisdicciones provinciales, con una fuerte capacidad operativa y una sólida reputación como financiador confiable.
Cardiopatías Congénitas (CCs)		Un grupo de renombrados cardiólogos pediátricos del país llama la atención sobre las fallas estructurales en la atención de CCs.	Aumenta la convicción de las autoridades del MSN de la necesidad de abordar las "causas duras" de la mortalidad infantil, como las CCs, para poder obtener aún mayores reducciones en la mortalidad infantil. Las autoridades de MSN establecen un grupo de trabajo para estudiar la atención de CCs bajo el liderazgo de DINAMI y cardiólogos de los principales hospitales pediátricos en CABA.		Se crea el PNCC siguiendo las recomendaciones del grupo de trabajo de CCs. El mismo introduce el marco conceptual para el desarrollo de una red de prestación de servicios para la atención de CCs a nivel nacional, incluida la creación del CCD. Aunque el PNCC logra eliminar la lista de espera existente para el tratamiento quirúrgico de CCs, el mismo carece de las herramientas institucionales y operativas necesarias para abordar las limitaciones estructurales en la oferta prestacional. Como resultado, una nueva lista de espera se vuelve a generar al año siguiente.	Las nuevas autoridades en el MSN toman la decisión de incorporar la cobertura de CCs al paquete de beneficios prestacionales del Plan Nacer. Presentan su propuesta ante CO.FE.SA. y la misma es aceptada por las autoridades sanitarias de las 24 jurisdicciones provinciales. Las autoridades de Plan Nacer encargan un estudio de diagnóstico de la capacidad prestacional para la atención de CCs a nivel nacional. El mismo proporciona una base sólida para el diseño de la intervención, aportando un diagnóstico preciso de barreras estructurales que impiden una atención de calidad y oportuna de las CCs, así como un análisis detallado de la capacidad prestacional existente y potencial, costos unitarios, etc.

Línea de Tiempo	2010	2011	2012	2015	2018
Plan Nacer/ SUMAR		El Plan Nacer continúa bajo el Programa SUMAR, con su cobertura ampliada para incluir también a adolescentes y mujeres adultas sin seguro de salud.		La cobertura del programa SUMAR se amplía para incluir también a hombres adultos sin seguro de salud.	El Programa SUMAR continúa con el financiamiento de prestaciones de salud para aquellos sin cobertura de salud bajo los Seguros de Salud Provinciales con el apoyo de una nueva operación del Banco Mundial.
Cardiopatías Congénitas (CCs)	<p>Se incorpora formalmente a los beneficios del Plan Nacer la cobertura de CCs para recién nacidos y niños menores de 6 años sin seguro de salud.</p> <p>Se crea el Fondo de Reaseguramiento Solidario y el CCD comienza a funcionar.</p> <p>La RFCC se establece formalmente con la participación de más de 60 hospitales, incluidos 16 hospitales tratantes.</p> <p>Las autoridades de salud provinciales firman convenio con todos los establecimientos tratantes que conforman la RFCC, tanto dentro como fuera de la provincia.</p> <p>Se lleva a cabo la primera ronda de distribución de equipos de alta complejidad entre los hospitales participantes.</p>	<p>La cobertura de CCs bajo el Programa SUMAR se amplía para incluir a adolescentes sin seguro de salud.</p> <p>El tratamiento de CCs de alta complejidad continúa siendo financiado al 100% por el Fondo Solidario, mientras que las intervenciones de baja y media complejidad son co-financiadas por los gobiernos provinciales.</p>	Se lleva a cabo una segunda ronda de distribución de equipos de alta complejidad entre los hospitales participantes.	<p>Se distribuyen ambulancias para el traslado de neonatos entre los hospitales participantes.</p> <p>Se suscriben acuerdos para proporcionar capacitación en los hospitales tratantes de alta complejidad a cardiólogos pediatras dentro de la RFCC.</p>	<p>La RFCC continúa recibiendo financiamiento y apoyo técnico bajo el Programa SUMAR.</p> <p>Se lleva a cabo la primera ronda de re-acreditación de hospitales tratantes, la que resulta en la pérdida de acreditación de tres hospitales tratantes.</p>



WORLD BANK GROUP

©2020 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Reservados algunos derechos. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Banco Mundial, de su Directorio Ejecutivo ni de los países representados por este. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos que figuran en esta publicación. Esta publicación está disponible bajo la licencia Creative Commons de Reconocimiento 3.0 para Organizaciones Intergubernamentales (CC BY 3.0 IGO), <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo>.