



Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales. Dos estudios de caso en la Provincia de Buenos Aires¹

Daniel Maceira²
Alfredo Palacios³

Octubre 2012

¹ Este trabajo fue realizado a partir de un convenio establecido entre el Banco Mundial y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina. Se agradece la colaboración de Marilina Urrutia, Investigadora Asistente del CEDES, en la elaboración del mismo. Especial reconocimiento a los directivos y personal de los Hospitales Provinciales Mi Pueblo, de Florencio Varela, y San Martín, de La Plata por la amplia colaboración a lo largo de este proyecto, como así también a los funcionarios del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que contribuyeron con sus opiniones al desarrollo del trabajo. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente corresponden a aquellas de los directivos de los Hospitales participantes, de las autoridades del Ministerio de Salud Provincial, ni del Banco Mundial. Correspondencia a: danielmaceira@cedes.org

² Ph.D. en Economía. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

³ Maestría en Economía, Universidad Nacional de La Plata, tesis en curso.

1.- Introducción

El nivel de gasto en salud argentino es considerado elevado para el promedio regional, y supera al de naciones latinoamericanas con similar ingreso per cápita. Ello permite exhibir niveles de cobertura satisfactorios en cuanto a acceso físico a servicios y tecnologías, como también a medicamentos necesarios para el tratamiento del primer nivel de atención, de enfermedades crónicas y episodios agudos. Sin embargo, sus indicadores de resultados sanitarios dejan percibir una brecha de eficiencia, en tanto alcanzan valores menos favorables que los esperados a iguales niveles de desarrollo económico y gasto.

Ello refleja la necesidad de avanzar en un análisis desagregado, que permita conocer la composición de ese gasto, qué estructura de aseguramiento garantiza su asignación, y la utilización que de él hacen tanto a nivel provincial y municipal, como en los servicios prestacionales a distinto nivel de complejidad.

La amplia descentralización sectorial en Argentina, tanto entre provincias y municipios con capacidad de financiamiento y prestación autónoma, como de las instituciones de seguridad social, de profunda segmentación, exigen una mirada sub-nacional que identifique como aprovechar los recursos invertidos en el sector. Esta mirada debe concentrar su atención principalmente en los mecanismos de coordinación existentes tanto a nivel de aseguramiento como de gestión de servicios, condición imprescindible en un sistema fuertemente atomizado. Ello es particularmente relevante en el sector público, en tanto constituye el subsistema que captura la cobertura de los grupos relativamente más rezagados económicamente, y que concurren a los servicios en condiciones más vulnerables.

En especial, la estructura de operación de las redes de atención sanitaria constituye un tema clave para conocer el funcionamiento sectorial. Estudios previos muestran la existencia de fallas en los mecanismos de derivación, referencia y contra referencia, que tienden a desvirtuarse o relajarse con el tiempo (Maceira y Kremer, 2009). Ello afecta la calidad de atención y la capacidad de las redes de sostener una estrategia de capacitación e incentivos (tanto monetarios como no monetarios) a los recursos humanos que participan de las mismas (Maceira, 2011). Estos aspectos tienden a agudizarse en momentos de volatilidad macroeconómica, generando dos efectos. El primero de ellos, en el corto plazo, es la necesidad de recurrir a mecanismos informales de asignación de recursos y resolución de necesidades, desarrollando reglas no escritas (Crojethovic y Maceira, 2009). El segundo efecto, de mayor alcance temporal, lleva a una desarticulación de las redes de atención, generando cuellos de botella, espacios vacantes y capacidad ociosa simultáneas, afectando en definitiva la calidad de las intervenciones.

Analizar los determinantes de la calidad de los servicios de salud en las redes hospitalarias públicas desde una mirada sistémica, requiere de un abordaje múltiple, que estudie tanto las estructuras normativas y administrativas, como la gestión de recursos y la operatoria de servicios. Ello involucra un plan de investigación que comprenda tanto el análisis de los marcos formales en los cuales se asienta la red, como la identificación de los actores participantes, los modos de acción cotidiana y los vínculos entre el sistema, los recursos humanos que desarrollan tareas dentro de la red, y los usuarios. La interacción entre factores objetivos y subjetivos dentro del marco de una red de atención permite identificar el modelo de gobernanza de la misma, que afecta directamente la eficiencia con la que opera dicha red.

La falta de un análisis sistemático de la información hospitalaria existente, y la identificación de aquella no recolectada y necesaria para la toma de decisiones, afecta la capacidad del sistema para evaluar su funcionamiento e identificar los espacios de intervención para mejorar su desempeño.

Asimismo, la ausencia de una estructura de gobernanza única entre hospitales, dependientes de niveles provinciales principalmente, hace particularmente relevante avanzar en la definición de una metodología de análisis que permita establecer criterios para evaluar la calidad de los servicios y su capacidad para cumplir con los requerimientos sociales. En particular, las redes de atención de la salud en la Provincia de Buenos Aires cuentan con un desafío adicional en su gestión, en tanto las instituciones hospitalarias en muchas oportunidades dependen de la autoridad provincial, al tiempo que los centros de atención primaria que conforman su red se encuentran bajo dependencia administrativa de los municipios.

El presente documento resume los hallazgos encontrados en el análisis particular de redes perinatales en la Provincia de Buenos Aires, concentrando la mirada desde la perspectiva de la cabecera de red. Para ello se escogieron dos de los hospitales públicos más relevantes de la Provincia, tanto desde una perspectiva de escala de atención como de ubicación estratégica dentro del modelo de atención provincial: el Hospital “San Martín” de La Plata y el Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela.

El proyecto de investigación propone responder a las preguntas planteadas bajo dos dimensiones:

- . Condiciones formales para que los hospitales bajo estudio puedan asumir su papel, analizando los circuitos de tomas de decisiones, los mecanismos de resolución de problemáticas prestacionales y el vínculo entre la norma, la práctica cotidiana y las necesidades de la población usuaria del servicio.

- . Estructura de la red: desde la mirada de cabecera de red, y a partir de la información provista por informantes clave y trabajadores del hospital, establecer los vínculos entre la institución y la red de centros de atención primaria dependiente, así como identificar los vínculos dentro de las regiones sanitarias en las que actúan y sus relaciones extra-región.

En la sección siguiente se desarrolla un debate teórico sobre el funcionamiento de las redes sanitarias, que permite identificar las preguntas de investigación específicas que se procuran responder a lo largo del trabajo, en tanto que la sección tercera resume los criterios metodológicos que se consideraron al momento de implementar el plan de trabajo.

La cuarta sección presenta el marco formal de las redes sanitarias en la provincia, resumiendo la normativa existente, la conformación de redes y las estructuras de funcionamiento de las mismas junto al entorno poblacional que abrevan en ellas. De allí se presentan los mecanismos formales e informales de funcionamiento de las redes, exhibiendo en detalle los casos particulares que dieron lugar al proyecto de investigación.

Las tres secciones siguientes avanzan en la discusión de los resultados alcanzados, tanto desde una perspectiva cualitativa, presentando los hallazgos identificados a lo largo del mapeo de actores de ambos hospitales, como desde una mirada cuantitativa introduciendo la visión de los recursos humanos de ambos hospitales sobre la operatoria de la red. Complementariamente, la sección séptima presenta un análisis de indicadores seleccionados para evaluar cuantitativamente el desempeño de ambas redes de atención.

Finalmente, la octava sección de este trabajo incluye algunas conclusiones alcanzadas a lo largo del estudio, y abre el debate para una agenda de análisis comprehensivo sobre redes de atención perinatal en Argentina.

2.- Marco Teórico y Preguntas de Investigación

Ya hacia finales de los ochenta, OMS/OPS menciona la necesidad de organizar los servicios de salud en niveles de atención, desarrollar sistemas de referencia y contra referencia, y avanzar en una planificación regional de los servicios de salud (OPS, 2009a).

Esta necesidad de niveles de atención integrados y descentralizados fue ratificado por los Estados Miembros de la OPS en el año 2005, mediante la Declaración de Montevideo (OPS, 2005), donde se señala que los modelos de atención de la salud deben fomentar el establecimiento de redes, “como así también de la coordinación social que vele por la continuidad adecuada de la atención”, reforzando la necesidad de incorporar la conducta social como parte de la puesta en práctica del concepto de red sanitaria.

En junio de 2007, la agenda de Salud de las Américas 2008-2017 señala la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local, de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”.

Este planteo considera la necesidad de establecer mecanismos formales y protocolizados de derivación de pacientes, mediante normas que definan ex ante la secuencia de derivación, los criterios bajo los cuales tales derivaciones deben ser realizadas y los instrumentos informativos necesarios (libretas sanitarias, historias clínicas, informatización de los mecanismos de data compartida entre niveles, etc.) que deben ser involucrados en el proceso de derivación. La falta de alguno de estos elementos limita los alcances de las redes formales, aumenta la responsabilidad del trabajador de la salud en un modelo informal y aumenta la exposición al riesgo de los pacientes bajo programa.

Ante la falta de norma establecida, o dada la imposibilidad de llevarla a cabo, se desarrollan estructuras paralelas alternativas que definen los criterios a ser utilizados. En muchos casos, esta discrecionalidad no se encuentra enfrentada a la norma, como es habitual considerar. Por el contrario, su uso complementa a la norma, o la suple en aquellos casos en que existen vacíos normativos, o cuando su uso pone en riesgo la salud del paciente (Crojethovic y Maceira, 2009).

La 49° reunión del Consejo Directivo de la OPS en septiembre 2009, aborda esta temática en un documento dedicado a las Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS (OPS, 2009), en un contexto sanitario tradicionalmente latinoamericano. Según este documento: “la fragmentación de servicios de salud se manifiesta...(por ejemplo)...por demanda reprimida, listas de espera, derivaciones tardías, la necesidad de visitas a múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades de ciertos grupos poblacionales”.

La literatura regional sobre fragmentación de los sistemas de salud en América Latina es profusa (BID 1996; Maceira, 2001 y 2012a, Frenk y Londoño, 1997; entre muchos otros). Esta literatura tiene su correlato en el sistema de salud argentino, con algunas diferencias marcadas a ser tomadas en cuenta dentro del contexto regional (Maceira, 2012b). Tales diferencias se vinculan con la autonomía provincial para establecer estrategias sanitarias descentralizadas, y gestionar recursos a nivel sub-nacional, tanto en provincias como en municipios, como ocurre en las jurisdicciones de mayor escala (Provincia de Buenos Aires, particularmente).

Las particularidades nacionales potencian la fragmentación del modelo de aseguramiento del sistema, especialmente cuando se observa la estructura de gestión

de recursos en coberturas de red. De acuerdo con Dabas (2001) “La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración”. Dicho de otro modo, un sistema de salud en red busca “crear las condiciones para que todas las unidades, instituciones y sectores trabajen sin fusionarse, (aunque) de manera coordinada” (Secretaría de Salud, México, 2006).

Acceso y continuidad en el cuidado de la salud son dos objetivos cardinales en cualquier estrategia de atención primaria (Murray y Berwick, 2003). Obviamente, la presencia de gran nivel de necesidades reveladas en las poblacionales dependientes de la cobertura del sector público, muestran frecuentemente que los requerimientos de cuidado exceden la capacidad de los recursos humanos y/o de la infraestructura para brindar la cobertura necesaria, atentando contra ambos principios.

Si bien existen mecanismos alternativos desarrollados para tender a reducir esa brecha, llamados de “acceso abierto o avanzado”, usualmente los limitados recursos existentes reducen sus posibilidades de su aplicación. La presencia de redes de atención operativamente dependientes de varios principales (centros de atención municipales funcionando bajo la estructura operativa de hospitales provinciales) vuelve aún más compleja esta necesaria coordinación. Así, la gestión operativa de la red ante la necesidad de garantizar continuidad en un modelo descentralizado constituye un desafío de política, lo cual es potenciado por las características de la población que tradicionalmente acude al sistema público de salud, y en particular en el área de perinatología.

El impacto en la equidad del sistema de redes recae entonces en la capacidad de las mismas para operar eficientemente, aumentando la coordinación entre sus partes y eliminando el uso duplicado de recursos, y favoreciendo una modalidad de atención más armónica entre ellas.

Motivos comúnmente identificados como trabas a la eficiencia que afectan la asignación equitativa de recursos pueden observarse en “la falla en los sistemas de referencia y contra referencia, las dificultades con la conducción estandarizada de la información sobre los pacientes a través del sistema de servicios a la salud, entre otras posibles. Por otro, la incidencia de la fragmentación en las redes de servicios ha provocado la duplicación de exámenes de laboratorio, aumento de los costos con afectación en la eficiencia del sistema, pérdida de tiempo en la gestión de recursos y, por lo tanto, impactos negativos en la economía nacional” (López Puig et al, 2009).

Por tanto, la discusión sobre los motivos por los cuales una red de atención falla puede ser vinculados tanto con la estructura de la oferta como con las características de la demanda que acude a los servicios, requiriendo de un abordaje comprehensivo (Goldman et al, 1982).

¿En qué medida la falta de coordinación entre el egreso hospitalario luego del parto y la consulta de contra referencia en el CAPs pone en riesgo la posibilidad de continuarlas acciones de atención primaria?, ¿en qué magnitud las características personales de las pacientes que atravesaron un parto (edad, lugar de residencia, cantidad de hijos, educación) influyen en tal continuidad de cuidados? Éstas, entre otras, constituyen preguntas de investigación en una agenda de análisis de redes perinatales, que serán abordadas en este trabajo.

Es habitual encontrar en los estudios cualitativos sobre desempeño de sistemas de salud, y particularmente en naciones en desarrollo, que la falla característica en la gestión de redes se asocia con la presencia de derivaciones innecesarias por parte de los centros de atención primaria, o en menor medida, con la derivación tardía que pone en riesgo la vida del paciente.

Desde la mirada hospitalaria, las guardias y los turnos en consultorios de los hospitales frecuentemente se congestionan con pacientes cuyos requerimientos de atención podrían haberse resuelto en el primer nivel, impidiendo en ocasiones el cuidado de otros casos de mayor complejidad. La repetición de este tipo de acciones al interior de la red, no hace más que reforzar la costumbre de asistir al hospital como primera fuente de consulta, saltando la estructura formal.

En ocasiones, la literatura ha intentado encontrar las causas de la falta de consulta en los centros de atención primaria a partir del estudio de las características de los pacientes, tal como muestran Waller y Hodgkin (2000). En base a esta investigación, realizada en el Reino Unido, se identifican características socio-demográficas que reducen la probabilidad de consulta (temprana edad, nivel de pobreza relativo), y se descarta la posibilidad de generar mejores mecanismos de acceso a partir de incentivos negativos a los pacientes, debiéndose avanzar sobre las razones que desde la oferta atentan contra tal acceso.

Otros estudios muestran la necesidad de considerar en detalle los determinantes de las conductas de los usuarios, así como sus características (Neal et al, 2001, Wilkinson, 1994). En esa misma dirección Cosgrove (1990), también para el Reino Unido, sugiere que las demoras en entregar turnos y las características de los pacientes influyen en el abandono de la consulta, indicando las principales razones de este comportamiento.

Complementariamente, y desde el lado de la oferta, la derivación temprana de un centro de atención primaria puede vincularse con dos grandes grupos de situaciones, vinculadas con fallas en el mecanismo de derivación (recayendo en la calidad de la consulta, asociada principalmente con el recurso humano residente en el CAPs), o con limitaciones en los recursos físicos, equipamiento o insumos disponibles en el primer nivel, que obligan a trasladar aguas arriba la consulta hacia el hospital de referencia. Identificar la naturaleza de la derivación es relevante desde la mirada del planificador de la red, en tanto hace más eficiente la asignación de recursos resultante, que se concentra en cubrir aquella falencia prevalente (formación de recursos humanos, cantidad de plazas de personal disponibles, falta de equipamiento o insumos, etc.).

Avanzar en la búsqueda de un mecanismo que contribuya a separar estas distintas realidades, desde un escenario de información asimétrica por parte de la cabecera de la red, refleja uno de los objetivos adicionales de este trabajo.

“El hospital de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) requiere un modelo de organización y gestión diferente al de un organismo autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos, con el objeto de lograr mancomunadamente ciertas metas e impactos en una población determinada” (Artaza Barrios, et al, 2011).

El decir, la idea no es transferir o absorber riesgos en la cadena de servicios porque el “output” o resultado esperado es común. En la medida que la red no sea observada como tal por aquellos involucrados en la gestión cotidiana de la misma, lleva a establecer estructuras compartimentadas entre espacios de acción dentro de las mismas, lo que concluye en la definición de esquemas de transferencia y absorción de riesgos financieros y sanitarios entre los eslabones de la cadena de cuidados.

La presencia de distintas jurisdicciones representadas al interior de la red, presenta la discusión sobre la estructura de integración vertical de los servicios, no ya en propiedad, sino en estructuras de control. En la medida que las fuentes presupuestarias no se encuentren necesariamente alineadas, la integración de servicios debería trasladarse a la presencia de lazos normativos que permitan distribuir tareas y responsabilidades, alcanzando complementariedad, aunque ello requiere de una estructura común de seguimiento.

Según Artaza Barrios, et al (2011), los atributos esenciales del modelo de redes requeridos son:

- (i) contar con una estrategia, definida en planificación de la red,
- (ii) establecer una estructura, que implica por un lado tener una población y un territorio definido a cargo, y por el otro contar con un sistema de atención integral basado en atención primaria de la salud, y
- (iii) construir una serie de competencias, tales como: conocer las necesidades de la población a cargo, co-organizar protocolos entre los distintos niveles de atención, formar recursos humanos fuera del hospital, y conducir procesos de negociación y concertación de abajo-arriba para convenir formalmente metas y recursos.

Estos argumentos pueden constituirse en las hipótesis de trabajo del presente documento. Sin embargo, y ante la posible presencia de estructuras informales de gestión de servicios, es necesario incluir en el plan de trabajo algunos elementos adicionales que permitan su identificación y operatoria.

En el desarrollo de su trabajo Redes de Salud, Dabas y Perrone avanzan en una definición más amplia del concepto de red. Según ellos, “la metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo, sino que constituyen significaciones en su interacción: en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio... El universo ya no busca la certeza sino la creatividad, la comprensión resulta más importante que la predicción, se revaloriza la intuición y la innovación”. Asocian el concepto de redes sanitarias con el de redes sociales y permiten una revisión de la tensión entre reglas y discrecionalidad, incorporando en la discusión la complementariedad entre norma y las prácticas informales.

Los autores reconocen la presencia de esta complementariedad y proponen incorporarlas al análisis como un mecanismo eficiente de asignación de recursos. Para ello, proponen “niveles” de redes: personales, comunitarias, institucionales de servicios e intersectoriales, todas partes de un ámbito a considerar al momento de diseñar una red formal de servicios de salud, donde tanto la sistematización de conductas y reglas como la incorporación de prácticas y conductas no-institucionalizadas hacen su aporte. Este abordaje es recuperado por Crojethovic y Maceira (2009) en el análisis de la gestión de medicamentos en épocas de volatilidad macroeconómica en la Ciudad de Buenos Aires, y posteriormente en el análisis de los determinantes de la producción pública de medicamentos en Argentina (Maceira et al, 2011). Ambos estudios permiten identificar en el campo cómo las prácticas informales no necesariamente debilitan la estructura formal de gestión, sino que la sostienen en un esquema de desequilibrio entre las necesidades y la oferta institucional.

De todos modos, si bien Dabas y Perrone valorizan la presencia de prácticas informales, concluyen que las redes de servicios no deben dar por hecho que “la resolución de creación” las establece por sí mismas, recuperando la necesidad de una estructura formal que sostenga el funcionamiento de la cadena de prestación.

Por ello, el presente trabajo inicia su desarrollo en la identificación de mecanismos formales de estructura de redes, la presencia de normativa escrita sobre la constitución de las mismas, y la definición de protocolos aprobados por la autoridad de control sobre los criterios de derivación, identificando la información respaldatoria que se requiere acompañar en cada uno de estos eventos. A partir de esta plataforma, se analizarán los criterios complementarios que establecen la estructura de la red (la “resolución de creación” al decir de Perrone y Dabas), que definen las reglas informales de acción entre los distintos estadios de la red de servicios. Ello se acompañará con un análisis de la mirada del personal que desarrolla tareas dentro de

la red, sus vínculos y apreciaciones sobre los mecanismos de toma de decisión, y sobre las estructuras de procesos efectivamente llevadas a cabo.

Como un paso posterior, el estudio propone un análisis complementario dirigido a establecer los criterios de referencia de pacientes desde los centros de atención a los hospitales, proponiendo criterios para identificar calidad de derivación, separándolas de las características de las pacientes y su entorno.

3.- Metodología y Plan de Trabajo

El plan de trabajo incluyó una primera etapa de revisión de literatura sobre funcionamiento de redes de atención sanitaria, a fin de organizar la estructura del trabajo. Asimismo, la revisión bibliográfica permitió la discusión de algunos aspectos teóricos provenientes de la microeconomía aplicada, y fundamentalmente de la teoría de la organización industrial que facilitaron el abordaje posterior, y que fueron objeto de la sección previa.

A partir de ello se procedió a la recolección de normas provinciales, hospitalarias y de programas, como también del análisis de circuitos administrativos y operativos al interior de cada hospital, y entre el hospital y la red. Este análisis incluyó el abordaje de las regiones sanitarias instituidas como parte de la estructura de gestión sanitaria de la Provincia de Buenos Aires. Para ello, se recurrió a las páginas web institucionales del Ministerio de Salud provincial, a la lectura de la normativa vigente, y particularmente al aprendizaje surgido de las entrevistas con actores clave en el funcionamiento de las redes perinatales de la provincia, tales como el Director de Hospitales provincial, responsables de la Dirección de Regiones Sanitarias de la Provincia, y del Programa Materno-Infantil.

En tercer lugar se recogió información sobre la operatoria de las cabeceras de red en el área de perinatología, para ambos casos estudiados. Se escogieron dos hospitales con capacidades y desempeños reconocidos en la Provincia de Buenos Aires, a fin de establecer un parámetro que facilite el desarrollo de una metodología institucional. Claramente su elección no es aleatoria, y necesariamente no representa la realidad de otros hospitales públicos de la provincia.

En cada caso se desarrollaron un conjunto de entrevistas en profundidad con un grupo de aproximadamente cuarenta funcionarios, profesionales y otros trabajadores de la salud de ambas instituciones. En cada hospital, la dirección proveyó al equipo de investigación de la nómina de recursos humanos para las áreas de obstetricia y neonatología, incluyendo información sobre edad, sexo, antigüedad en la institución y tareas desempeñadas (por área: médicos/as, residentes por año, enfermeras y obstétricas). El equipo de trabajo organizó tales grillas, seleccionando grupos de personas a ser entrevistadas, y cantidad de individuos por grupo, sobre los cuales la dirección de cada hospital facilitó las entrevistas con una muestra representativa de los mismos. Las entrevistas tuvieron lugar en instalaciones propias de la institución, ya sea en las oficinas de los Directores y Jefes de Servicio, como en espacios comunes de uso restringido del personal de cada hospital.

Las guías de entrevistas semi-estructuradas con el Director/a de cada hospital, personal jerárquico de las áreas de administración, y recursos humanos de cada área bajo estudio permitió conocer, más allá de la norma, los mecanismos de toma de decisión al interior del hospital, los vínculos formales e informales entre el hospital y el Ministerio, aguas arriba, y con los prestadores de la red, aguas debajo en la estructura vertical de atención.

En paralelo, la Dirección de cada Hospital distribuyó en ambos departamentos un cuestionario desarrollado por el equipo del proyecto con preguntas de elección múltiple. Las encuestas fueron respondidas anónimamente, y contaron con una

adherencia de aproximadamente el 50% del personal de perinatología de cada institución. Esta información fue procesada mediante el uso de paquetes estadísticos, dando lugar a un grupo de cuadros y tablas para análisis.

Finalmente, el proyecto contó con la información procedente del Sistema de Información Perinatal (SIP), el cual contiene información sobre la madre, las características del embarazo, el parto y el/la recién nacido/a de cada hospital, para un período definido entre mayo de 2011 y junio de 2012 para el Hospital San Martín, y entre enero de 2010 y junio de 2012 para el Hospital Mi Pueblo. Estas bases de datos contienen aproximadamente 1639 y 8951 entradas, respectivamente, que fueron armonizadas y analizadas, permitiendo generar una serie de cuadros y tablas de caracterización para un conjunto de variables de interés, cuyo análisis es objeto de la sección séptima del presente estudio.

Complementariamente, y para el caso del Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela, la Dirección facilitó el acceso a la base del Departamento de Referencia y Contra referencia gestionado desde las instalaciones del Hospital con recursos del Municipio. Las planillas de Excel facilitadas por el personal del Departamento permitieron analizar el seguimiento de 1426pacientes una vez que la madre y el niño dejan el hospital, con información particular sobre características de la madre, lugar de residencia, y centro de remisión. La data se completa con información que establece la diferencia en días entre el alta y la fecha de control en el centro de atención primaria, como así también la asistencia a la misma.

Finalmente, se accedió a la base de consultas sobre referencia de los centros de atención primaria del área programática del Hospital “Mi Pueblo” hacia el Centro de Atención “Villa Vatteone”. El mismo es una institución de complejidad intermedia, creado hace aproximadamente un año, y que cumple las funciones de derivación de primera instancia de casos considerados de riesgo intermedio por el personal de los centros del área programática. La información provista facilitó el análisis de los diagnósticos de derivación hacia el Centro Villa Vatteone, y el tratamiento recibido, y su contra referencia hacia el centro de origen o su derivación al hospital, de acuerdo al grado de riesgo identificado. La información, compuesta de 1338 casos en su base original, fue armonizada y analizada, siendo sus conclusiones presentadas también en la séptima sección del presente informe.

En base a la información provista por las áreas perinatales de ambos hospitales y la información complementaria mencionada, fue posible avanzar en la identificación de patrones de consulta e internación de pacientes y origen de los casos tratados. A partir de ello se analizaron las características observables de los pacientes, buscando asociaciones complementarias y estableciendo una tipología de casos tratados en las cabeceras de red.

Estos insumos, en su conjunto, permitieron un análisis cuali-cuantitativo de ambas cabeceras de red, a partir del cual se elaboró el documento final del proyecto.

La metodología implementada a lo largo del trabajo concentra la mirada del funcionamiento de la red en el hospital de cabecera de la misma. El estudio no contó con información –salvo en el caso Villa Vatteone- de la mirada desde los centros de atención primaria, como tampoco se tuvo acceso a la devolución de las usuarias, identificando su opinión sobre la evolución del embarazo y el tratamiento recibido a lo largo del mismo en cada espacio de la red de atención.

Si bien ello limita el análisis de elementos relevantes del funcionamiento de las redes, que podrían ser incluidos en un emprendimiento posterior, permite observar la red a partir de la mirada de su vértice (el hospital de cabecera), con un nivel de información similar al mismo, y por tanto con iguales debilidades al momento de establecer un tratamiento con la data disponible. Particularmente: ¿ha sido la paciente embarazada consistente con los controles durante el embarazo?, ¿en qué medida el centro de

atención primaria le proveyó el apoyo y la asistencia necesaria durante el mismo?, ¿cuáles son las limitaciones de estos centros en términos de dotación de recursos humanos e insumos que le impiden o entorpecen un seguimiento más eficaz de los pacientes a su cargo?

Como fue planteado en el marco teórico previo, la presencia de información asimétrica entre los diferentes actores participantes aleja al desempeño de la red de su comportamiento más eficiente y eficaz socialmente. Esta restricción forma parte de la gestión de la red, desde cada uno de los puntos de atención, como también define un desafío para el equipo de investigación encargado de analizar tal comportamiento. Por tanto, el trabajo, en cierta medida, propone mecanismos alternativos para identificar conductas de cada uno de los actores, permitiendo en algunos casos asignar vínculos causales entre el resultado observado del sistema sanitario y los participantes del mismo.

4.- Redes en la Provincia de Buenos Aires

4.1.- Características Socio-Sanitarias

La provincia de Buenos Aires, con el 38,9% de la población del país, constituye la jurisdicción más poblada de la Argentina. Su densidad poblacional es de 51,2 personas por kilómetro cuadrado, superando en cinco veces el promedio nacional. Desde una perspectiva sanitaria, la provincia se encuentra dividida en doce regiones, dentro de las cuales se distribuyen los 135 municipios bonaerenses, localizándose las instituciones hospitalarias bajo análisis en las regiones VI y XI respectivamente.

La Región VI, donde se ubica el Hospital Mi Pueblo, de Florencio Varela, constituye la Región de mayor peso poblacional de la provincia, con el 24,1% de sus habitantes; en tanto la Región XI, asiento del Hospital San Martín de La Plata, alberga al 11,4%. Ambas, junto con las Regiones V y VII representan las cuatro áreas sanitarias de mayor participación poblacional, reuniendo entre ellas el 70% de la provincia.

La Región XI lidera el crecimiento poblacional entre los censos 2001 y 2011, con un 41,5% de incremento, más de tres veces el promedio provincial. Asimismo, estas dos regiones superan holgadamente la densidad poblacional de la provincia y del país: en tanto la nación y la provincia de Buenos Aires cuentan con densidades de 10,7% y 51,2% respectivamente, las Regiones bajo estudio cuentan con indicadores de 5390 y 3202 personas por kilómetro cuadrado, respectivamente (ver Tabla 4.1). Una apertura por departamento de las regiones VI y XI se encuentra disponible en el Anexo.

La distribución de establecimientos por Región Sanitaria, y de acuerdo a su dependencia administrativa, se presenta en la Tabla 4.2. Se observa que en 2010 del total de 351 establecimientos provinciales con internación, 276 son municipales, 70 provinciales y solo 5 dependen de la autoridad nacional, refiriendo el marcado esquema descentralizado de la provincia de Buenos Aires, reuniendo entre todos ellos 27.816 camas. Particularmente, en el primer nivel de atención la estructura municipal es casi excluyente, dependiendo de los departamentos 1.803 instituciones, de un total de 1.816. Presente en el Anexo se encuentra la desagregación de instituciones para las dos Regiones sanitarias bajo estudio, así como sus respectivos mapas con la distribución de establecimientos hospitalarios.

De la relación entre establecimientos y población residente, es posible establecer una tasa de disponibilidad de establecimientos a nivel del total provincial y por Región Sanitaria. La Tabla 4.3, presentada a continuación, muestra la tasa cada cien mil habitantes y cada diez mil habitantes de los establecimientos con y sin internación, respectivamente, para los períodos 2001 y 2010, y su variación entre períodos. La

Tabla se completa con el indicador de camas cada mil habitantes para cada año mencionado.

Tabla 4.1

Población total, variación intercensal absoluta y relativa, participación en la provincia, superficie y densidad poblacional. Total país, total provincia y regiones sanitarias.							
Región sanitaria	Población total		Variación intercensal absoluta	Variación intercensal relativa (%)	Participación en la Provincia	Superficie (km ²)	Densidad de población
	2001	2010					
Total País	36.260.130	40.117.096	3.856.966	10,6		3,745,997⁽²⁾	10,7⁽³⁾
Total Provincia	13.827.203	15.625.084	1.797.881	13,0	38,9⁽¹⁾	304.907	51,2
Región sanitaria I	627.507	655.792	28.285	4,5	4,2	79.433	8,3
Región sanitaria II	248.482	262.038	13.556	5,5	1,7	41.277	6,3
Región sanitaria III	243.411	250.726	7.315	3,0	1,6	19.904	12,6
Región sanitaria IV	522.532	560.656	38.124	7,3	3,6	16.950	33,1
Región sanitaria V	2.814.787	3.131.892	317.105	11,3	20,0	4.983	628,5
Región sanitaria VI	3.407.415	3.768.994	361.579	10,6	24,1	1.177	3.202,5
Región sanitaria VII	2.044.823	2.253.772	208.949	10,2	14,4	2.844	792,4
Región sanitaria VIII	1.040.139	1.150.290	110.151	10,6	7,4	45.171	25,5
Región sanitaria IX	296.687	311.765	15.078	5,1	2,0	47.638	6,5
Región sanitaria X	304.485	323.224	18.739	6,2	2,1	19.756	16,4
Región sanitaria XI	1.021.647	1.180.119	158.472	15,5	7,6	25.445	46,4
Región sanitaria XII	1.255.288	1.775.816	520.528	41,5	11,4	329	5.394,0

Notas:

(1) Se refiere a la participación porcentual de la población de la Provincia respecto a la población del país.

(2) La superficie total del país es de 3.761.274 km². A los fines del cálculo de densidad de población, se consideró la superficie correspondiente al Continente Americano: 2.780.400 km² (sin incluir las Islas Malvinas: 11.410 km²) y al Antártico: 965.597 km² (incluyendo las Islas Orcadas del Sur). Tampoco se consideraron las islas australes (Georgias del Sur: 3.560 km² y Sandwich del Sur: 307 km²).

(3) La densidad media es de 14,4 hab/km², excluyendo los departamentos de Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010) y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (Dirección Provincial de Estadística, Subsecretaría de Hacienda).

El análisis comparado sugiere la existencia de una importante brecha entre Regiones. En particular, la disponibilidad de infraestructura difiere marcadamente en las regiones más densamente pobladas, en tanto que se evidencia un crecimiento de la oferta que no necesariamente se corresponde con la evolución demográfica, particularmente en lo que refiere al número de camas de internación, que ha caído marginalmente entre períodos. Sin embargo, la inversión en establecimientos sin internación logra superar el aumento de población en nueve de las doce regiones sanitarias.

Tabla 4.2

Número de establecimientos con y sin internación, y camas disponibles. Dependencia provincial, municipal y nacional. Año 2010. Total provincia y regiones sanitarias.												
Región sanitaria	Total oficiales			Provinciales			Municipales			Nacionales		
	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas
Total Provincia	351	1.816	27.816	70	12	12.517	276	1.803	13.525	5	1	1.774
Región sanitaria I	52	146	2.223	1	-	300	51	146	1.923	-	-	-
Región sanitaria II	36	83	1.545	1	-	78	35	83	1.467	-	-	-
Región sanitaria III	25	68	1.042	1	-	156	24	68	886	-	-	-
Región sanitaria IV	21	134	1.490	3	-	441	18	134	1.049	-	-	-
Región sanitaria V	35	300	3.305	8	2	1.079	27	298	2.226	-	-	-
Región sanitaria VI	27	358	3.893	18	1	3.487	8	357	403	1	-	-
Región sanitaria VII	22	178	4.903	7	2	2.271	12	176	925	3	-	1.707
Región sanitaria VIII	39	155	2.211	3	3	621	35	151	1.526	1	1	64
Región sanitaria IX	27	92	1.480	4	1	258	23	91	1.222	-	-	-
Región sanitaria X	21	83	953	3	-	271	18	83	682	-	-	-
Región sanitaria XI	40	147	3.978	19	3	3.097	21	144	881	-	-	-
Región sanitaria XII	6	72	793	2	-	458	4	72	335	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Tabla.4.3

Establecimientos con internación cada 100,000 hab., sin internación cada 10,000 hab. Y camas disponibles cada 1,000 hab. Años 2001, 2010 y variación relativa. Total provincia y regiones sanitarias.									
Región sanitaria	Establecimientos con internación cada 100,000 hab.			Establecimientos sin internación cada 10,000 hab.			Camas disponibles cada 1,000 hab.		
	2001	2010	n relativa	2001	2010	n relativa	2001	2010	n relativa
Total Provincia	2,3	2,2	-3,8	1,1	1,2	1,8	1,9	1,8	-5,8
Región sanitaria I	6,5	7,9	21,4	2,0	2,2	10,0	3,3	3,4	2,5
Región sanitaria II	14,1	13,7	-2,5	2,8	3,2	12,4	5,5	5,9	6,3
Región sanitaria III	7,4	10,0	34,8	2,3	2,7	17,9	3,5	4,2	17,1
Región sanitaria IV	3,6	3,7	3,0	2,3	2,4	3,2	2,8	2,7	-5,1
Región sanitaria V	1,1	1,1	4,9	1,0	1,0	-7,0	1,0	1,1	3,2
Región sanitaria VI	0,9	0,7	-21,3	1,0	0,9	-0,1	1,1	1,0	-7,3
Región sanitaria VII	0,9	1,0	5,1	0,6	0,8	27,2	2,2	2,2	-0,3
Región sanitaria VIII	3,6	3,4	-4,7	1,2	1,3	10,4	2,1	1,9	-7,5
Región sanitaria IX	8,4	8,7	2,8	2,4	3,0	25,1	4,7	4,7	2,1
Región sanitaria X	7,2	6,5	-10,1	2,5	2,6	4,3	3,2	2,9	-8,6
Región sanitaria XI	3,1	3,4	8,2	1,3	1,2	-5,0	3,9	3,4	-13,8
Región sanitaria XII	1,1	0,3	-69,7	0,5	0,4	-10,7	0,6	0,4	-19,3

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010), y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

En términos de las variables de resultado de salud, la tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Buenos Aires se ha visto drásticamente reducida, con la excepción de la IX Región. El promedio provincial pasó del 14,8/oo en 2001 al 11,7/oo en 2010, lo que representa aproximadamente un 21% de disminución. Estas caídas fueron más evidentes en las regiones densamente pobladas, tanto en la VI (disminución del 18,8%) y la XI (caída del 20,5%), como en las Regiones V, VII y IX, con brechas del -23.5%,-24% y -36,5%, respectivamente.

De la apertura de estas tasas de mortalidad infantil entre sus componentes neonatal y post-neonatal surgen mejoras significativas en estas últimas, con reducciones superiores al 10%, con sólo dos excepciones (la Región VII, aunque con caída del 7,8%, y el aumento del 10,5% en la cuarta Región). La disminución de la mortalidad neonatal al nivel provincial es de 18,7%, pasando de 9,1/oo en el 2001 al 7,4/oo en el 2010, evidenciando grandes brechas entre Regiones: el incremento de 15,3% en la Región IX contrasta con la caída del 32,3% en la Región XII.

Tabla 4.4

Tasa de Mortalidad infantil y componentes. Años 2001, 2010 y variación relativa.									
Total país, total provincia y regiones sanitarias.									
Región sanitaria	Tasa de Mortalidad Infantil			Tasa de Mortalidad Neonatal ⁽¹⁾			Tasa de Mortalidad Postneonatal ⁽²⁾		
	2001	2011	Variación relativa (%)	2001	2011	Variación relativa (%)	2001	2011	Variación relativa (%)
Total País	16.3	11.9	-27.3	10.6	7.9	-25.8	5.6	4.0	-28.8
Total Provincia	14.8	11.7	-20.9	9.1	7.4	-18.7	5.7	4.4	-22.8
Región sanitaria I	11.2	10.0	-10.7	7.2	7.1	-1.4	4.0	2.9	-27.5
Región sanitaria II	11.9	11.5	-3.4	7.2	7.4	2.4	4.8	4.1	-13.7
Región sanitaria III	10.8	9.8	-9.3	5.8	5.4	-6.9	5.0	4.4	-12.0
Región sanitaria IV	11.8	10.7	-9.3	8.1	6.5	-19.8	3.8	4.2	10.5
Región sanitaria V	15.3	11.7	-23.5	9.5	7.5	-21.1	5.8	4.3	-25.9
Región sanitaria VI	16.0	13.0	-18.8	9.5	8.2	-13.7	6.5	4.8	-26.2
Región sanitaria VII	15.5	11.8	-24.0	10.5	7.2	-31.6	5.0	4.6	-7.8
Región sanitaria VIII	12.7	10.8	-15.0	7.4	6.4	-13.5	5.3	4.4	-17.0
Región sanitaria IX	11.9	12.6	5.9	7.2	8.3	15.3	4.8	4.3	-10.4
Región sanitaria X	12.4	10.2	-17.7	7.3	6.8	-6.8	5.0	3.4	-32.0
Región sanitaria XI	14.6	11.6	-20.5	8.9	7.3	-18.0	5.8	4.3	-25.9
Región sanitaria XII	15.9	10.1	-36.5	9.3	6.3	-32.3	6.6	3.9	-40.9

Notas:

(1) Mortalidad Neonatal es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y cuyo denominador es el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo, expresada por cada 1.000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal).

(2) Mortalidad Post-Neonatal es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y cuyo denominador es el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo, expresada por cada 1.000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc).

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Finalmente, la Tabla 4.5 presenta el indicador de cantidad de partos y cesáreas para el total de la provincia y para cada una de las regiones que la componen, identificando el peso de las cesáreas en el desempeño sectorial. Se evidencia que, con una media cercana al 30%, la tasa de cesáreas se encuentra en 2010 con una marcada dispersión, con un mínimo en la Región VI (35.243 partos con un 21,7% de cesáreas). Ello contrasta con la Región II, donde el nivel de cesáreas alcanza el 55,9% de los 2.614 partos ocurridos en el mismo año, definiendo cierta correlación inversa entre escala e incidencia de estas prácticas. En el Anexo es posible desagregar estos resultados para cada uno de los departamentos integrantes de las Regiones VI y XI.

Tabla 4.5

Total de Partos, Cesáreas y su relación porcentual en establecimientos públicos. Año 2010. Total provincia y regiones sanitarias.			
Región sanitaria	Total		
	Partos	Cesáreas	Relación cesáreas/partos (%)
Total Provincia	140,621	41,956	29.8
Región sanitaria I	5,030	1,751	34.8
Región sanitaria II	2,614	1,461	55.9
Región sanitaria III	2,209	1,095	49.6
Región sanitaria IV	5,112	2,335	45.7
Región sanitaria V	32,715	8,726	26.7
Región sanitaria VI	35,243	7,645	21.7
Región sanitaria VII	22,976	6,551	28.5
Región sanitaria VIII	9,673	4,181	43.2
Región sanitaria IX	2,985	1,341	44.9
Región sanitaria X	2,755	1,301	47.2
Región sanitaria XI	13,896	4,355	31.3
Región sanitaria XII	5,413	1,214	22.4

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

4.2.- Contexto Normativo e Institucional

Originariamente la Ley 7.016 del año 1965 establece la regionalización sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, facultando al Poder Ejecutivo, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, a dividir el territorio de la Provincia en regiones sanitarias. De acuerdo a la norma, se fijarían los límites de las mismas de acuerdo a factores geográficos, demográficos, socio-económicos, de medios de comunicación y transportes, equipamiento y características sanitarias. La ley establece que las regiones sanitarias “estarán a cargo de un profesional médico con título especialista o con experiencia en salud pública”, contando cada una de ellas con un Consejo Técnico Asesor y un Consejo Sanitario.

En su artículo cuarto, la ley establece que las regiones sanitarias deberán desarrollar acciones que lleven al cumplimiento de funciones de recuperación, protección y promoción de la salud, de acuerdo a un criterio unitario siguiendo las normas

emanadas del Ministerio de Salud Pública, siendo la “estructura ministerial central, un ente normativo, planificador, coordinador, supervisor y evaluador de las prestaciones de salud y acercará al terreno y a nivel de región el máximo de ejecutividad, para lograr que las prestaciones integradas de salud, sean realizadas con sentido y ámbito local y regional”.

La Ley 7016, reglamentada por el Decreto 3377 de 2006, determina la Regionalización Sanitaria de la Provincia, derogando el Decreto anterior 805/67. La nueva ley de regionalización establece que “las Regiones Sanitarias funcionan coordinando y ordenando los establecimientos asistenciales en un conjunto orgánico y articulado, conformando una Red Asistencial que vincula de manera racional, eficaz y eficiente, a la oferta de recursos con la demanda de servicios, tanto en el plano de la capacidad instalada como de los recursos humanos y la tecnología disponible, con el fin de lograr el abastecimiento integral, planificado y suficiente de los servicios sanitarios en cada región, para que éstos lleguen a la población garantizando su accesibilidad, calidad, pertinencia y oportunidad”. Estas tareas deben ser desarrolladas “a través de los efectores que constituyen su Red Asistencial, los programas que lleven al cumplimiento de la función primordial de asistir al proceso de atención de la salud de las personas que integran su población bajo cobertura, abarcando las acciones correspondientes a los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, de acuerdo a un criterio unitario y siguiendo las normas emanadas del Ministerio de Salud”.

A su vez, el artículo 3° de la Ley 11.072 establece que los hospitales incorporados al proceso de descentralización tendrán como objetivo “desarrollar las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, asegurando el máximo de ejecutividad para lograr que las prestaciones integradas de salud sean realizadas conforme a las características del ámbito local y regional”.

En particular, el decreto reglamentario 3377 define que “a los fines del cumplimiento de la Ley de Regionalización Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, la conducción, gestión y administración de la Región Sanitaria estará a cargo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, definiéndose a la Región Sanitaria como la Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo a un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud”. La cobertura geográfica de los Entes Descentralizados Hospital Integrado de la Región Sanitaria (EDHIRS) es definida mediante Resolución del Ministro de Salud.

Los Entes Descentralizados Hospital Integrado de la Región Sanitaria están a cargo de un Director Ejecutivo designado por el Poder Ejecutivo, sin concurso, quien tendrá rango y remuneración de Director Ejecutivo de Hospital de Perfil D de acuerdo a lo establecido en las leyes 10.471 y 11.072, careciendo de estabilidad laboral.

Cada Director Ejecutivo de Red tiene como responsabilidad la planificación, programación y conducción del proceso de gestión del Ente Descentralizado, analizando y evaluando el cumplimiento de objetivos, metas y acciones programadas, y asistiendo al Ministerio de Salud de la provincia en materia de “planificación estratégica ... proponiendo la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria”, para lo cual cuenta con un Consejo Técnico Asesor, integrado por los Coordinadores de los Programas Especiales.

En su artículo 15 el Decreto 3377/2006 se establece que los nuevos EDHIRS son organismos que dependen directamente de la Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Cada Región Sanitaria cuenta según la norma con un Consejo Sanitario

presidido por el Director Ejecutivo del EDHIRS, y se encuentra integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios, por representantes de los Colegios Médicos y otras entidades colegiadas, y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud relacionadas con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud.

Asimismo, es responsabilidad de los Directores de Red “ejercer la Supervisión, el Monitoreo y el proceso de Control de Gestión, de las acciones y actividades hospitalarias en los nosocomios integrantes de la Red” y asistir a las autoridades superiores del Ministerio de Salud en el proceso de planificación y administración estratégica, requerir a los establecimientos sanitarios de su área de cobertura geográfica los informes que considere necesarios para un eficaz desarrollo de sus funciones. Por su parte, los Directores de los establecimientos sanitarios son responsables técnica y administrativamente ante el Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, a quien deberán dirigirse para efectuar cualquier tipo de solicitudes relacionadas con adquisiciones y/o aceptación de donaciones, de bienes de capital.

La Resolución 3611 de septiembre de 2008 (modificada por la 3894/08) define la nueva delimitación geográfica de las Regiones Sanitarias, en base a las facultades conferidas por la Ley N° 7.016 y su Decreto Reglamentario N°3377/06. Esta última ley había dividido al territorio de la Provincia en regiones, coordinando y ordenando las instituciones sanitarias, con el fin de lograr el “abastecimiento integral planificado y suficiente de los servicios sanitarios”. Este cambio, se argumentó, fue definido a partir de la necesidad observable de considerar la “evolución tanto en materia de infraestructura hospitalaria, como de crecimiento y movimiento poblacional”.

Particularmente, y a los fines de este trabajo, se destaca que el Decreto 2769 del año 2004 define la transferencia gratuita del Hospital General de Agudos “Mi Pueblo”, de la Municipalidad de Florencio Varela, a la Provincia de Buenos Aires a partir del 1ro. de octubre de ese año.

4.3.- Gestión de Redes y Mecanismos de Coordinación Inter-Jurisdiccional

En la práctica, y especialmente durante los últimos dos años de la nueva gestión ministerial, según representantes de la Dirección Provincial de Redes, se avanza en un proceso de fortalecimiento de los Directores de Regiones. Este proceso se inició a nivel provincial con un aumento de la inversión en equipamiento hospitalario, como así también en el nombramiento y contratación de personal de apoyo, particularmente de enfermería, a lo largo de la provincia. Paralelamente, cada una de las Regiones se encuentra desarrollando “corredores” de atención, articulándose redes que no responden a una organización establecida desde la Provincia, sino que se estructura mediante la operatoria práctica en el campo⁴.

Desde una mirada de Director de Región, la articulación de Redes Sanitarias en la Provincia de Buenos Aires ubica a la gestión en un ámbito de coordinación entre las autoridades provinciales y la administración municipal, donde el espacio institucional de comunicación es el Consejo Sanitario.

En tanto los centros de atención primaria no responden formalmente a la autoridad de la provincia, y dependen presupuestariamente de las autoridades sub-nacionales, como fuera planteado en la sección previa, el espacio del Consejo Sanitario Regional es donde se ubica la tensión entre la dependencia funcional (de los centros con respecto a su hospital de cabecera), y la diferente jurisdicción presupuestaria. Las

⁴ “Nunca puede haber normativas fijas desde el nivel central, puede haber pautas generales, pero después el resto depende de una planificación estratégica de cada región”.

soluciones alcanzadas en estos casos, entonces, reflejan la interacción entre la norma y los mecanismos no-formales de respuesta ante las demandas cotidianas. Las directivas provinciales para desarrollar una estrategia común normalmente se enfrentan a una realidad municipal, en ocasiones caracterizada por falta de insumos, recursos humanos y espacios de capacitación⁵.

La implementación de acciones coordinadas depende entonces de la capacidad municipal de llevar a cabo misiones en el primer nivel de atención, donde la provincia participa mediante transferencia de recursos, principalmente en especie, o a través de desembolsos de planes particulares, tales como el pago a profesionales con fondos del seguro público. En esta instancia, y según directivos provinciales, los aportes del nivel nacional, tales como el programa de médicos comunitarios o el plan Nacer, colaboran para facilitar este vínculo operativo⁶.

El protagonismo de los Directores de Regiones surge en la medida que la provincia establece pautas de implementación de programas o intervenciones en todas las Regiones, distribuyendo fondos asociados a su realización. En tales casos (como por ejemplo el programa de infecciones respiratorias), el Director del EDHIRS cuenta con cierta discrecionalidad para distribuir los recursos recibidos entre los municipios de su Región. Ello por un lado, revaloriza el papel descentralizado de la Región, en tanto que por el otro otorga mayor capacidad organizativa aguas abajo en el sistema de salud, mediante la generación de alineamientos asociados a la posibilidad de asignar financiamiento.

De este modo, la falta de un mandato institucional formal (al igual que el Consejo Federal de Salud entre provincias -COFESA-, los Consejos Sanitarios Regionales no revisten mandato vinculante) se suple con mecanismos políticos de debate y acuerdo. En la medida que las demandas provinciales de implementación de acciones sanitarias se incrementan, más se pone en evidencia la brecha entre la limitada estructura formal de operación entre jurisdicciones con independencia presupuestaria y estratégica en la definición de prioridades, y los mecanismos cotidianos de toma de decisiones.

Paralelamente, el COSAPRO, el Consejo de Salud Provincial, reúne entre dos y tres veces al año a los Secretarios de salud de los municipios con el Ministerio provincial. Estas instancias muestran la necesidad de mayor articulación formal para abordar soluciones duraderas en los mecanismos de atención conjunta de la salud entre las dos instancias de gobierno⁷.

⁵ Una excepción a estos mecanismos específicos de cada Región Sanitaria lo constituye el sistema de emergencias. Existen protocolos para el manejo de emergencias que los diseña e implementa la Dirección de Emergencias de la provincia. Más allá de ello, cada Región Sanitaria establece las pautas de interacción: "...la Región Sanitaria es descentralizada en ciertos aspectos, y desconcentrada en otros, porque el presupuesto se maneja desde el nivel central (...) se puede definir el tema de estudios, derivaciones, planificar acciones regionales con los municipios. No tienen poder desconcentrado para nombrar personal, sólo puede proponerlo".

⁶ "...porque el municipio te pide, y muchos municipios tienen en algún centro de salud recursos humanos, o se les refaccionó el centro de salud, o reciben dinero por medio del Nacer, o tienen médicos comunitarios de Nación, o tienen un montón de profesionales del seguro público de salud, o tienen residencias, o se le fueron entregando insumos todos los meses, o recibieron la coparticipación. Lo que pasa es que la coparticipación, si dijeras que todo lo que se recibe de coparticipación de salud va a salud, sería distinto, pero toda la discusión es porque va a rentas generales. Entonces el secretario de salud tiene que hacer malabares para ver dónde asigna el dinero".

⁷ (En el COSAPRO)... "se estaba discutiendo las leyes de carrera, de tener un sistema unificado de salud. Se estaba definiendo quien tiene que llevar adelante la atención primaria de la salud. En algunos aspectos, decían que tenían que hacerse cargo Nación, o sea, es muy problemático tener 135 sistemas de atención primaria y hospitales municipales que se manejan independientes y que no podés tener normativas fijas porque cada uno lo maneja conforme a su municipio".

Esta estructura normativa genera mecanismos de transferencias de riesgo aguas abajo en la gestión de recursos, y debilita las posibilidades de generar “espacios de coordinación” con objetivos y resultados sanitarios vistos como una construcción común, como fuera presentado en el marco teórico previo. Planteado de otro modo, en el ámbito del Consejo Sanitario de cada Región participan agentes que responden a diferentes principales: el Director de la Red al Ministro de Salud provincial, en tanto que los Secretarios de Salud se remiten al Intendente del municipio⁸.

El correlato de esta relación en la definición de criterios de aseguramiento y gestión de recursos al interior del Consejo Sanitario se reproducen el ámbito de la prestación entre los Hospitales de Cabecera y los Centros de Salud, donde las fallas de coordinación genera transferencias de riesgos que, a la inversa que lo planteado previamente, se realizan desde el municipio hacia la provincia, mediante la dinámica cotidiana de referencias de pacientes hacia los niveles de mayor complejidad.

De acuerdo a la información recogida en el trabajo de campo, el planeamiento de las estructuras de redes se realiza a nivel regional, sin existir protocolos formales o redes establecidas institucionalmente para su funcionamiento. En cada caso cada región define “corredores” de atención que no necesariamente se encuentran plasmados en normativas regionales, y que dependen de la especialidad⁹. Frecuentemente, el mecanismo de derivación es informal, mediante el contacto entre profesionales, que permiten agilizar la estructura de derivación, como también dar seguimiento telefónico a los pacientes remitidos, generando una estructura de contra referencia no-reglada.

La provincia no emite pautas o normas de funcionamiento de red, sino que se opera descentralizadamente a nivel de las Regiones Sanitarias. La falta de digitalización de historias clínicas y estructuras informáticas limita la capacidad formal de establecer mecanismos sistemáticos de referencia y contra referencia, los que descansan en iniciativas locales y personales. La falta de normativa homogénea claramente reduce las posibilidades de seguimiento y evaluación de redes desde la mirada provincial, impidiendo establecer pautas de comparación en el funcionamiento de diferentes corredores con niveles de complejidad similares. Ello, a su turno, se traduce en baja homogeneidad de criterios para definir la referencia o no de un paciente, lo que depende fuertemente de la capacidad de los recursos humanos en el centro de atención y de la disponibilidad de insumos y equipamiento para resolver la consulta.

Del mismo modo, la falta de mecanismos formales de referencia limita la contra referencia y el seguimiento del primer nivel de atención. El mecanismo de información entre diferentes prestadores a lo largo de la cadena de atención no encontró en las entrevistas de campo una respuesta concluyente. La derivación al hospital por parte del centro de atención primaria involucra, en ocasiones, la presencia de libreta sanitaria y presentación de estudios por parte del paciente, y la devolución al centro de origen es escasa, sin existir registros formales intra-red sobre los tratamientos recibidos en instituciones de mayor complejidad.

⁸“...la toma de decisiones a este nivel es relativa, hasta cierto límite se toman decisiones. Por ahí llega un momento en que un secretario de salud dice: esto lo tenemos que consultar con mi intendente...”

⁹“Hay muchas redes informales, a veces se manejan dos sistemas: uno es en forma directa, que se gestiona por contactos informales, que sucede siempre y la otra es cuando sucede una emergencia, y hay que hacer derivaciones de mayor complejidad. En esos casos, se maneja por el responsable de la red de la región sanitaria. Cuando el caso lo toma Emergencias se coordina con las cabeceras de red, que es en realidad lo que se busca con el fortalecimiento provincial de regiones (...) la Dirección de Emergencias Sanitarias busca la cama conforme a la complejidad necesaria; a veces no se da automáticamente por red, porque no hay capacidad instalada, no tenés el lugar como para derivar y termina derivándose a otro lado. Para eso se está trabajando en lo que es el área de informática, en tener un diagnóstico permanente y actualizado de camas críticas y de camas generales de cada hospital.

5.- Redes Formales e Informales

En la sección previa se presentó el andamiaje legal y normativo sobre el cual se han desarrollado las redes sanitarias en la provincia de Buenos Aires, en el marco de la descentralización presupuestaria y de gestión municipal, junto a la desconcentración de funciones a nivel de Regiones Sanitarias.

Como fuera mencionado a lo largo de la misma, y recogiendo las opiniones de informantes clave entrevistados durante el trabajo de campo, la presencia de corredores definidos al interior de cada Región establece un margen amplio de flexibilidad en la administración de las redes. Cada Hospital establece tales corredores de atención mediante consensos locales, sin un andamiaje normativo formal, con escasa protocolización de actividades salvo aquellas asociadas con emergencias, que son centralizadas por una Dirección provincial específica. Esta estructura potencia la relevancia de consultar al nivel local, observando la evaluación del funcionamiento de la red desde la cabecera de la misma.

Esta sección propone abordar esta mirada local mediante el aporte de dos instrumentos de recolección de información, como fuera planteado en el acápite metodológico. En primer lugar, un cuestionario de elección múltiple fue distribuido al universo del personal afectado al área perinatal de ambos hospitales, con una adherencia de aproximadamente el 50% en ambas instituciones, llegando a superar las cien encuestas respondidas. De su carga y procesamiento se desprenden una serie de temáticas que serán presentadas a continuación. Esta información será complementada con los aportes surgidos de entrevistas en profundidad con cuarenta miembros de la planta de ambos hospitales, que representan el universo de médicos, enfermeras, residentes, obstétricas y administrativos de estas instituciones.

El aporte realizado desde una mirada de procesos de prestación de servicios, se verá luego asociado con una mirada de productos y resultados de la cabecera de red, presentes en la siguiente sección.

5.1.- Caracterización del Personal

La encuesta distribuida al personal de servicios logró un grado de adhesión elevado, con 55 respuestas completas en el Hospital San Martín de La Plata, y 58 respuestas en el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.

La distribución en San Martín fue similar entre ambas áreas participantes (obstetricia 27 formularios, neonatología 28). En Varela, el mayor peso se concentró en la unidad de mayor interacción con el primer nivel (obstetricia, con 48 observaciones de un total de 58). Salvo en las categorías de médicos residentes de neonatología y neonatólogos de guardia en el Hospital San Martín, todas las categorías de recursos humanos cuentan con presencia en las respuestas recibidas. La Tabla 5.1.1 resume esta caracterización. En todo caso, la muestra no refleja el mismo peso en médicos que en enfermeras y obstétricas, con aproximadamente un 40% de respuestas incorporadas en el primer caso y para ambos hospitales, y entre un 14% y un 23% en el resto de los grupos de recursos humanos (enfermería y obstétricas).

La estructura de los recursos humanos participantes (Tabla 5.1.2) muestra ser mayoritariamente femenina en el área de obstetricia en ambos hospitales. Con excepción de los médicos obstetras de sala y de guardia en el Hospital Mi Pueblo, donde la proporción de hombres es del 50% y 60% respectivamente, en el resto de las categorías esta relación se revierte, volviéndose exclusivamente femeninas las categorías de obstétricas de sala y de guardia, enfermeras, y residentes de obstetricia. Salvo en el caso de las obstétricas de guardia, donde el promedio de edad es mayor

en el Hospital de Florencio Varela, el personal del Hospital de La Plata cuenta con un promedio de edad mayor. La antigüedad promedio (con la obvia excepción de los residentes) se encuentra en tres los tres y los cinco años. Un cuadro similar, para el sector de neonatología, se presenta como Anexo A6 de este trabajo.

Tabla.5.1.1

Caracterización del personal de servicio: Número de observaciones y participación relativa por área y función.				
Personal de servicio	San Martín (LP)		Mi Pueblo (FV)	
	N	%	N	%
Obstetricia	27	50,9	48	82,8
Médico obstetra de la sala	7	25,9	4	8,3
Médico obstetra de la guardia	8	29,6	9	18,8
Obstétrica de la sala	3	11,1	7	14,6
Obstétrica de la guardia	2	7,4	11	22,9
Médico residente de gineco-obstetricia	2	7,4	6	12,5
Enfermero de gineco-obstetricia	5	18,5	11	22,9
Neonatología	28	49,1	10	17,2
Neonatólogo del servicio	10	35,7	1	10,0
Neonatólogo de la guardia	0	0,0	2	20,0
Médico residente de neonatología	0	0,0	3	30,0
Enfermero de neonatología	18	64,3	4	40,0
Total	55	100,0	58	100,0

Tabla.5.1.2

Caracterización del personal de servicio: género, edad, antigüedad en el hospital y hs. de trabajo semanales. Área de obstetricia.								
Personal de obstetricia	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Media	Desvío	Min.	Max.	Media	Desvío	Min.	Max.
Médico obstetra de la sala								
Género (=1 hombre)	0.2	0.4	0	1	0.5	0.6	0	1
Edad	46.0	8.9	39	63	41.3	6.9	33	50
Antigüedad	3.9	1.9	1	6	3.3	1.3	2	5
Hs. trabajo sem.	36.0	0.0	36	36	36.0	0.0	36	36
Médico obstetra de la guardia								
Género (=1 hombre)	0.3	0.5	0	1	0.6	0.5	0	1
Edad	42.5	8.5	33	55	40.0	4.4	31	45
Antigüedad	3.9	1.4	2	6	3.2	1.0	2	5
Hs. trabajo sem.	36.0	0.0	36	36	37.3	4.0	36	48
Obstétrica de la sala								
Género (=1 hombre)	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0
Edad	55.0	3.6	51	58	36.8	10.8	25	54
Antigüedad	5.7	0.6	5	6	3.6	2.0	2	6
Hs. trabajo sem.	36.0	0.0	36	36	42.4	21.7	24	80
Obstétrica de la guardia								
Género (=1 hombre)	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0
Edad	43.0	18.4	30	56	49.4	9.3	31	62
Antigüedad	3.5	3.5	1	6	5.3	1.0	3	6
Hs. trabajo sem.	38.0	2.8	36	40	38.4	5.1	36	48
Médico residente de gineco-obstetricia								
Género (=1 hombre)	0.0	.	0	0	0.0	0.0	0	0
Edad	31.0	.	31	31	28.8	3.0	26	33
Antigüedad	2.0	0.0	2	2	1.8	0.4	1	2
Hs. trabajo sem.	36.0	.	36	36	67.8	22.3	34	84
Enfermero de gineco-obstetricia								
Género (=1 hombre)	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0
Edad	50.2	4.1	46	55	45.2	8.7	32	58
Antigüedad	4.2	2.0	2	6	3.5	2.0	1	6
Hs. trabajo sem.	44.0	4.6	40	48	38.9	2.2	35	40

5.2.- Recursos Humanos: Satisfacción y Condiciones de Trabajo

El funcionamiento de una red refiere a la coordinación de esfuerzos desde diferentes instituciones para llevar a cabo una estrategia de atención común, buscando en última instancia percibir que cada integrante de la misma contribuye a un logro colectivo. Desde esta perspectiva, se considera relevante identificar cuáles son las condiciones de trabajo percibidas por los recursos humanos que desarrollan tareas dentro de estructura de la cabecera de red y, a partir de ello, como avanzan en la caracterización de sus funciones dentro del hospital y en el contexto regional. Con este objetivo, la Tabla 5.2.1 permite identificar, en términos generales, el vínculo del personal con su ambiente de trabajo, particularmente en el área de obstetricia.

En primer término, la satisfacción generada por desarrollar tareas en ambos Hospitales resulta extremadamente positiva. En el Hospital San Martín, el 88,5% del personal declara sentirse siempre satisfecho con el trabajo que hace, similar al nivel alcanzado en el Hospital Mi Pueblo, donde ese porcentaje es marginalmente inferior, 84,4%. En ambos casos la opción de insatisfacción se encuentra sin respuestas.

Aunque en una proporción menor, el orgullo de trabajar en el Hospital muestra ser muy elevado, con mayor preponderancia de respuestas positivas en la institución de La

Plata. En ella, los niveles de respuestas que muestra “estar orgullosa/o siempre” refiere al 66,7% del personal respondiente, y entre las opciones de “siempre” y “frecuentemente” se alcanza al 89,9%. En el caso de la institución de Varela estos valores corresponden al 51,1% y 80%, respectivamente.

Tabla 5.2.1

Motivacion, ambiente de trabajo y evaluacion de los recursos del hospital por parte del personal. Área de obstetricia.								
Personal de obstetricia	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- Me gusta el trabajo que hago	88.5	11.5	-	-	84.8	13.0	2.2	-
B- Estoy orgulloso del trabajar en este hospital	66.7	22.2	11.1	-	51.1	28.9	15.6	4.4
C- Me siento valorado por mis compañeros de trabajo	11.5	46.2	38.5	3.9	21.7	56.5	21.7	-
D- Me siento parte de un equipo con quienes trabajo para el logro de objetivos	15.4	34.6	50.0	-	41.3	30.4	26.1	2.2
E- Siento que mi superior me brinda el apoyo que necesito	19.2	15.4	53.9	11.5	32.6	30.4	34.8	2.2
F- Mi supervisor me dice cuando necesito mejorar algo en mi trabajo	19.2	-	38.5	42.3	17.4	17.4	41.3	23.9
G- Estoy satisfecho con el equipamiento con que cuenta el hospital	-	-	46.2	53.9	4.4	23.9	58.7	13.0
H- Estoy satisfecho con el mantenimiento del equipo con que cuenta el hospital	-	-	23.1	76.9	-	15.2	65.2	19.6
I- Estoy satisfecho con la disponibilidad de los insumos con que cuenta el hospital	-	-	28.0	72.0	2.2	19.6	50.0	28.3

El vínculo con los compañeros de trabajo, refleja niveles de satisfacción menores aunque relativamente importantes. Sentirse valorada/o por sus colegas representa 57,7% en la institución platense bajo las categorías de “siempre” y “frecuentemente”, existiendo un 4% que declara nunca recibir muestras de valoración. El caso de Florencio Varela refiere a un esquema más optimista, donde los recursos humanos se sienten siempre o frecuentemente valorados por sus compañeros en un 78,2%.

Sin embargo, la estructura de trabajo no necesariamente responde a las expectativas, particularmente en el Hospital San Martín, donde el 50% reporta que sólo a veces siente que es parte de un equipo que busca alcanzar objetivos comunes. Este nivel de satisfacción vuelve a ser más alto en Varela, donde más del 70% aún considera que siempre o frecuentemente constituyen parte de un grupo de trabajo cohesionado. Paralelamente, el vínculo con los superiores permite establecer un reflejo de lo enunciado previamente, en tanto el 54% de las/os trabajadoras de La Plata perciben que su superior sólo a veces le brinda el apoyo necesario, porcentaje que desciende al 34,8% en el Hospital Mi Pueblo.

Los menores niveles de satisfacción, por el contrario, se encuentran en la dotación de recursos disponibles, particularmente en lo referido al mantenimiento de equipos, y en segundo lugar a la disponibilidad de insumos¹⁰. La población que brinda servicios en el

¹⁰ Los mecanismos de adquisiciones de insumos siguen normativas definidas por la provincia y aplicables a todos los hospitales de esta jurisdicción. Aquellas compras que no superan los \$80.000 se realizan por contratación directa, en tanto las licitaciones se efectúan para compras de hasta \$790.000. La solicitud de compra se eleva a la Administración del Hospital donde se decide la fuente de financiamiento. El sector de Mesa de Entradas asigna expediente a la solicitud de compra para dar curso al proceso. La solicitud se envía por web al Ministerio de Salud, quien autoriza el compromiso de compra (vía licitación o contratación). El Hospital es el encargado de establecer las condiciones del pliego y efectuar el llamado a proveedores, para luego efectuar la apertura de sobres. La comisión asesora de pre-adjudicaciones recibe las ofertas (cómo mínimo debe recibir tres ofertas), y decide. Desde el 2010 existe una base (Sistema e Compras hospitalarias) que contiene las compras efectuadas por cada hospital provincial,

Hospital San Martín muestra nuevamente un sesgo relativamente más pesimista, declarando que nunca se encuentra satisfecho con las dotaciones existentes en ambos tipos de recursos (77% y 72% respectivamente).

En tanto en Florencio Varela se repiten porcentajes algo menos elevados en la categoría superior, con el 65,2% del personal sintiéndose sólo “a veces” satisfecho con el mantenimiento del equipo y un 58,7% parcialmente satisfecho con el equipamiento.

“Otro elemento crítico es la falta de insumos. Si bien el área materno-infantil del Ministerio de Salud suministra algunos insumos al servicio, la provisión es deficitaria. La dirección del hospital no responde de manera oportuna al requerimiento de insumos del servicio. Adicionalmente, los fondos generados por Plan Nacer no son devueltos al área que los genera, sino que se usan para compra insumos y equipamientos de otros sectores. El hospital factura al Plan nacer unos 120 mil pesos mensuales.” (Médico obstetra)

“El tema es el de los insumos: muchas veces al tomar la guardia no tenemos botas, no tenemos gorros, no tenemos camisolines estériles. Tenemos camisolines que supuestamente son impermeables, pero al alumbrar en la cesárea, la sangre nos pasa el camisolín. No tenemos ropa impermeable para todas las cesáreas, los camisolines de seguridad se usan solamente en las pacientes de riesgo conocido. Y si viene una paciente de la calle que viene de urgencia no usamos camisolines de seguridad porque no hay disponibilidad, y no sabés que tiene y qué no tiene. A veces no hay gasas, a veces no hay sonda. A veces no hay ampicilina que es básico para la profilaxis del trabajo de parto. Y ahí qué haces? Hemos tenido pacientes de gineco, pero también de obstetricia HIV positivas, y no podíamos hacerlo sin seguridad. Y las pacientes pasaban, pasaban los días y hay pacientes que nos han dicho que los compramos nosotras. No es que hay que salir a comprar. Sí, son muchas de las cosas que nos dan muestras en el laboratorio sí. Eso sí, tampoco porque no tenemos variedad...” (obstétrica)

“El encargado del aprovisionamiento de los insumos necesarios para la atención de pacientes es el Hospital donde los mismos se atienden, no importa si estos son derivados. Se considera que la complejidad del hospital para atender determinadas patologías está asociada con la responsabilidad por parte del mismo para la compra de los insumos y medicamentos necesarios para atender esa demanda. Por otro lado, el Hospital no provee de insumos a los centros de salud, aunque en ciertas ocasiones se abastece de material descartable y medicamentos para tratamientos ambulatorios (reumatológicos, oncológicos, etc.). Los centros de salud que forman parte del área Programa del Hospital son de jurisdicción municipal. Los insumos a los centros de salud provienen de las compras que se realizan a nivel municipal o a través de programas nacionales y/o provinciales.” (Personal de administración)

“Lo que pasa es que bueno...no me acuerdo en qué año se instaló todo esto... creo que fue en el '98 que se instalaron todos los monitores, la central y todo eso no se renovó, se fueron rompiendo los aparatos. Ahora han ido trayendo monitores, pero es como que bueno, si, falta, hay déficit, falta”. (enfermera)

En el Anexo A7 se reportan los resultados para el área de neonatología de ambos Hospitales cabeceras de red.

Un elemento adicional asociado con la satisfacción en el desarrollo de tareas en la estructura perinatal, se vincula con la escasez de recursos humanos, especialmente en el área de enfermería, así como la capacidad de desarrollar programas continuos

detallando según insumo, precio, hospital, fecha y cantidades. El sistema además permite el seguimiento de de las solicitudes de compra. Aprobada la compra, el Hospital establece la orden de compra y define los períodos de entrega en el depósito. Una vez recibido, se firma remito, recibe la factura y se envía a la Dirección del Hospital para el pago.

de formación. Las entrevistas en profundidad revelan la tensión en la estructura de funcionamiento de las áreas de neonatología y obstetricia en este particular:

“... Y casi todos los chicos nuevos están en formación ahora, hay enfermeras que están asistiendo todos los lunes a un curso de sistema de respiración del hospital de niños de neonatología. Curso nuevo que surge, mandamos a las chicas nuevas porque incluso ellas mismas lo piden. Las nuevas es como que vienen enchufadas y enganchadas.” (enfermera)

“Es como que hay un interés por parte de la directora de seguir solucionando los déficit que tenemos. Incluso también lo que yo digo de enfermería ellos han estado todo el tiempo tratando de incorporar y salir. El tema de enfermería, el problema básicamente son las carpetas médicas, el otro tema son... ellas se toman... ellas trabajan y ellas tienen se toman los artículos... Entonces, ese tema organizarse por ese tema también, ha habido enfermeras que tenían varios días artículos y no se cubrían. Entonces, eso Dirección del hospital acá lo ha estado trabajando puntualmente, ha estado trabajando mucho con ese tema. Si bien es una tarea del servicio de enfermería de acá y la jefatura de enfermera; Dirección ha estado controlando ese tema que ha sido un déficit importante que hemos tenido”. (enfermera)

“El problema son las enfermeras capacitadas, la relación enfermeras/pacientes es bajísima. No solo hay pocas enfermeras, sino que además están mal capacitadas. Las que ingresan aprenden sobre la marcha ya que no existe una residencia en neonatología para enfermeras dentro del hospital. Adicionalmente, la rotación de enfermeras capacitadas en neonatología es alta.” (Médica residente)

“El elemento crítico del servicio es enfermería, faltan enfermeras capacitadas. Dentro del hospital no existen enfermeras en docencia que capaciten a las ingresantes, tampoco existe un sistema de formación especial en neonatología fuera del hospital. El déficit también es en cantidad, siendo las enfermeras las que pasan mayor tiempo con el paciente.” (Médico)

“Es una realidad que las enfermeras que ingresan al servicio lo hacen sin capacitación y que no existe docencia dentro del servicio para las enfermeras ingresantes. Existen grandes deficiencias en cuanto a la capacitación y experiencia de las enfermeras de neonatología, menos de la mitad de los enfermeros actuales en el servicio cuenta con experiencia en neonatología. No existe normativa o protocolos que definan al tratamiento y comportamiento de los profesionales en el servicio. Deberían existir tales normas referidas a la higiene, ruidos, uso adecuado de vestimenta y accesorios, etc. (médico obstetra)

5.3.- Estructura Formal de la Red Perinatal. Referencias

La organización de red de servicios requiere asimismo de un vínculo entre los centros de salud y su referente hospitalario. Fallas en los mecanismos de derivación desde el primer nivel, o limitaciones en la información recibida de las pacientes remitidas desde los centros periféricos afectan la calidad y oportunidad de las prestaciones en la cabecera. La información recibida tanto en las encuestas como en las entrevistas en profundidad permite alertar sobre la debilidad de este vínculo, siendo atribuible frecuentemente a las limitaciones de los centros periféricos, como también a descuidos de las mujeres embarazadas que no presentan la información sobre estudios y libreta sanitaria otorgados por el primer nivel.

“Siete de cada diez diagnósticos de alto riesgo, por parte de los centros primarios, resultan ser erróneos. Por otro lado, y peor aún, es alto el porcentaje de pacientes con patologías de riesgo que son derivadas tardíamente, un ejemplo típico son los embarazos gemelares. Según el entrevistado, la derivación inadecuada, en cualquiera

de los dos sentidos, se asocia a la formación de los profesionales de los centros primarios, en su mayoría obstetras de poca antigüedad.” (Médico obstetra)

“La mayoría de las pacientes con múltiple embarazos y añosas no tienen un control adecuado. Uno cuando sale de la facultad o empieza a hacer obstetricia quiere que todo sea ideal, entonces aquel paciente que no cumple con lo que uno le dice, pero en realidad, el paciente está inmerso en un problema. Porque si la paciente tiene 8 hijos, tiene uno de 2, uno de 5, uno de 6, uno de 8, uno de 10, que con suerte el marido trabaja, a veces es todo un tema que la paciente venga. Me ha pasado tener el parto de pacientes que están con uno de los hijos acá, había que llamar a servicio social, para que servicio social...” (médico obstetra)

“Por un lado las obstétricas no están capacitadas para detectar embarazos de alto riesgo y por otro no hay personal médico que apoye la tarea de las mismas de manera periódica, ejemplo de ello son las derivaciones realizadas que llegan firmadas por las obstétricas cuando en realidad deben estar firmadas por un médico”. (Médica de Guardia)

Sin embargo, en general no es posible discriminar desde la cabecera de la red cuál ha sido la razón para no contar con información oportuna. Sin embargo, la falta de estructuras formales de circulación de historias clínicas y la escasa comunicación entre niveles de cuidado no hace más que fortalecer la noción de una falla sistémica que debe ser abordada desde una perspectiva comprehensiva.

“Pero vos tu médico no te dijo que tenés que venir a alto riesgo y no, no me dijo y vos le revisas los papeles, los revisas cuando vos la internas o por lo menos la consultas y fijas de laboratorio y demás en general son bastantes prolijas tienen la libreta sanitaria meten todo adentro de la libreta y ahí, algunas que los pegan en el cuaderno que se yo y por ahí hay otras que tienen así sacan tipo “minguito” y empiezan tatata y acá en el medio te sacan la orden de derivación, ya te habían derivado por lo mismo, porque no viniste... Es a veces como que no lo entendieron, que no les llegó que no era tan importante”. (partera)

“Es frecuente que no traigan sus estudios, es frecuente, una porque salen a último momento con trabajo de parto y llegan apuradas. Por ahí vienen con la libreta, pero sin llenar, ha pasado. Por ahí tienen los controles hecho, pero no tienen volcados en la libreta nada, ningún resultado. Para nosotros está todo como un embarazo no controlado, para nosotros y para el bebé. Capaz se hacen, pero a veces la mamá viene sin nada. Igual acá si no trajo nada le vuelven a sacar sangre para chequear todo” (enfermera)

La Tabla 5.3.1 muestra que la presunción de escaso o deficiente seguimiento de los embarazos de riesgo por parte del centro de salud es significativa. La mitad del personal de obstetricia del hospital de La Plata considera que el seguimiento adecuado no ocurre nunca, porcentaje que asciende al 85% cuando se consideran las respuestas “a veces” y “nunca” conjuntamente.

“La mamá cuando viene de una salita, viene con los estudios en mano. Cuando vienen con estudios es lo que confeccionan la historia clínica. La libreta sanitaria cuando son cruces que se ponen, una cruz por el si, una cruz por el no, lo mismo las serologías si son positivas, si son negativas. Si no tenés una libreta no tenés un papel que te está certificando si se atendió o no. Por eso siempre confiamos más cuando trae el papel anotado la mamá. Y en la historia de obstetricia siempre quedan los resultados agendados”. (enfermera)

“... Y tienen casos así como esta chica que tiene un embarazo atrás del otro. No sólo las más chicas, sino señoras grandes que tienen un bebé prematuro y al año siguiente

volvió a tener otro bebé prematuro; sabiendo que puede llegar a tener un bebé prematuro. A veces el que se llevan a su casa no es un bebé normal, qué tienen problemas neurológicos. Y a pesar de eso insiste, insiste. O el otro caso de esta beba que nació de 1 kilo, 900 gramos, ... la mamá no sabía que estaba embarazada. Estaba de 30 semanas y no sabía que estaba embarazada, tenía movimiento. Tenía un bebé amamantando. Y nosotros hablamos con ellas, si ellas van a las salas, y siempre te dicen que sí. Pero te das cuenta qué clase de mamá va al control y qué no...” (Enfermera área neonatología)

En el promedio del Hospital San Martín, 41% cree que sólo a veces el seguimiento fue adecuado, y un cuarto del personal respondiente considera que el trato eficaz ocurre frecuentemente. Los valores se repiten –aunque marginalmente más optimistas- en Florencio Varela, sugiriendo la presencia de cierta conducta percibida como deficiente por parte de los centros de salud, más allá de la institución y su posición en términos de centro de referencia de riesgo.

Tabla 5.3.1

Los casos de embarazo de alto riesgo, en general ¿tienen un buen seguimiento médico en los centros de salud?								
Personal de servicio	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
Personal de obstetricia	-	15,4	34,6	50,0	6,5	32,6	34,8	26,1
Personal de neonatología	-	46,2	53,9	-	-	16,7	83,3	-
Total	-	25,6	41,0	33,3	5,6	29,6	40,7	24,1

Las razones aducidas para considerar poco eficaces las intervenciones de los CAPs se concentran en un grupo reducido de opciones, también reiteradas más allá del hospital o el área donde se desarrollan tareas. Particularmente, se repiten argumentos vinculados con la carencia de estudios, la falta de controles llevados a cabo desde los centros periféricos, fallas en los criterios de derivación (ya sea porque corresponden a bajo riesgo, o son derivaciones tardías).

“No existen protocolos de atención que guíen al residente, peor aún no existe una bajada de línea homogénea por parte de los médicos de planta. El hecho de que cada día exista un médico de planta distinto para atender a un paciente que previamente fue atendido por otro implica discrepancias en los tratamientos y diagnósticos. Ello genera distintos criterios de atención que deben seguir los residentes según el médico de planta del momento. Por otro lado, no existen protocolos que delimiten y definan las responsabilidades y obligaciones pertinentes a enfermeros y residentes, lo cual genera superposición de tareas o negación a realizar ciertas tareas por parte de uno u otro. (Médico residente neonatología)

Mientras la gente que esté atendiendo sepa dirimir o diferenciar: ésto es una urgencia para mandarlo al hospital, ésto puede esperar, por tales motivos puede esperar, te saco un turno por alto riesgo o el famoso “andate el día X a la guardia y te atiende fulana de tal”, pero muchas veces la guardia en si se ve sobre exigida por consultas que pueden resolverse de otra forma. (partera)

“No existe un mecanismo formalmente provisto de comunicación y trabajo compartido entre el hospital y los CAPs. Si bien se han realizado intentos de reuniones para el dialogo y la capacitación de las obstétricas, la participación es minoritaria. Un factor que lo explica es la diferencia en cuanto a la dependencia de ambos organismos, mientras el hospital es de jurisdicción provincial, los centros son municipales.” (Médico obstetra)

En esta dirección, las Tablas 5.3.2 (para el caso de La Plata) y 5.3.3 (para Florencio Varela) permiten avanzar sobre las características de la información recibida por el Hospital de manos del paciente, y los niveles de informalidad vinculados con el espacio de coordinación entre hospitales de cabecera y centros periféricos.

Dada la posición del Hospital San Martín en la estructura provincial, avanzando hacia una especialización de alto riesgo, el peso relativo de las derivaciones de otros hospitales, más allá de los centros de salud, resulta particularmente importante para el análisis de gestión de redes. Por el contrario, el Hospital Mi Pueblo recibe principalmente referencias de salas de salud de la Región VI, a lo que se suman contadas derivaciones del Hospital de Solano, con el cual se estableció un convenio informal de recepción de pacientes.

La información surgida de la encuesta en el Hospital de La Plata sugiere que la referencia con historia clínica completa es extremadamente poco frecuente. En las derivaciones desde los centros de salud la opción “nunca” es utilizada el 40,5% de los casos, y sumando a ella la alternativa “a veces” se alcanza el 91,9% de las opiniones. La derivación desde hospitales no resulta alentadora, sumando entre estas dos últimas opciones el 72,2%.

“- Lo que pasa es que es como todo, el centro de salud dice del hospital, el hospital habla del centro de salud. No es el hecho de decir que allá se atiende mal, yo estuve toda la vida allá. Lo que pasa es que hay que capacitar, no pasa con las obstétricas, pasa con todo, con pediatría, pasa con ginecología, los ginecólogos que hacen en el centro de salud no están en el hospital; viven otro mundo. Están en otra realidad, no sé si es formativa. Y qué tienen los centros de salud, que los ginecólogos que hagan mediano riesgo, que hagan control del embarazo.

-No ha habido una partera que derive a un ginecólogo de esa salita, directamente cuando hay un caso lo mandan a la guardia. O sea, no se lo deriva a un ginecólogo de la salita de mediano riesgo

- O sea, las derivaciones que llegan a ustedes son de obstétricas

- Sí

- Nunca llegan por derivación del ginecólogo

- No, las embarazadas en el centro de salud pasan por las obstétricas”. (obstétrica)

“No existe comunicación entre los profesionales de ambos sectores (centros periféricos y el hospital). El profesional del centro periférico no sabe que se hace en el hospital, debería existir un mecanismo de rotación y capacitación en el hospital. Existe duplicación en el uso de recursos, con frecuencia se duda si quien realizó una ecografía era personal capacitado o no, por ende cuando la paciente derivada llega al hospital se le repiten los estudios”. (Médica de Guardia)

La comunicación formal desde el centro de salud sólo reviste el carácter de frecuente en un 3% de los casos, ascendiendo al 20% entre las opciones “siempre” y “a veces” en los traslados desde hospitales de menor complejidad. Por el contrario, la estructura informal de comunicación es utilizada con más asiduidad. El 28,5% la considera un uso constante o frecuente entre hospitales, cayendo a la mitad cuando se involucra un CAPs.

Consistentemente, la presencia de libretas prenatales completas ocurre “a veces” para la mayoría del personal encuestado en el Hospital San Martín, siendo este porcentaje del 58,3% en el caso de derivación desde hospitales y del 60% si el origen son los

centros de salud. Si a estos porcentajes se suman las respuestas que consideran que las libretas nunca se encuentran completas, se arriba a participaciones del 78,7% y 71,4% para hospitales y centros respectivamente, lo que reflejaría menor capacidad de derivación de los hospitales municipales que de las salas de primer nivel.

“-Le hacemos un test rápido, muchas tienen por lo menos lo que pedimos, lo que se pide, las normas es que tenga un HIV de tres meses; a veces tienen de enero. Igual le hacemos un test rápido. En general es por un tema de lactancia, por lo menos un test rápido negativo

-O sea, que vos sabes antes de entrar a la sala de partos?

-A veces no porque el test rápido a veces se hace después del parto. Muchas veces nos ha pasado, después nos enteramos que es” (médica obstétrica)

“Para nosotros no funcionan los centros de salud; si uno quisiera ver que el centro de salud tendría que atender o lo que podrían atender más común en las salas, en el centro de salud a veces no lo hacen, y por las dudas andá al hospital para que te vean esto... tiene una lesión que podría ser una pavada, podría verlo en el centro de salud...El centro de salud no para nada.” (Residente área neonatología)

“No, generalmente vienen con el papelito: “solicito paciente de neonatología, tanto, con diagnóstico de ictericia.” Punto. Si es una derivación vos podés aceptarla o no, vos estarías obligado si es de Solano. Si es Monte Grande, tiene que llamar por teléfono y el médico de guardia es que decide si lo acepta o no. Por ejemplo, acá estamos saturados de pacientes, si vos aceptas cualquier paciente, por ejemplo de Solano seguro, se prioriza según la patología también” (Neonatólogo residente)

En sintonía con lo anterior, más del 94% de las respuestas ven aislado o inexistente el uso de protocolos comunes, aumentando aún más la imposibilidad de observar el seguimiento de la referencia por parte del centro u el hospital.

Tabla 5.3.2

Documentación, comunicación, protocolos y seguimiento de pacientes provenientes de otros hospitales o centros de salud. Hospital San Martín.								
Hospital San Martín (LP)	Derivaciones de otros hospitales				Derivaciones de centros de salud			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- ¿Los derivados llegan con una historia clínica completa?	2.8	25.0	47.2	25.0	2.7	5.4	51.4	40.5
B- ¿Existe comunicación FORMAL con el hospital en forma previa a la derivación?	8.3	11.1	47.2	33.3	2.9	2.9	28.6	65.7
C- ¿Existe comunicación INFORMAL?	11.4	17.1	68.6	2.9	2.9	11.4	40.0	45.7
D- ¿Traen suficientemente completa la libreta prenatal?	2.8	19.4	58.3	19.4	2.9	25.7	60.0	11.4
E- ¿Se comparten protocolos o guías de práctica clínica con el centro derivador para el seguimiento de éstos casos?	-	5.9	38.2	55.9	-	5.7	31.4	62.9
F- Los centros derivadores, ¿se comunican posteriormente a la derivación para chequear si la paciente llegó o por su evolución?	-	5.4	29.7	64.9	-	2.8	22.2	75.0

En el caso del Hospital de Florencio Varela, se identifica una mejora en los criterios de derivación de los centros. Particularmente, la respuesta asociada con “a veces”, tanto en historias clínicas, comunicaciones formales e informales y nivel de detalle de las libretas prenatales coinciden marcadamente. Sin embargo, la opción “nunca” ante estos mismos argumentos se reduce entre un 50% y un 30%, que se trasladan a la opción “frecuentemente”. Ello probablemente se vincula con la presencia de un centro

de complejidad intermedia en Florencio Varela que facilita la dinámica de derivación, mejorando la percepción desde la mirada de la cabecera de red. Un análisis más detallado de las funciones de esta institución será el objeto de la Sección 6.2 del presente trabajo.

Tabla 5.3.3

Documentación, comunicación, protocolos y seguimiento de pacientes provenientes de otros hospitales o centros de salud. Hospital Mi Pueblo.								
Hospital Mi Pueblo (FV)	Derivaciones de otros hospitales				Derivaciones de centros de salud			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- ¿Los derivados llegan con una historia clínica completa?	10.4	22.9	45.8	20.8	6.0	28.0	52.0	14.0
B- ¿Existe comunicación FORMAL con el hospital en forma previa a la derivación?	16.7	35.4	35.4	12.5	14.6	25.0	31.3	29.2
C- ¿Existe comunicación INFORMAL?	4.1	32.7	34.7	28.6	4.1	26.5	46.9	22.5
D- ¿Traen suficientemente completa la libreta prenatal?	4.3	19.2	72.3	4.3	10.2	26.5	61.2	2.0
E- ¿Se comparten protocolos o guías de práctica clínica con el centro derivador para el seguimiento de éstos casos?	4.4	6.5	52.2	37.0	8.2	8.2	46.9	36.7
F- Los centros derivadores, ¿se comunican posteriormente a la derivación para chequear si la paciente llegó o por su evolución?	12.5	6.3	27.1	54.2	2.0	4.0	38.0	56.0

Finalmente, al preguntar sobre los inconvenientes más frecuentes asociados con la derivación de los pacientes al hospital, la gran mayoría de las opiniones se concentran en la falta de estudios e información sobre la salud del paciente (46% de los casos), falta de espacio físico y camas (25,7% de las opiniones), y fallas de derivación – innecesaria o tardía (20%).

“Una vez que la embarazada llega acá, se la sigue tratando hasta el nacimiento del niño, no importa si el embarazo resultó de alto riesgo o no. Nos parece que sería un manoseo de la paciente devolverla al centro que la derivó. En este sentido, si bien la paciente cuya patología de riesgo debiera ser contra referenciada al centro primario para que continúe allí el control de su embarazo, esta decisión es propia del jefe del servicio.” (Médico obstetra)

“Yo por ejemplo, estoy en otro hospital, tengo neo y tengo una amenaza de parto a pre término llamo a ministerio y le digo: tengo esta paciente y el ministerio se encarga de llamar a los centros de atención para ver cuál acepta la derivación. Hay veces que nosotros no aceptamos la derivación por falta de camas y de todas maneras la paciente llega y se la atiende” (licenciada en obstetricia, residente)

“El servicio de neonatología es muy bueno, la deficiencia está en la diferencia que existe entre los recursos disponibles y la demanda de atención que existe. Las derivaciones sobrepasan la capacidad instalada, se debe principalmente a que los centros de atención primarios no saben cómo resolver problemáticas para las cuales deberían estar preparados, en consecuencia deciden derivar las pacientes al hospital generando una sobrecarga de pacientes.” (Médica residente)

5.4.- Redes Formales e Informales. Contra referencia

El análisis de los mecanismos de contra referencia una vez dada el alta a la paciente y a su hijo/a, muestran dos elementos clave a considerar desde una perspectiva de política. En primer lugar, que las fallas de articulación no sólo se circunscriben al primer nivel, sino que responden a un esquema sistémico donde el concepto de “producción conjunta” de salud por parte de la red se encuentra ausente. En segundo lugar, que las prácticas no regladas son el elemento aglutinante en la gestión de

redes, en tanto los mecanismos formales de transmisión de información no representan la regla.

“Y los que no son de alto riesgo, pero vienen de un lugar marginal, llamamos a servicio social y ellos son los que le hacen el seguimiento. Porque al hacerle el seguimiento, nosotros (con la trabajadora social), sabes qué pasó con tal bebé y ella es la que se encarga de visitar a la familia” (enfermera)

“No existen procedimientos formales de contra referencia, ni siquiera se envían al centro la ficha de nacimiento que se completa en el hospital. Cuando se da de alta a la mamá y su bebé, se le dan las pautas del procedimiento que debe seguir para la atención, aunque depende completamente de la misma que ello se cumpla. El hospital no realiza un seguimiento posterior de las pacientes una vez que son dadas de alta.” (Personal de administración)

“Si bien el Ministerio es quien instrumenta los mecanismos de referencia y contra referencia, en la práctica no se utilizan. Una vez que son dadas de alta, no existe contra referencia con los centros primarios., Las pacientes manifiestan verbalmente su estado cuando regresan a los mismos. El mal funcionamiento de la red depende exclusivamente de la mala formación de los recursos humanos de los centros primarios. La normativa y los protocolos existen pero si no los conocen y no tienen la experiencia y formación adecuada es imposible que los cumplan correctamente.” (Médico obstetra)

La única excepción a estas conclusiones preliminares la constituye el sistema de referencias y contra referencias del Hospital de Varela, que asegura a sus pacientes dados de alta una fecha de consulta en su centro de origen. Esta instancia, que será abordada en detalle en la sección 6.3, es reflejada en la Tabla 5.4.1, donde se inquiriere acerca de los mecanismos de re-derivación del hospital una vez dada el alta a la paciente.

“Cuando deben derivarse pacientes del hospital para intervenciones quirúrgicas y cardiopatías a centros de mayor complejidad (generalmente el hospital de niños), lo formal es comunicarse con el Ministerio para que se encargue de establecer el nexo con un centro con capacidad disponible. Este mecanismo es lento, resultando ineficiente. En la práctica se procede de manera informal vía comunicación telefónica con un profesional conocido del centro para agilizar la derivación. En ambos casos se deriva al paciente con resumen de historia clínica. El ministerio aporta su propia ambulancia cuando el caso es grave y requiere de traslado con equipamiento especial, de lo contrario se emplea una ambulancia del hospital. El seguimiento del paciente derivado es informal. El paciente regresa cuando se requiere enviar a otro en su lugar (“trueque de pacientes”), y lo hace con un resumen de historia clínica que contiene las intervenciones que se realizaron. Es normal que un paciente derivado a un centro de mayor complejidad sea intervenido, se recupere y sea dado de alta sin que se entere el hospital y sin registrarlo en su historia clínica. Depende totalmente del interés del profesional que deriva por el caso del paciente para conocer su evolución y estado. (Médico)

Se observa que el 77,5% de las opiniones del Hospital San Martín (88,5% de obstetricia y 57,1% de neonatología) consideran que ello sólo ocurre mediante una indicación informal al paciente, en tanto un 15% estima que el hospital gestiona o facilita un turno en el centro de salud. Como contraste, el 89,6% del personal del Hospital de Florencio Varela establece que existe un turno generado por el hospital, contra un 8,3% que descansa en la indicación del personal de la institución.

Tabla 5.4.1

¿Cómo se deriva, en general, desde el hospital al centro de salud un caso de riesgo una vez que la paciente y/o bebé reciben el alta?		
Personal de servicio	San Martín (LP) Frecuencia (%)	Mi Pueblo (FV) Frecuencia (%)
Obstetricia		
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control	88.5	7.5
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud	3.9	92.5
Otra	7.7	-
Neonatología		
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control	57.1	-
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud	35.7	83.3
Otra	7.1	16.7
Total		
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control	77.5	8.3
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud	15	89.6
Otra	7.5	2.1

A pesar de esta diferencia entre instituciones, al momento de evaluar si esta contra referencia se acompaña con algún seguimiento institucional, el 88,9% en San Martín y el 86,7% en Mi Pueblo consideran que ello no ocurre, evaluando en su mayoría que ello, de todos modos, constituye una responsabilidad de la cual el Hospital debiera hacerse cargo. En la misma dirección, el 60% del personal del Hospital platense y el 56,3% de la institución de Florencio Varela consideran que la posibilidad de una contra referencia informada hacia el centro de salud depende principalmente de las redes informales y de iniciativas individuales, más que de una regla institucionalizada.

“Los modelos de referencia y contrareferencia provinciales son regidos por normas que se delimitan y definen en el Ministerio de Salud y en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata, con lo cual el Hospital tiene poca injerencia en ello. Para el personal del Hospital no hay más que un referente dentro del mismo (un administrativo) que dirime la urgencia y la modalidad de derivación. Las normas para la atención del embarazo fueron difundidas desde Nación a partir de la Propuesta de Atención Perinatal y el Sistema Integrado Perinatal (SIP), que se pusieron en práctica en el 2004 cuando se bajó la normativa a todos los centros y hospitales del país”. (Médica de Guardia)

“No existen protocolos formales para la atención en el consultorio de guardia, depende del médico de turno y de la disponibilidad de camas para internación se pueden decidir caminos alternativos: devolver a la paciente al centro primario, dar un turno con el consultorio de alto riesgo o internar. A pesar de los criterios dispares el funcionamiento del consultorio de guardia es aceptado. La informalidad de la atención termina siendo resolutive finalmente”. (Médica de Guardia)

“Porque los centros periféricos hacen el control de embarazo, el área programática que tiene cada centro. Tal embarazada tiene que ir cuando está en el trabajo de parto al hospital de Gonnet, tal embarazada va al Gutiérrez, va al Romero. Lo que pasa es que la gente elige. Me ha pasado, gente conocida que me dice: a mí me toca ir al Hospital X, yo no quiero ir... Mirá tenés que ir al X. No, no, yo quiero ir al San Martín porque tuve el otro bebé y a mí me fue bien. Yo quiero ir al San Martín. Me han dicho que si yo llevo con dilatación completa en la guardia me tienen que atender, entonces, yo lo

quiero tener en el San Martín. Me da la sensación que es un poco la estrategia de la gente que vaya a un hospital y no vaya al otro. Esa es mi opinión, que es muy difícil de cambiar, muy difícil de cambiar". (enfermera)

Tabla 5.4.2

Una vez que se re deriva a la paciente al centro de salud, ¿se chequea de algún modo si la paciente y/o su bebé concurren al control?						
Personal de servicio	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Si	No	Depende	Si	No	Depende
Personal de obstetricia	4.4	95.7	-	15.4	84.6	-
Personal de neonatología	15.4	76.9	7.7	-	100.0	-
Total	8.3	88.9	2.8	13.3	86.7	-

Tabla 5.4.3

Que los antecedentes clínicos completos y adecuados de una embarazada de alto riesgo re derivada lleguen correctamente al centro de salud depende en gran medida de la buena voluntad del personal del hospital que de cuestiones institucionales.								
Personal de servicio	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Personal de obstetricia	18,2	68,2	13,6	-	14,6	58,5	24,4	2,4
Personal de neonatología	23,1	46,2	30,8	-	20,0	40,0	40,0	-
Total	20,0	60,0	20,0	-	14,6	56,3	25,0	4,2

5.5.- Evaluación del Desempeño de la Red y Comunicación con el Primer Nivel

Finalmente, esta sub-sección presenta la evaluación realizada por el personal de los Hospitales cabecera sobre su desempeño en tal función y las recomendaciones a ser consideradas al momento de estrechar vínculos con el primer nivel.

La Tabla 5.5.1 muestra, para el caso del personal de obstetricia¹¹, las opiniones sobre cuatro elementos que reflejan la capacidad del Hospital para operar como cabecera de Red: (i) la presencia de capacitación al personal para pacientes de alto riesgo, (ii) la estructura de responsabilidad ante el paciente como cabecera de red, (iii) los criterios a partir de los cuales la cabecera de red se reúne con la información de los pacientes de alto riesgo, y (iv) el peso de las estructuras informales en la recepción de los antecedentes clínicos de las pacientes en el área perinatal.

El 58% del personal involucrado en la encuesta sugiere que el Hospital San Martín brinda suficiente capacitación para atender a pacientes de alto riesgo, frente a un 8,3% que se manifiesta muy en desacuerdo. Estos valores para el Hospital Mi Pueblo son menos optimistas, con un 47,6% a favor y un 16,7% muy en desacuerdo.

En segundo lugar, se evidencia cierto consenso en la responsabilidad de la mujer en el control de un embarazo de alto riesgo, con respuestas positivas superiores al 60% en ambos casos (73,9% en La Plata, 66,7% en Varela). Ello abre un espacio para el análisis acerca de la capacidad de decisión de las embarazadas en tales condiciones y

¹¹En el Anexo, la Tabla A8 reproduce el mismo esquema para el área de neonatología.

el papel docente del Estado, no sólo desde la cabecera de red, para avanzar hacia un modelo más inclusivo de comunicación y educación en materia sexual y reproductiva.

Tabla 5.5.1

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de obstetricia.								
Personal de obstetricia	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A- El hospital me brinda suficiente capacitación para atender pacientes de alto riesgo.	25,0	33,3	33,3	8,3	7,1	40,5	35,7	16,7
B- La responsabilidad del control de un embarazo de alto riesgo después del alta es mayormente de la paciente porque los servicios públicos están disponibles.	30,4	43,5	26,1	-	11,9	54,8	28,6	4,8
C- En los casos en que hay un canal informal de comunicación (contactos personales entre los médicos) hay mayor probabilidad de que el hospital reciba información clínica completa sobre un caso de alto riesgo.	21,7	69,6	4,4	4,4	11,9	71,4	16,7	-
D- Que los antecedentes clínicos completos y adecuados de una embarazada de riesgo derivada lleguen correctamente al hospital dependen en gran medida de la voluntad individual del personal de los centros de salud que de cuestiones institucionales.	33,3	54,2	12,5	-	12,2	51,2	34,2	2,4

Finalmente, el personal de ambas instituciones considera que la oportunidad de que el hospital reciba la información clínica completa en caso de embarazos de riesgo, y que estos antecedentes sean efectivamente remitidos a un potencial hospital de referencia dependen fuertemente de las redes informales de trabajo entre profesionales, prevaleciendo ellas por sobre la estructura formal. En esta dirección, el 91,3% del personal entrevistado en el Hospital San Martín está de acuerdo con la relevancia de las redes informales para acceder a información desde los centros, y el 89,7% es de la misma opinión en cuanto a la derivación hacia otras instituciones. Estas opiniones mayoritarias son compartidas por los trabajadores del Hospital Mi Pueblo, donde los porcentajes de adhesión a estos conceptos son de 83,3% y 63,4% respectivamente.

Estas redes informales de transmisión de información no sólo se encuentran incorporadas a la operatoria cotidiana de las redes, sino que constituyen el mecanismo tácitamente acordado para gestionar información desde el Hospital. Desde esta perspectiva, y ante la pregunta sobre las medidas tomadas por estas instituciones para formalizar el envío de antecedentes clínicos, existe coincidencia en que los esfuerzos han sido escasos, especialmente en el caso del San Martín, donde el 70% de las opiniones se centraron en identificar la priorización del esquema informal actual, existiendo opiniones divididas en el caso de Varela. En este caso, se mencionan reuniones entre niveles para unificar criterios, utilización de la vía jerárquica y utilización del sistema de referencia y contra referencia con operatoria municipal dentro del predio del hospital. Más allá de ello, existen coincidencias significativas sobre la subutilización de vías de comunicación existentes entre efectores de la red para mejorar los tratamientos de riesgo. Tales coincidencias registran una mayoría de opiniones afirmativas, que alcanzan el 64% en San Martín y el 62,5% en el Hospital Mi Pueblo.

Tabla 5.5.2

¿Se ha intentado desde el hospital tomar alguna medida para que los centros de salud envíen los antecedentes clínicos necesarios?								
Personal de servicio	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Personal de obstetricia	25,9	11,1	37,0	25,9	7,1	45,2	40,5	7,1
Personal de neonatología		15,4	76,9	7,7	25,0	25,0	50,0	
Total	17,5	12,5	50,0	20,0	8,3	41,7	43,8	6,3

Tabla 5.5.3

Existen canales de comunicación desaprovechados entre el hospital y los centros de salud que permitirían un mejor tratamiento de los casos de riesgo?				
Personal de servicio	San Martín (LP)		Mi Pueblo (FV)	
	Si	No	Si	No
Personal de obstetricia	60,0	40,0	57,1	42,9
Personal de neonatología	71,4	28,6	100,0	-
Total	64,1	35,9	62,5	37,5

Por último, la totalidad del personal del Hospital platense y el 92,7% de los recursos humanos de Mi Pueblo evalúan que se destina un tiempo considerable a la gestión administrativa y de organización, restándolo de la labor profesional. Sin embargo, 71,5% de los entrevistados de La Plata y 85,7% de Varela coinciden en que la descentralización constituye una herramienta relevante en la gestión para abordar las soluciones de los problemas de red y su organización informal.

Tabla 5.5.4

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de obstetricia.								
Personal de obstetricia	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A- Una parte importante de mi trabajo con embarazos de alto riesgo NO es productivo debido a aspectos de la organización que no están bajo mi control.	47,8	52,2	-	-	31,7	61,0	7,3	-
B- La posibilidad de que el hospital disponga de cierta autonomía (descentralización) contribuye a mejorar la atención de éstos casos en el hospital.	19,1	52,4	28,6	-	14,3	71,4	11,9	2,4

6.- Referencia, Parto y Contra Referencia

Las conclusiones alcanzadas en la sección anterior, mediante el análisis de las encuestas al personal de ambos hospitales y la revisión de las entrevistas en profundidad, permiten caracterizar el funcionamiento de las redes de atención perinatal en el contexto normativo resumido en las secciones previas. Las coincidencias acerca de las necesidades existentes como de los desafíos a ser abordados, permiten brindar un marco particularmente preciso sobre el desenvolvimiento de los sistemas de salud bajo consideración.

Más allá del argumento general que identifica a la red como la estructura coordinadora de esfuerzos de sus componentes, donde la norma escrita establece los parámetros de comportamiento y que la estructura informal colabora en sostener, las historias recogidas hablan del compromiso de los recursos humanos participantes, y de la necesidad de reforzar los vínculos entre los distintos eslabones de la red.

En la medida que ello no ocurre, se habilita un proceso de fallas de coordinación que llevan a mayores costos y discrecionalidad, donde queda vacante un debate sobre cómo identificar y aplicar herramientas de comunicación e información a la usuaria (en este caso particular). Esta dinámica no sólo genera mecanismos cruzados de transferencias de riesgos entre prestadores de la cadena de atención, sino que no capacita a la usuaria sobre la toma de riesgo propio.

A fin de completar este estudio, la presente sección se apoya en herramientas de estadísticas descriptivas y modelos multivariados para analizar el impacto en resultados de esta modalidad de gestión de red.

En la primera sub-sección se analizarán las bases de datos recogidas y consistidas del Sistema de Información Perinatal, estudiando características de las mujeres que asisten al servicio y las condiciones de su embarazo y parto, buscando identificar parámetros que reflejen tales mecanismos de transferencia o toma de riesgo.

En las dos sub-secciones siguientes se propondrá un abordaje complementario de las redes, mediante la discusión de aspectos específicos de referencia y contra referencia.

6.1.- Características de la Población Atendida y Estructura de Riesgos

Dado que el presente trabajo se encuentra basado en dos estudios de caso, resulta de fundamental importancia brindar una caracterización de la población a cargo de las cabeceras de red bajo estudio. La finalidad de esta caracterización es identificar alcances y limitaciones del análisis realizado a partir de los hospitales seleccionados.

En particular, interesa caracterizar a las embarazadas en términos de sus antecedentes personales y obstétricos, las condiciones de la gesta actual, prestando especial atención a la presencia de factores de riesgo, la existencia de estudios diagnósticos y las características del parto.

Con la intención de cumplir con esta tarea, el estudio contó con la información procedente del Sistema de Información Perinatal (SIP), el cual contiene información sobre la madre, las características del embarazo, la existencia de factores de riesgo, la presencia de estudios de diagnóstico, características del parto y del recién nacido/a a nivel de cada hospital seleccionado. En el caso del Hospital San Martín se contó con información para un período comprendido entre mayo de 2011 y junio de 2012, mientras que en el caso del Hospital Mi Pueblo se dispuso de datos para el periodo comprendido entre enero de 2010 y junio de 2012.

Las bases de datos contienen aproximadamente 1639 y 8951 entradas para el Hospital San Martín y Mi Pueblo, respectivamente. Estas bases fueron armonizadas y analizadas, permitiendo generar una serie de cuadros y tablas de caracterización para cada conjunto de variables de interés. Las Figuras 6.1.1 y 6.1.2 exhiben la distribución de estas observaciones a lo largo del tiempo para cada hospital.

Como puede verse en las figuras, el registro de la información de partos no ha sido homogéneo a lo largo del tiempo, tanto entre hospitales como al interior de los mismos.

De acuerdo a la información provista por el personal de los hospitales bajo estudio, el periodo que cubre el universo de partos a nivel mensual se encuentra constituido, en el caso del Hospital San Martín, por diciembre 2011 - marzo 2012 y en el caso del Hospital Mi Pueblo, enero - junio 2012. De acuerdo con ello, el resto de los registros mensuales podrían ser considerados como una muestra del universo de partos expresados a nivel mensual. No existen elementos que nos lleven a pensar en la existencia de sesgos en estas muestras de registros.

Figura 6.1.1

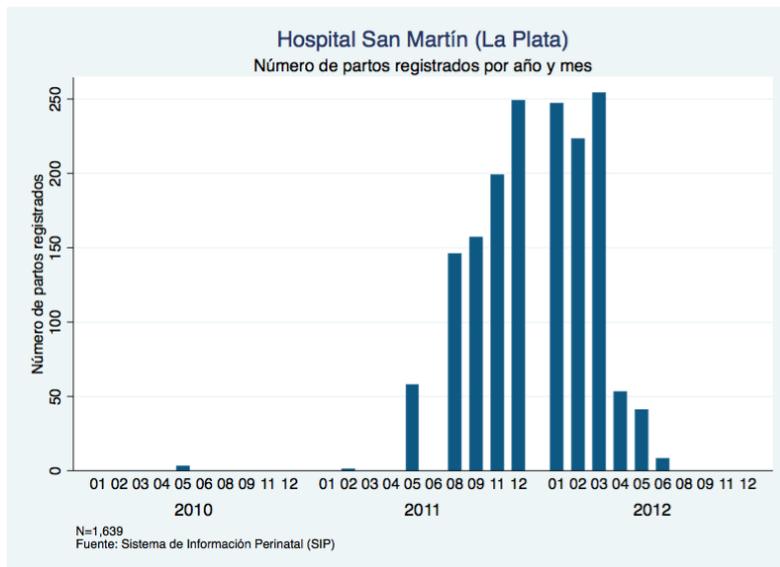
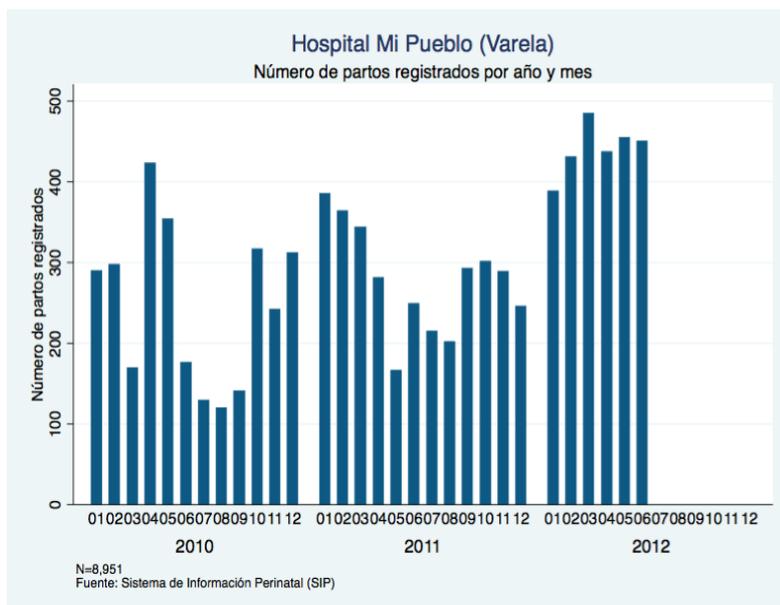


Figura 6.1.2



Con la intención de aprovechar toda la información existente, se ha tomado la decisión de utilizar todas las observaciones en el análisis que se desarrolla a continuación. La principal finalidad de esto es evitar caer en el análisis de un número limitado de observaciones, lo que podría llevar a resultados débiles e imprecisos desde el punto de vista estadístico¹².

¹²Por ejemplo, si en el caso del Hospital San Martín se restringiera la muestra a lo que se considera representativo del universo de partos a nivel mensual (diciembre 2011 a marzo de 2012) se dispondría con un total de 973 observaciones, viendo reducida la muestra en aproximadamente un 40%. En el caso del Hospital Mi Pueblo, esta reducción en el número de observaciones sería más importante. Si restringimos la muestra al periodo que se considera representativo del universo de partos a nivel mensual (enero a junio 2012), se alcanzaría una base con 2646 observaciones, reduciendo la muestra en aproximadamente un 70%.

6.1.1.- Embarazos y partos de riesgo, y toma de riesgo de la embarazada y de la red

A fin de identificar los diferentes perfiles de riesgo asumidos, la Tabla 6.1.1.1 exhibe una caracterización de las embarazadas a cargo de cada hospital, vinculada a su edad, antecedentes personales, existencia de adicciones, antecedentes obstétricos o aquellos que son propios de la gesta actual.

Como puede notarse, la columna 1 de la tabla muestra el número de embarazos que constituyen casos positivos de factores de riesgo por tipo. La columna 2, representa el número total de embarazos para los que se cuenta con información sobre la existencia o no de tales factores de riesgo por tipo¹³. La columna 3 es el cociente entre la columna 1 y la 2, expresado en porcentaje. Esta columna hace referencia a una 'tasa de prevalencia' de factores de riesgo en la población a cargo de cada hospital¹⁴.

De la inspección de esta tabla surge que los principales factores de riesgo del embarazo, por tipo, son:

i) *Vinculados a la edad de la embarazada*: Maternidad adolescente (<19 años). La tasa de prevalencia se encuentra comprendida entre 16,81-17,56%.

ii) *Vinculados a los antecedentes personales* (en orden de importancia): Otra condición médica grave, diabetes e hipertensión en el Hospital San Martín, y cirugía genito-urinaria, hipertensión y otra condición médica grave en el Hospital Mi Pueblo.

iii) *Vinculados a antecedentes obstétricos*: Presencia o no de más de dos abortos. Este factor resulta ser importante en ambos hospitales, pero adquiere una mayor magnitud en el Hospital Mi Pueblo. Resulta importante notar que este factor, en términos de prevalencia, resulta ser más importante a nivel global que otros factores de riesgo, como la hipertensión o la diabetes, lo cual es cierto para ambos hospitales.

iv) *Vinculados a la gesta actual*: dada la poca disponibilidad de información para este tipo de factores de riesgo, el análisis debe ser realizado en carácter de no concluyente. Sin embargo, parece claro que el principal factor de riesgo dentro este grupo está representado por insuficiencia de consultas prenatales por parte de la embarazada (embarazadas con menos de 5 consultas prenatales), evidenciando tasas comprendidas entre 22,75-24,39%.

A nivel general, y en términos de prevalencia, la insuficiencia de controles prenatales resulta ser el factor de riesgo más importante para ambos hospitales.

Puede adelantarse que este último factor de riesgo jugará un rol clave en las tablas siguientes, en las que se analizará la falta de vacunas, estudios diagnósticos, y provisión de suplementos en el embarazo a la luz de lo que definiremos como fallas de primer grado y de segundo grado del sistema de atención en red.

¹³ Es importante notar que los embarazos de la columna 2 no necesariamente coinciden con el número de embarazos captados por el hospital. Esto se debe a que pueden existir numerosos valores perdidos, dependiendo del tipo de factor de riesgo. Esto es especialmente cierto en el caso de los factores de riesgo que se identifican en la gesta actual a través de estudios de diagnóstico del embarazo. Por ejemplo, los estudios de Glucemia, HB. y Sífilis antes de la semana 20 de embarazo reportan valores muy bajos, debidos principalmente a la falta de tales estudios.

¹⁴ Lógicamente, se ha prescindido de los valores numéricos asumidos por los factores de riesgo que cuentan con muy poca información de casos totales (Columna 2). El criterio de demarcación ha sido el de reportar los valores de los indicadores hasta el caso en el que su denominador sea de al menos el 50% de la muestra.

Tabla 6.1.1.1

Caracterización de los embarazos según sus factores de riesgo.						
Factores de riesgo	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)
Edad de la embarazada						
Menor de 19 años	255	1,452	17.56	1,506	8,959	16.81
Antecedentes personales						
TBC	2	1,450	0.14	35	8,934	0.39
Diabetes	47	1,450	3.24	105	8,934	1.18
Hipertensión	33	1,450	2.28	458	8,937	5.12
Preeclampsia	6	1,450	0.41	113	8,936	1.26
Eclampsia	0	1,450	0.00	30	8,934	0.34
Otra condición médica grave	238	1,442	16.50	232	8,752	2.65
Cirugía genito-urinaria	20	1,448	1.38	858	8,907	9.63
Infertilidad	0	1,448	0.00	2	8,910	0.02
Cardiopatía	1	1,447	0.07	14	8,908	0.16
Nefropatía	2	1,448	0.14	4	8,907	0.04
Violencia	2	1,447	0.14	11	8,755	0.13
Adicciones						
Drogas	16	1,456	1.10	88	8,906	0.99
Alcohol	6	1,456	0.41	60	8,902	0.67
Antecedentes obstétricos						
Más de 2 abortos	60	1,456	4.12	415	4,787	8.67
Gesta actual						
Toxoplasmosis 1er. consulta	270	293	-	3,888	3,994	-
Chagas	38	1,195	3.18	156	7,327	2.13
Malaria	8	11	-	21	4,540	0.46
Glucemia menos 20 sem. \geq 105 gr.	12	435	-	37	4,003	-
Glucemia más 30 sem. \geq 105 gr.	44	1,085	4.06	66	4,486	1.47
Hb menor 20 sem. $<$ 11 g/dl	34	34	-	493	493	-
Hb más 20 sem. $<$ 11 g/dl	195	195	-	964	964	-
Menos de 5 consultas prenatales	347	1,423	24.39	1,976	8,687	22.75
Sífilis menos de 20 sem.	11	441	-	88	5,340	1.65
Sífilis más de 20 sem.	12	1,133	1.06	99	5,657	1.75

El concepto denominado fallas de primer grado del sistema de red buscará representar toda aquella falta de vacunas, estudios y suplementos que podría vincularse con a) falta de captación temprana de la embarazada por parte del sistema de salud, b) falta de capacidad del sistema para contener a la embarazada que ha acudido a él, c) otros aspectos relacionados con la falta de políticas “activas” en materia de cuidados preventivos de la población materna por parte del sistema de red (actividades de difusión, concientización, etc. destinadas a la población vulnerable), y será identificada a través de la falta de vacunas, estudios y suplementos en los casos de embarazadas que cuenten con menos de cinco consultas prenatales.

Por otra parte, el criterio denominado fallas de segundo grado del sistema de red buscará representar toda aquella falta de vacunas, estudios y suplementos que podrían vincularse con una falla en la responsabilidad de la red de atención de salud a la hora de brindar el cuidado sanitario a la población vulnerable que se encuentra dentro del sistema de atención, y será identificada a través de la falta de vacunas,

estudios y suplementos en los casos de embarazadas que han asistido a cinco o más consultas prenatales¹⁵.

Con la intención de diferenciar o separar estos dos tipos de fallas de red, se propone como criterio de demarcación la existencia o no de al menos 5 consultas prenatales realizadas durante el embarazo, criterio apoyado por una vasta literatura sobre el particular (Schwarcz et al, 1992; Schwarcz et al 1995; Villar et al 2001). Este criterio de suficiencia en el número de consultas prenatales está basado en numerosos estudios e informes realizados por CLAP/OPS-OMS, que cuentan con aceptación y vigencia sanitaria en Argentina¹⁶.

Con la intención de analizar la validez de este criterio de demarcación desde un punto de vista empírico, se presenta la Tabla 6.1.1.2.

En esta tabla se divide al universo de embarazos totales de cada hospital en dos muestras: la primera corresponde a las embarazadas que presentan menos de 5 consultas prenatales (Columna 1), y la segunda corresponde a embarazadas con 5 o más consultas prenatales (Columna 2).

Para cada una de estas muestras se calculó la proporción de falta de vacunas, estudios y suplementos. Posteriormente, se obtuvo la diferencia entre estos valores y se calculó un test t de diferencia de medias (Columna 3).

Como se mencionó anteriormente, si tener menos de 5 consultas prenatales constituye una señal que 'separa' la falta de estudios en dos tipos de fallas del sistema de atención en red, sería lógico encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de ambas muestras.

En base a los resultados exhibidos en la tabla, puede notarse que existe una diferencia estadísticamente significativa entre columnas, evidenciando la existencia de dos grupos diferenciados a partir de la presencia o no de 5 o más consultas prenatales¹⁷.

En particular, la Tabla 6.1.1.2 refleja que, salvo en el caso de las vacunas anti-rubeola y anti-tetánica, y el estudio de malaria en el Hospital San Martín (la primera tiene signo contrario al esperado, mientras que la segunda y la tercera son no significativas), el resto de los estudios de diagnóstico y suplementos considerados tienen el signo

¹⁵ No existe un consenso en la literatura acerca de si toda la responsabilidad por la falta de vacunas, estudios y suplementos en el periodo de embarazo debe recaer íntegramente sobre el sistema de atención en red, habida cuenta de que es la embarazada quien en última instancia decide asistir o no al control prenatal.

¹⁶ Lógicamente, es válido pensar en otros criterios de demarcación, o incluso en una combinación de los mismos. En particular, la ausencia del carnet perinatal a la hora de presentarse en el hospital, y una combinación de este último con la realización de menos de 5 consultas prenatales. No obstante, tanto la interacción de estos criterios como la elección del criterio de la ausencia del carnet perinatal resultan en un número muy bajo de observaciones: la interacción de criterios resultó en un número de entradas equivalente a un 5-6% de la muestra total de las embarazadas a cargo de los hospitales. Emplear el criterio de ausencia del carnet perinatal dio por resultado un número de observaciones que equivale al 8-10% de la muestra total. Consecuentemente, escoger cualquiera de estas dos opciones hubiese llevado a generar (y analizar) resultados con poca validez estadística. En contraposición, la utilización del criterio de insuficiencia en el número de consultas prenatales resulta en un número de observaciones equivalente al 22-24% de la muestra total de embarazos en ambos hospitales.

¹⁷ Importante notar que se analiza el problema de la "existencia" de la señal separadora, y no el problema vinculado a su "unicidad". Es válido argumentar que la señal separadora de las cinco consultas prenatales no es la única posible. Sin embargo, se decide utilizar el criterio de las cinco consultas prenatales establecido por la teoría sanitaria.

positivo a priori supuesto, y las diferencias de medias entre las muestras son altamente significativas¹⁸.

Tabla 6.1.1.2

Test t de igualdad de medias de la falta de vacunas, estudios y suplementos según el número de consultas prenatales realizadas por la embarazada.						
	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Menos de 5 consultas (1)	5 o más consultas (2)	Dif. (1) - (2)	Menos de 5 consultas (1)	5 o más consultas (2)	Dif. (1) - (2)
Vacunas						
Anti-rubeola (=1 si falta)	0.31	0.43	-0.12*** 0.03	0.57	0.52	0.05*** 0.01
Anti-tetánica (=1 si falta)	0.01	0.02	-0.01 0.00	0.40	0.32	0.08*** 0.01
Estudios						
Cervix inspeccion visual (=1 si falta)	0.93	0.87	0.055*** 0.02	0.84	0.64	0.19*** 0.01
Cervix PAP (=1 si falta)	0.94	0.86	0.08*** 0.02	0.92	0.72	0.20*** 0.01
Cervix COLP (=1 si falta)	0.93	0.86	0.07*** 0.02	0.94	0.80	0.14*** 0.01
Toxoplasmosis menor 20 sem. (=1 si falta)	0.84	0.64	0.20*** 0.03	0.66	0.26	0.40*** 0.01
Toxoplasmosis mayor 20 sem. (=1 si falta)	0.45	0.20	0.26*** 0.03	0.61	0.32	0.29*** 0.01
Toxoplasmosis 1er. consulta (=1 si falta)	0.84	0.64	0.20*** 0.03	0.66	0.26	0.40*** 0.01
Chagas (=1 si falta)	0.36	0.11	0.26*** 0.02	0.44	0.07	0.37*** 0.01
Malaria (=1 si falta)	0.99	0.99	0.00 0.01	0.67	0.36	0.30*** 0.01
VIH menos de 20 sem. (=1 si falta)	0.20	0.04	0.16*** 0.02	0.49	0.18	0.31*** 0.01
VIH mas de 20 sem. (=1 si falta)	0.18	0.04	0.14*** 0.02	0.41	0.21	0.19*** 0.01
Sifilis no treponemica menos 20 sem. (=1 si falta)	0.84	0.61	0.23*** 0.03	0.70	0.28	0.42 0.01
Sifilis no treponemica mas 20 sem. (=1 si falta)	0.38	0.15	0.22*** 0.02	0.54	0.26	0.27*** 0.01
Estreptococo (=1 si falta)	0.91	0.75	0.16*** 0.02	0.94	0.73	0.21*** 0.01
Suplementos						
Hierro (=1 si falta)	0.16	0.01	0.14*** 0.01	0.45	0.18	0.28*** 0.01
Folatos (=1 si falta)	0.22	0.05	0.17*** 0.02	0.52	0.27	0.25*** 0.01
Obs. (aprox.)	347	1,075		1,952	6,658	

Notas: Niveles de significancia al 1%, 5% y 10% denotados por ***, ** y *.

Esto brinda evidencia que nos permite postular que la presencia de menos de 5 consultas prenatales constituye un criterio que permite, al menos de manera aproximada, 'separar' a la falta de estudios, análisis y suplementos entre aquellos que podrían obedecer a una "falla de primer grado" del sistema de red (falta de estudios en embarazadas que acudieron a menos de cinco consultas) de aquellos que podrían obedecer a una "falla de segundo grado" del sistema de red (falta de estudios en embarazadas que acudieron a 5 o más consultas prenatales).

¹⁸ En la Tabla 6.1.1.2 se presentan todos los tipos de estudios sobre los que el sistema SIP recopila información.

Este criterio de demarcación será utilizado en las próximas dos tablas. La Tabla 6.1.1.3 se concentra en aquellos embarazos con menos de cinco controles, vinculada con fallas de primer grado del sistema de red, en tanto que la Tabla 6.1.1.5 se focaliza en aspectos que proponen caracterizar las fallas de segundo grado del sistema de red.

Dentro del primer tipo de falla, se analiza la prevalencia de estudios incompletos en términos absolutos y en su incidencia sobre el total de embarazos de este sub-grupo, para ambas instituciones de salud.

Tabla 6.1.1.3

Caracterización de la falta de vacunas, estudios y suplementos debido a fallas de primer grado del sistema de red (la embarazada asistió a menos de 5 controles prenatales)						
	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Casos incompletos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)	Casos incompletos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)
Vacunas						
Anti-rubeola	107	347	30.84	1,094	1,930	56.68
Anti-tetánica	5	345	1.45	775	1,923	40.30
Estudios						
Cervix inspeccion visual	319	344	92.73	1,592	1,906	83.53
Cervix PAP	322	344	93.60	1,757	1,914	91.80
Cervix COLP	319	344	92.73	1,795	1,910	93.98
Toxoplasmosis menor 20 sem.	287	340	84.41	1,262	1,912	66.00
Toxoplasmosis mayor 20 sem.	155	341	45.45	1,150	1,894	60.72
Toxoplasmosis 1er. consulta	287	340	84.41	1,262	1,912	66.00
Chagas	125	345	36.23	844	1,921	43.94
Malaria	342	344	99.42	1,189	1,787	66.54
VIH menos de 20 sem.	69	346	19.94	943	1,907	49.45
VIH mas de 20 sem.	62	346	17.92	717	1,761	40.72
Sífilis no treponemica menos 20 sem.	265	314	84.39	1,322	1,892	69.87
Sífilis no treponemica mas 20 sem.	126	334	37.72	1,016	1,884	53.93
Estreptococo	315	346	91.04	1,772	1,887	93.91
Suplementos						
Hierro	55	345	15.94	800	1,772	45.15
Folatos	76	345	22.03	916	1,757	52.13

La tasa de prevalencia de la falta de vacunas, estudios y suplementos fue calculada en la Tabla 6.1.1.2. La Tabla 6.1.1.3 presenta la desagregación de dichas tasas en términos de casos incompletos y casos totales para la muestra de embarazadas que asistieron a menos de 5 controles prenatales (de manera análoga a lo realizado en la Tabla 6.1.1.1). Se evidencia una marcada falta de estudios en ambos hospitales, con patrones similares de comportamiento entre instituciones. Sin embargo, la dispersión entre estudios faltantes es significativa. La misma se extiende desde un 99,42% en malaria y 93,98% en cervix COLP en San Martín y Varela respectivamente, llegando al 17,92% y 40,72% para VIH en estudios de más de veinte semanas, en ambas instituciones¹⁹.

¹⁹ Resultan sorprendentes las bajas tasas de cumplimiento de estudios en las embarazadas. Esto en principio podría suponer dificultades en la definición de las variables, o en el cálculo de los indicadores asociados a ellas, como en la falta de respuesta en los formularios. Sin embargo, el SIP es preciso a la hora de identificar la existencia o no de cada uno de los estudios, considerando como respuestas válidas las opciones 'sí', 'no' y 'no sabe'. En este caso en particular, se han construido los indicadores de falta de estudios en base a la respuesta *explícita* 'no'.

Dado el alto impacto que tiene la toma de riesgo asociada a la falta de estudios, resulta de especial interés identificar, al menos tentativamente, qué características de la mujer embarazada y de sus antecedentes obstétricos se encuentran 'por detrás' de la cifra de insuficiencia de consultas prenatales llevadas a cabo.

La Tabla 6.1.1.4 muestra el test t de igualdad de medias para un conjunto de características básicas de la embarazada y sus antecedentes obstétricos, como lo son la edad, el número máximo de años de educación (no se pudo obtener esta variable para la base del Hospital San Martín, ya que la misma presenta todos valores *missing*), su condición de madre soltera, el número de gestas previas y el número de abortos, tanto para las sub-muestras que surge de considerar a las embarazadas con menos de 5 consultas prenatales como para la que surge de aquellas que cuentan con 5 o más consultas.

Tabla 6.1.1.4

Test t de igualdad de medias de las características básicas de la embarazada y sus antecedentes obstétricos según el número de consultas prenatales realizadas.						
	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Menos de 5 consultas (1)	5 o más consultas (2)	Dif. (1) - (2)	Menos de 5 consultas (1)	5 o más consultas (2)	Dif. (1) - (2)
Características de la embarazada						
Edad materna	24.04	24.91	-0.87** 0.39	24.82	24.77	0.04 0.17
Máx. años de educación	-	-	-	8.15	8.46	-0.31*** 0.07
Madre soltera (=1 Si)	0.30	0.24	0.07** 0.03	0.14	0.11	0.04*** 0.01
Antecedentes obstétricos						
Número de gestas previas	2.03	1.63	0.4*** 0.12	2.36	1.88	0.47*** 0.05
Número de abortos	0.25	0.29	-0.04 0.04	0.49	0.55	-0.06** 0.03
Obs. (aprox.)	347	1,075		1,952	6,658	

Notas: Niveles de significancia al 1%, 5% y 10% denotados por ***, ** y *.

En base a los resultados de la Tabla 6.1.1.4 y en particular para el Hospital Mi Pueblo (que es la que presenta el mayor número de observaciones), parece no existir una diferencia estadísticamente significativa entre la edad de las embarazadas que asistieron a menos de 5 consultas prenatales y aquellas que asistieron a 5 o más consultas. Por el contrario, se observa una diferencia estadísticamente significativa, al 1%, en términos del máximo año de educación alcanzado por la embarazada: aquellas que asistieron a menos de 5 controles tienen, en promedio, 0.31 años de educación menos que los que poseen las embarazadas que asistieron a 5 o más consultas. Algo similar sucede con la situación conyugal de la embarazada. Aquellas embarazadas que asistieron a menos de 5 consultas tienen mayor probabilidad de ser madres solteras que aquellas embarazadas que asistieron a 5 o más controles. Esto último se verifica para la muestra de ambos hospitales, y son estadísticamente significativas al 5% y 1%, respectivamente.

Paralelamente, el número de embarazos previos marca una diferencia entre las embarazadas con más de cinco controles, de aquellas que no alcanzan ese número

de visitas. Para ambos hospitales, y con diferencias estadísticamente significativas entre grupos, la información sustentaría la presencia de madres más prolíficas en los grupos de menores controles prenatales. En tanto, la ocurrencia de abortos aumenta las chances de superar las cinco consultas en el Hospital Mi Pueblo, no existiendo diferencias significativas entre grupos en el Hospital de La Plata.

A continuación, en la Tabla 6.1.1.5, presentamos la caracterización de la falta de vacunas, estudios y suplementos debido a fallas de segundo grado del sistema de red.

Como mencionamos anteriormente, esta tabla fue construida en base a la muestra de embarazadas que asistieron a 5 o más controles prenatales.

En primer lugar, y a nivel general, es sorprendente la elevada falta de vacunas, estudios y suplementos que resultan como consecuencia de las fallas de segundo grado del sistema de red. Entre estas elevadas tasas, se destacan las vinculadas a exámenes ginecológicos de la embarazada, como es el caso de Cervix inspección visual, CervixPAP, Cervix COLP y Estreptococo. Estos resultados surgen del estudio de las bases de ambos hospitales.

Nuevamente a nivel general, y desde un punto de vista estrictamente comparado, las fallas de red vinculadas a falta de vacunas y suplementos se encuentran presentes, en mayor proporción, en las embarazadas a cargo del Hospital Mi Pueblo, mientras que en los embarazos a cargo del Hospital San Martín se identifican, en mayor proporción, las fallas de red asociadas a la falta de estudios.

Tabla 6.1.1.5

Caracterización de la falta de vacunas, estudios y suplementos debido a fallas de segundo grado del sistema de red (la embarazada asistió a 5 o más controles prenatales)						
	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Casos incompletos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)	Casos incompletos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)
Vacunas						
Anti-rubeola	464	1,076	43.12	3,396	6,539	51.93
Anti-tetánica	22	1,076	2.04	2,116	6,554	32.29
Estudios						
Cervix inspeccion visual	937	1,074	87.24	4,099	6,401	64.04
Cervix PAP	923	1,075	85.86	4,651	6,452	72.09
Cervix COLP	918	1,073	85.55	5,112	6,420	79.63
Toxoplasmosis menor 20 sem.	678	1,060	63.96	1,726	6,527	26.44
Toxoplasmosis mayor 20 sem.	213	1,073	19.85	2,054	6,385	32.17
Toxoplasmosis 1er. consulta	678	1,060	63.96	1,726	6,527	26.44
Chagas	113	1,072	10.54	437	6,574	6.65
Malaria	1,059	1,068	99.16	2,193	6,080	36.07
VIH menos de 20 sem.	38	1,071	3.55	1,189	6,554	18.14
VIH mas de 20 sem.	42	1,073	3.91	1,286	6,015	21.38
Sifilis no treponemica menos 20 sem.	614	1,002	61.28	1,788	6,480	27.59
Sifilis no treponemica mas 20 sem.	164	1,074	15.27	1,694	6,401	26.46
Estreptococo	804	1,072	75.00	4,724	6,444	73.31
Suplementos						
Hierro	15	1,074	1.40	1,100	6,236	17.64
Folatos	54	1,072	5.04	1,653	6,162	26.83

Tabla 6.1.1.6

Caracterización de los partos según la presencia de factores de riesgo, y que no culminaron en cesárea.						
Factores de riesgo	San Martín (LP)			Mi Pueblo (FV)		
	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)
Gesta actual						
Presentación pelviana o transversa	0	38	0.0	74	281	26.3
Tamaño fetal no acorde	6	15	40.0	47	83	56.6
Hemorragia 3er trimestre	0	7	0.0	6	29	20.7
Hemorragia postparto	0	1	0.0	5	6	83.3
Infección purpural	0	1	0.0	4	9	44.4
Enfermedades						
HTA previa	5	17	29.4	18	36	50.0
HTA inducida	25	82	30.5	114	221	51.6
Preeclampsia	0	21	0.0	26	99	26.3
Eclampsia	0	2	0.0	6	15	40.0
Cardiopatía	0	1	0.0	1	2	50.0
Diabetes	20	56	35.7	52	94	55.3
Infección ovular	0	0	0.0	9	14	64.3
Infección urinaria	11	21	52.4	134	167	80.2
Amenaza parto pretérmino	1	10	10.0	197	247	79.8
RCIU	0	2	0.0	31	63	49.2
Ruptura prematura de membrana	43	80	53.8	907	1,061	85.5
Anemia	13	25	52.0	698	840	83.1
Otra condición médica grave	80	165	48.5	69	121	57.0

Retornando al principio de esta sub-sección, recordamos que la Tabla 6.1.1.1 presentó una caracterización de los factores de riesgo durante el embarazo.

Un resultado que ha sido documentado por la literatura médica es la elevada correlación entre embarazos de riesgo y partos de riesgo. En esta dirección, la Tabla 6.1.1.6 tiene por propósito brindar una caracterización de los partos de riesgo.

En primera instancia, resulta importante brindar la definición de parto de riesgo que será utilizada en este trabajo: entenderemos como parto de riesgo a todo aquel parto se da en un contexto de existencia de factores de riesgo al momento del parto, y que no ha finalizado en una cesárea (y sí en otro tipo de parto, como por ejemplo el parto natural).

Desde un punto de vista estrictamente comparativo, y para todos los factores de riesgo que hemos considerado, el Hospital San Martín exhibe tasas de partos de riesgo que son menores a las evidenciadas por el Hospital Mi Pueblo. Esto podría obedecer a que el primer hospital se caracteriza por dar tratamiento a embarazadas de muy alto riesgo y, en este sentido, podría contar con una mayor disponibilidad de recursos humanos, insumos, infraestructura, tecnología, etc.

6.1.2.- Intensidad del riesgo absorbido por los hospitales y de las fallas presentes en los estudios de diagnóstico

En este apartado se avanza en la identificación de múltiples factores de riesgo y su distribución entre embarazadas y prestadores. Esto permitirá, al menos tentativamente, mensurar el riesgo absorbido por los hospitales bajo estudio y la intensidad de las fallas presentes en los cuidados de la embarazada en términos de falta de vacunas, estudios y suplementos.

Tabla 6.1.2.1

Proporción de embarazos de riesgo y partos de riesgo según la cantidad de factores de riesgo presentes.				
Cantidad de factores	San Martín (LP)		Mi Pueblo (FV)	
	Embarazos de riesgo (%)	Partos de riesgo (%)	Embarazos de riesgo (%)	Partos de riesgo (%)
f=1	52.59	0.57	73.59	1.70
f=2	19.52	0.00	28.91	0.08
f=3	5.52	-	8.57	0.00
f=4	1.54	-	2.15	-
f=5	0.63	-	0.43	-
f=6	0.06	-	0.06	-
f=7	0.06	-	0.01	-
f=8	0.00	-	0.00	-

La Tabla muestra, en líneas generales, dos resultados. El primero de ellos es que el Hospital San Martín parece absorber relativamente menos embarazos de riesgo de lo que cabría esperar en primera instancia, dado su sesgo de muy alta complejidad. Esto es cierto independientemente del número de factores de riesgo considerados.

Tabla 6.1.2.2

Proporción de fallas de primer y segundo grado del sistema de red según la cantidad de fallas presentes, expresadas en términos del total de embarazos				
Cantidad de fallas	San Martín (LP)		Mi Pueblo (FV)	
	Fallas de primer grado (%)	Fallas de segundo grado (%)	Fallas de primer grado (%)	Fallas de segundo grado (%)
f=1	24.39	75.61	22.53	75.53
f=2	24.28	75.44	22.34	74.55
f=3	24.17	75.13	22.04	73.29
f=4	24.01	74.52	21.72	71.42
f=5	23.58	73.37	21.00	68.38
f=6	22.65	69.96	20.22	63.58
f=7	21.57	65.78	18.78	57.32
f=8	19.94	60.43	17.36	49.50
f=9	14.19	46.53	15.64	40.63
f=10	11.00	26.79	13.84	29.67
f=11	9.58	20.23	12.07	20.37
f=12	6.52	10.57	10.39	14.00
f=13	4.95	2.53	8.89	9.57
f=14	3.93	0.57	7.59	6.75
f=15	3.58	0.29	6.02	4.06
f=16	0.92	0.00	4.09	1.94
f=17	0.00	-	1.71	0.47
f=18	-	-	0.00	0.00

La segunda observación, es que el Hospital San Martín tiene una proporción mucho menor de partos de riesgo que el Hospital Mi Pueblo, independientemente de la

cantidad de factores considerados. La Tabla 6.1.2.2, muestra la desagregación de las fallas de vacunas, estudios y suplementos entre aquellas que obedecen a toma de riesgo de la embarazada y aquellas que obedecen a fallas de la red, según la cantidad de fallas presentes.

Los datos de la Tabla parecen indicar que el Hospital San Martín recibe una mayor proporción de embarazos caracterizados tanto por una toma de riesgos desde la embarazada, como por fallas de red que el Hospital Mi Pueblo. Esto es cierto si consideramos desde 1 a 8/9 fallas. Sin embargo, esta tendencia se revierte a partir de la 8/9 falla, en donde es el Hospital Mi Pueblo quien comienza a recibir una mayor proporción de embarazos con falta de vacunas, estudios y suplementos bajo ambas conductas de riesgo.

6.1.3. Resultados de salud de la embarazada y el recién nacido

Finalmente, se presenta una caracterización de los resultados de salud de cada uno de los hospitales, buscando vincular estos diferentes *outputs* con la presencia de factores de riesgo, tanto aquellos asociados con un ‘comportamiento riesgoso’ por parte de la embarazada, como también por parte del centro de salud.

Definiremos entonces un conjunto de variables de resultados de salud que estará conformado por:

- (1) Situación de parto o aborto.
- (2) Recién nacido vive o fallece.
- (3) Recién nacido pre-término.
- (4) Tamaño fetal no acorde.
- (5) Recién nacido de bajo peso (<2500 gr.).
- (6) Recién nacido de muy bajo peso (<1500 gr.).
- (7) Recién nacido con perímetro cefálico insuficiente (<34 cm.).
- (8) Recién nacido con longitud insuficiente (<47 cm.)
- (9) Recién nacido con Apgar 1er. Min. <7.
- (10) Recién nacido con Apgar 1er. Min. <4.
- (11) Recién nacido con Apgar 5to. Min. <7.
- (12) Recién nacido con Apgar 5to. Min. <4.

Estos indicadores de resultados de salud han sido construidos para cada uno de los hospitales en base a información existente en las bases de datos del sistema SIP.

Las Tablas 6.1.3.1 y 6.1.3.2 muestran una caracterización de las variables de resultados de salud en base a la muestra total de embarazos, las sub-muestras que surgen de considerar a las embarazadas que presentan cada uno de los factores de riesgo, y la sub-muestras que surgen de considerar a las embarazadas ‘tomadoras de riesgo’ y a las embarazadas que asisten a ‘centros tomadores de riesgo’.

Como fuera identificado previamente, se ha podido identificar un trazador “proxy” que separa ambas potenciales conductas, las cuales se vinculan con un corte de cinco consultas prenatales y presenta al menos un factor de riesgo. Por otra parte, definimos como ‘embarazada que asistió a un centro tomador de riesgo’ a toda aquella embarazada que asistió a 5 o más consultas prenatales y sin embargo le falta al

menos una vacuna, un estudio básico de embarazo o un suplemento, lo que denota una proxy de comportamiento irresponsable por parte del centro de salud.

Las Tablas presentadas permiten analizar, desde una perspectiva comparada, los diferentes resultados de salud para la muestra total de partos y para las distintas sub-muestras que surgen de considerar la presencia de cada uno de los diferentes factores de riesgo. La finalidad de esto es exhibir el potencial efecto (no condicionado) que podrían tener cada uno de los factores de riesgo por un lado, y las medidas de toma de riesgo por otro, sobre los distintos resultados de salud. Estos resultados de salud son presentados como una tasa de incidencia comprendida entre 1 y 0²⁰. Para el análisis de estos indicadores de salud consideraremos a todas aquellas sub-muestras que cuenten con al menos 30 observaciones.

Tabla 6.1.3.1

Caracterización de los resultados de salud de la embarazada y el recién nacido. Hospital San Martín (LP)												
	Variables de resultados de salud											
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Muestra total (1639)	0.00	0.01	0.15	0.01	0.15	0.03	0.27	0.12	0.05	0.02	0.01	0.01
Presencia de factores de riesgo												
Menos de 5 consultas prenatales (347)	0.00	0.01	0.20	0.01	0.20	0.05	0.32	0.17	0.07	0.02	0.02	0.01
Edad materna <19 (255)	0.00	0.00	0.13	0.01	0.14	0.03	0.33	0.14	0.04	0.02	0.02	0.01
Más de 2 abortos (60)	0.00	0.00	0.17	0.02	0.10	0.02	0.24	0.12	0.02	0.00	0.00	0.00
Diabetes (47)	0.00	0.00	0.17	0.02	0.11	0.04	0.17	0.11	0.02	0.00	0.00	0.00
Hipertensión (33)	0.00	0.00	0.27	0.03	0.21	0.09	0.19	0.13	0.03	0.00	0.00	0.00
TBC (2)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00	0.50	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00
Preeclampsia (6)	0.00	0.00	0.83	0.00	0.67	0.50	0.20	0.40	0.17	0.17	0.17	0.00
Eclampsia (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otra condición médica grave (238)	0.00	0.00	0.15	0.00	0.16	0.03	0.25	0.13	0.04	0.00	0.00	0.00
Cirugía genito-urinaria (20)	0.00	0.00	0.26	0.00	0.30	0.05	0.44	0.26	0.10	0.05	0.05	0.05
Infertilidad (0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiopatía (1)	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Nefropatía (2)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Chagas (38)	0.00	0.03	0.08	0.03	0.11	0.03	0.22	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00
Violencia (2)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00	0.50	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00
Drogas (16)	0.00	0.00	0.06	0.00	0.06	0.00	0.31	0.19	0.13	0.00	0.00	0.00
Alcohol (6)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00
Toma de riesgo												
Embarazada tomadora de riesgo ^a (124)	0.00	0.03	0.20	0.01	0.23	0.05	0.34	0.18	0.08	0.04	0.04	0.03
Embarazada con centro tomador de riesgo ^b (805)	0.00	0.00	0.11	0.01	0.11	0.02	0.31	0.13	0.03	0.01	0.01	0.01
Notas:												
Número de observaciones entre paréntesis.												
Variables de resultados de salud:												
(1) Parto/aborto (=1 aborto)												
(2) Rn vive/fallece (=1 fallece)												
(3) Rn pretérmino (=1 si)												
(4) Tamaño fetal no acorde (=1 si)												
(5) Rn de bajo peso, <2500 gr., (=1 si)												
(6) Rn de muy bajo peso, <1500 gr., (=1 si)												
(7) Rn perímetro cefálico insuficiente, <34 cm., (=1 si)												
(8) Rn longitud insuficiente, <47 cm., (=1 si)												
(9) Rn Apgar 1er. Min. <7 (=1 si)												
(10) Rn Apgar 1er. Min. <4 (=1 si)												
(11) Rn Apgar 5to. Min. <7 (=1 si)												
(12) Rn Apgar 5to. Min. <4 (=1 si)												
^a Embarazada tomadora de riesgo: es toda aquella embarazada que presenta al menos un factor de riesgo y asistió a menos de 5 consultas prenatales.												
^b Embarazada con centro tomador de riesgo: es toda aquella embarazada que asistió a 5 o más consultas prenatales y le falta al menos una vacuna, un estudio básico de embarazo o un suplemento.												

²⁰ Esto es, dada la definición de las variables de resultados de salud (variables dummy), los valores numéricos deben ser interpretados como una proporción de casos positivos comprendidos entre 1 y 0. De esta manera, y a modo de ejemplo, si nos concentramos en la variable (5), que representa la existencia de bajo peso al nacer, diremos que bajo la 'muestra total' el 15% de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer. Dentro de la misma variable, diremos que, para la sub-muestra embarazadas que asistieron a menos de 5 consultas prenatales, el 20% de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer.

En base a estas consideraciones, puede decirse que el factor de riesgo más importante es el de la asistencia a menos de 5 consultas prenatales, y ello es cierto para ambos hospitales. La sub-muestra que surge de considerar la existencia de este factor de riesgo presenta resultados de salud que, en promedio, son claramente menos favorables que los que surgen de la muestra total. Esto es cierto en el caso del Hospital San Martín para 6 de las variables de salud definidas anteriormente, y para 10 de los indicadores en el caso del Hospital Mi Pueblo.

En orden de importancia, continúan para el Hospital San Martín la presencia de hipertensión (con 4 valores superiores a los que surgen de la muestra total), y diabetes y chagas (3 valores superiores cada uno). En el Hospital San Martín se ubica como el segundo factor de riesgo relevante la presencia de diabetes, y cirugía genito-urinaria (con 9 valores superiores a los que surgen de la muestra total), seguidos por la presencia de hipertensión y preeclampsia (8 valores superiores).

En relación a las variables de 'toma de riesgo', las embarazadas tomadoras de riesgo del Hospital San Martín presentan resultados de salud menos favorables que la muestra total de embarazos en 9 de las 12 variables de salud definidas. Paralelamente, en el Hospital Mi Pueblo son 11 las variables que muestran resultados menos favorables que el promedio. No obstante, este indicador ha sido construido en base a las embarazadas que han tenido menos de 5 consultas prenatales y que han presentado al menos un factor de riesgo.

Tabla 6.1.3.2

Caracterización de los resultados de salud de la embarazada y el recién nacido. Hospital Mi Pueblo (FV)												
	Variables de resultados de salud											
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Muestra total (8951)	0.01	0.01	0.07	0.01	0.09	0.02	0.00	0.00	0.05	0.02	0.02	0.02
Presencia de factores de riesgo												
Menos de 5 consultas prenatales (1952)	0.03	0.03	0.16	0.01	0.18	0.08	0.01	0.00	0.10	0.06	0.06	0.06
Edad materna <19 (1506)	0.01	0.01	0.08	0.01	0.11	0.03	0.01	0.00	0.06	0.03	0.02	0.02
Más de 2 abortos (415)	0.01	0.02	0.07	0.01	0.10	0.03	0.00	0.00	0.05	0.03	0.03	0.02
Diabetes (105)	0.03	0.03	0.13	0.01	0.15	0.06	0.00	0.00	0.08	0.06	0.06	0.06
Hipertensión (458)	0.01	0.02	0.09	0.02	0.11	0.02	0.00	0.00	0.06	0.04	0.04	0.03
TBC (35)	0.00	0.00	0.03	0.03	0.11	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Preeclampsia (113)	0.00	0.02	0.09	0.02	0.11	0.03	0.00	0.00	0.05	0.04	0.04	0.03
Eclampsia (30)	0.00	0.00	0.13	0.00	0.10	0.00	0.00	0.00	0.03	0.03	0.03	0.00
Otra condición médica grave (232)	0.01	0.01	0.07	0.01	0.10	0.01	0.00	0.00	0.04	0.02	0.02	0.01
Cirugía genito-urinaria (858)	0.02	0.02	0.08	0.01	0.10	0.03	0.00	0.00	0.07	0.04	0.03	0.03
Infertilidad (2)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cardiopatía (14)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.00	0.00
Nefropatía (4)	0.00	0.00	0.50	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Chagas (156)	0.00	0.00	0.04	0.01	0.07	0.00	0.00	0.00	0.02	0.01	0.01	0.00
Violencia (11)	0.00	0.00	0.09	0.00	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Drogas (88)	0.00	0.01	0.11	0.02	0.15	0.01	0.00	0.00	0.06	0.01	0.01	0.01
Alcohol (60)	0.00	0.00	0.12	0.02	0.15	0.02	0.00	0.00	0.03	0.02	0.00	0.00
Toma de riesgo												
Embarazada tomadora de riesgo ^a (827)	0.04	0.05	0.18	0.01	0.21	0.10	0.01	0.00	0.12	0.09	0.08	0.08
Embarazada con centro tomador de riesgo ^b (4759)	0.00	0.00	0.05	0.01	0.07	0.01	0.00	0.00	0.03	0.01	0.01	0.01
Notas:												
Número de observaciones entre paréntesis.												
Variables de resultados de salud:												
(1) Parto/aborto (=1 aborto)												
(2) Rn vive/fallece (=1 fallece)												
(3) Rn pretérmino (=1 si)												
(4) Tamaño fetal no acorde (=1 si)												
(5) Rn de bajo peso, <2500 gr., (=1 si)												
(6) Rn de muy bajo peso, <1500 gr., (=1 si)												
(7) Rn perímetro cefálico insuficiente, <34 cm., (=1 si)												
(8) Rn longitud insuficiente, <47 cm., (=1 si)												
(9) Rn Apgar 1er. Min. <7 (=1 si)												
(10) Rn Apgar 1er. Min. <4 (=1 si)												
(11) Rn Apgar 5to. Min. <7 (=1 si)												
(12) Rn Apgar 5to. Min. <4 (=1 si)												
^a Embarazada tomadora de riesgo: es toda aquella embarazada que presenta al menos un factor de riesgo y asistió a menos de 5 consultas prenatales.												
^b Embarazada con centro tomador de riesgo: es toda aquella embarazada que asistió a 5 o más consultas prenatales y le falta al menos una vacuna, un estudio básico de embarazo o un suplemento.												

En este sentido, cuando comparamos esta medida de toma de riesgo con el factor de riesgo 'menos de 5 consultas prenatales', encontramos que los resultados de salud son similares (salvo para el caso de las 3 últimas medidas de Apgar en el Hospital San Martín, siendo superiores en el caso de toma de riesgo). Esto mostraría evidencia de que los malos resultados en salud exhibidos por las embarazadas tomadoras de riesgo reflejaría en realidad el efecto de tener menos de 5 consultas prenatales en lugar del efecto de 'comportamiento riesgoso' por parte de la madre (salvo para el caso de las últimas 3 medidas de Apgar anteriormente señaladas). Esta observación es válida para ambos hospitales.

En relación a las embarazadas que asistieron a un centro tomador de riesgo, podemos inferir que las mismas presentan, en promedio, resultados de salud menos desfavorables que la muestra total de embarazadas (salvo para dos variables, perímetro cefálico insuficiente y longitud insuficiente en el caso del Hospital San Martín). Este es un resultado que parece ser contra-intuitivo²¹. Tentativamente, una posibilidad descansaría en que la "toma de riesgo" por parte de los centros de salud podría obedecer a un contexto de restricciones de recursos, humanos, insumos, tecnología, etc., que limita sus posibilidades de desarrollo de una estrategia más amplia de cobertura. Esta hipótesis, de algún modo sustentada en las opiniones obtenidas en el trabajo de campo, requiere de mayor análisis, incorporando información vinculada con estructura de los centros, factores de riesgo del entorno e insumos necesarios para cada intervención específica, a fin de establecer el nivel de selección de riesgo vinculado en cada caso.

6.2.- Absorción de Riesgo y Cabeceras de Red

El desarrollo de la sección anterior plantea, entre otros temas, la necesidad de establecer criterios definidos en la organización de redes de referencia sanitaria, permitiendo el desplazamiento de riesgos desde instituciones de menor complejidad y capacidad técnica hacia instituciones de mayor complejidad. En la medida que ello sucede, el sistema aumenta su capacidad de cobertura, y asigna capacidades específicas en instituciones de relativamente mayor estructura de resolución.

Tratándose de una institución que desplaza su atención hacia el alto riesgo, buscando convertirse en un centro de derivación provincial, el Hospital San Martín de La Plata debiera mostrar una conducta consistente con tal esquema de "transferencia planeada de riesgo hacia el mayor nivel de complejidad". Ello puede traducirse en tres elementos: (i) mayor absorción de pacientes por fuera de su área regional de atención, (ii) baja probabilidad de referencia aguas arriba, concentrada en un grupo puntual de casos, y (iii) evolución temporal de pacientes hacia un perfil de mayor riesgo.

La Tabla 6.2.1 muestra para el año 2008, del cual se cuenta con información disponible, la estructura de pacientes recibidos por la institución destinada a casos críticos en el área de perinatología. Se observa que el 92,64% de los casos corresponde a la Región Sanitaria XI, y que, más especialmente, el 77,53% de los partos atendidos son parte de la población de la ciudad de La Plata. Sólo un 6,52% de las derivaciones incorporadas refieren a residentes de otras regiones sanitarias, particularmente trece en la Región VI y diez en la Región VIII.

Este indicador permite inferir cierta limitación en el planeamiento de las redes sanitarias de la Provincia de Buenos Aires (y que exceden al Hospital San Martín), y la necesidad de abonar un accionar que reduzca la recepción de casos de bajo riesgo y

²¹En principio, sería de esperar que aquellas embarazadas que asistieron a un centro tomador de riesgo evidencien resultados de salud menos favorables que el promedio de embarazadas.

aumente la incidencia de los nacimientos de riesgo medio u alto. El argumento coincide con las opiniones vertidas por personal del hospital, que estima que más de dos tercios de los pacientes derivados desde centros de salud no cuentan con riesgo necesario para ser atendidos en el Hospital.

En segundo lugar, la Tabla 6.2.2 establece la presencia de un número extremadamente bajo de derivaciones desde el hospital de La Plata a otras instituciones, durante el año iniciado en marzo del 2011, mostrando el sesgo receptor, antes que emisor. De las sesenta y seis madres que debieron ser transferidas fuera del Hospital San Martín, en su mayoría fueron referidos al Hospital de Niños de La Plata, y sólo 6,5% de las referencias fueron canalizadas fuera de esa institución. De estas trece, sólo tres de ellas cumplen con las características simultáneas de ser derivaciones a otras instituciones por fuera del HNLP y contar con motivos clínicos específicos, en tanto que ocho se asocian con particularidades tales como la falta de equipo o infraestructura sanitaria dentro del Hospital, por motivo de congestión sanitaria. Del total de casos referenciados desde San Martín, nueve de ellos contaban con bajo o muy bajo peso, en tanto que cinco son de menos de 30 semanas de gestación.

Tabla 6.2.1

Hospital San Martín (LP). Procedencia de las derivaciones intra y extra región sanitaria. Número de derivaciones y participación porcentual. Año 2008.		
	N	%
Región sanitaria XI	540	92,62
<i>La Plata y alrededores</i>	452	77,53
<i>Berisso</i>	39	6,69
<i>Ensenada</i>	9	1,54
<i>Brandsen</i>	9	1,54
<i>Magdalena</i>	5	0,86
<i>Chascomús</i>	5	0,86
<i>Cañuelas</i>	3	0,51
<i>San Vicente</i>	3	0,51
<i>Castelli</i>	3	0,51
<i>Romero</i>	3	0,51
<i>Guernica</i>	2	0,34
<i>Verónica</i>	2	0,34
<i>Pila</i>	1	0,17
<i>Gral Belgrano</i>	1	0,17
<i>Ranchos</i>	1	0,17
<i>Bavío</i>	1	0,17
<i>Pipinas</i>	1	0,17
Otras regiones sanitarias	38	6,52
<i>Región II</i>	2	0,34
<i>Región IV</i>	4	0,69
<i>Región VI</i>	13	2,23
<i>Región VII</i>	1	0,17
<i>Región VIII</i>	10	1,72
<i>Región X</i>	8	1,37
Otras provincias	1	0,17
<i>Mendoza</i>	1	0,17
Se ignora	4	0,69
Total	583	100,00

Tabla 6.2.2

Hospital San Martín (LP). Derivaciones hacia otros hospitales por tipo de diagnóstico. Número de observaciones, porcentaje en relación al total, peso promedio, edad gestacional promedio y establecimiento de derivación. Periodo Marzo 2011-Abril 2012.

Diagnóstico	N	%	Peso promedio (Gr.)	Edad gestacional promedio (Sem.)	Establecimiento de derivación
Cardiopatía congénita	12	18,18	3004,17	37,58	HNLP
Gastrosquisis	9	13,64	2242,11	36,11	HNLP
Mielomeningocele	5	7,58	3592,00	37,80	HNLP
Artritis Séptica	1	1,52	1870,00	35,00	HNLP
Atresia Anal	1	1,52	3000,00	38,00	HNLP
Cardiopatía compleja	1	1,52	2830,00	38,00	HNLP
Catarata congénita	1	1,52	3070,00	38,00	HNLP
Cirugía ductus	1	1,52	600,00	25,00	HNLP
Coartación de aorta	1	1,52	2540,00	37,00	HNLP
ECN-DAP	1	1,52	980,00	28,00	HNLP
Enterocolitis necrotizante	1	1,52	2480,00	36,00	HNLP
Estridor laríngeo	1	1,52	2430,00	38,00	HNLP
Henterocolitis necrotizante	1	1,52	900,00	25,00	HNLP
Hernia diafragmática	1	1,52	3650,00	39,00	HNLP
Hidrocefalia Congénita	1	1,52	3600,00	36,00	HNLP
Hidrocefalia post hemorragia endocraneana	1	1,52	900,00	28,00	HNLP
Hidronefrosis congénita	1	1,52	4340,00	38,00	HNLP
Mielomeningocele hidrocefalia	1	1,52	2250,00	34,00	HNLP
Mielomeningocele postoperatorio	1	1,52	3050,00	38,00	HNLP
Obstrucción intestinal	1	1,52	2850,00	37,00	HNLP
Oclusión intestinal	1	1,52	1450,00	32,00	HNLP
Parálisis diafragmática, s. genético, doble sist. Ren:	1	1,52	2000,00	35,00	HNLP
Prematuridad extrema	1	1,52	750,00	25,00	HNLP
Radioparidad congénita	1	1,52	3000,00	37,00	HNLP
S. Down - sepsis severa - RCIU severo	1	1,52	1390,00	40,00	HNLP
S. genético - cardiopatía - DBP - Sepsis	1	1,52	2160,00	36,00	HNLP
SDR	1	1,52	2630,00	36,00	HNLP
Síndrome genético secuencia charge	1	1,52	2250,00	35,00	HNLP
Traumatismo craneano	1	1,52	1750,00	33,00	HNLP
Tumoración cervical posterior	1	1,52	3380,00	38,00	HNLP
Síndrome de Goldenhar	1	1,52	3000,00	39,00	Casa Cuna
Policitemia contrarreferencia	1	1,52	2680,00	37,00	Hospital de 9 de Julio
Holoprosencefalia	1	1,52	2500,00	38,00	Sanatorio Argentino La Plata
Falta de unidad	8	12,12	1880,00	32,63	Ci. Centro (2), Hospital Gonet (1), Hospital Sudamericano la Plata (4), Sanatorio Argentino La Plata (1)
Tiene obra social	2	3,03	1975,00	36,00	Sanatorio Argentino La Plata (1), Hospital Español de La Plata (1)
Total	66	100,00	2370,67	35,12	

Nota: Estas 66 derivaciones, correspondientes al periodo marzo 2011-abril 2012, equivalen al 1.8% de los 3573 nacimientos ocurridos durante ese mismo periodo.

Particularmente, el Hospital San Martín evidencia un aumento sensible en la cantidad de nacimientos atendidos, si se considera el período Enero 2011-Abril 2012. La Figura 6.2.1 muestra la evolución de este indicador por promedios semanales. Sin embargo, las proporciones de los casos intervenidos son relativamente homogéneos en el tiempo. Así el peso porcentual de la cantidad de cesáreas se mantuvo en el entorno del 35%, en tanto la atención de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso fueron de 12,5%, 2,5%, respectivamente. De este modo, si bien es esperable observar un incremento en el tiempo de los casos paradigmático vinculados con absorción de riesgo, el aumento de la escala atendida genera, de hecho, un movimiento hacia la mayor complejidad.

Finalmente, la Figura 6.2.3 muestra una evolución relativamente armónica en la distribución de neonatos internados, en casos de alto, medio o bajo riesgo, con una tendencia hacia la terapia intermedia, vis a vis la alta complejidad ubicada en terapia intensiva y bajo peso.

En conclusión, el movimiento hacia una institución de mayor riesgo regional relativo se ve como un proceso de ser implementado, notando gran capacidad de absorción y un aumento en el número de casos atendidos, aunque no en porcentajes del total. La relativamente homogénea evolución de casos tratados por nivel de complejidad, y especialmente el incremento marginal en terapia intermedia, revela la necesidad de profundizar el modelo hospitalario, alcanzando mayor coordinación con otras regiones sanitarias y hospitales.

Figura 6.2.1

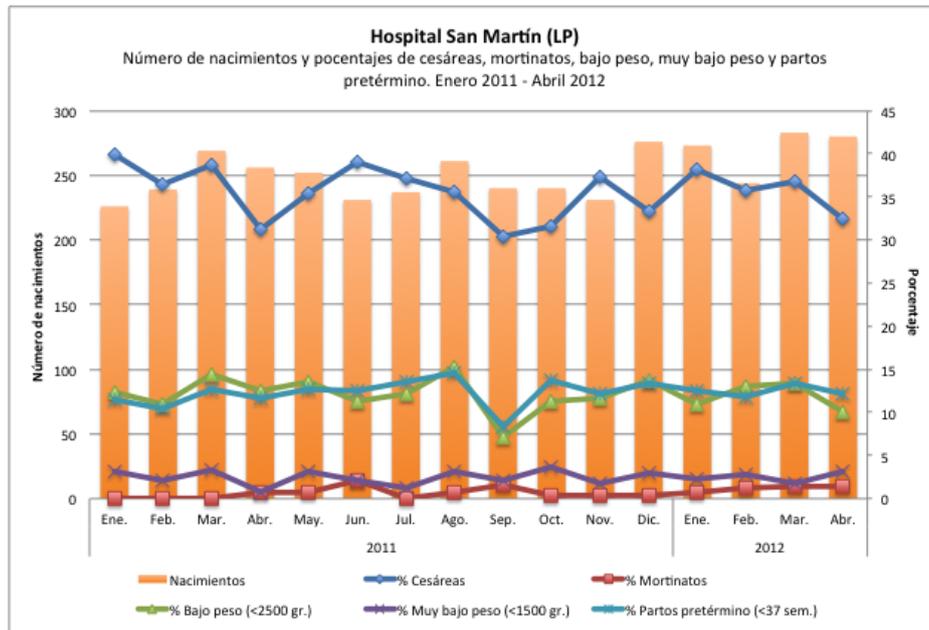
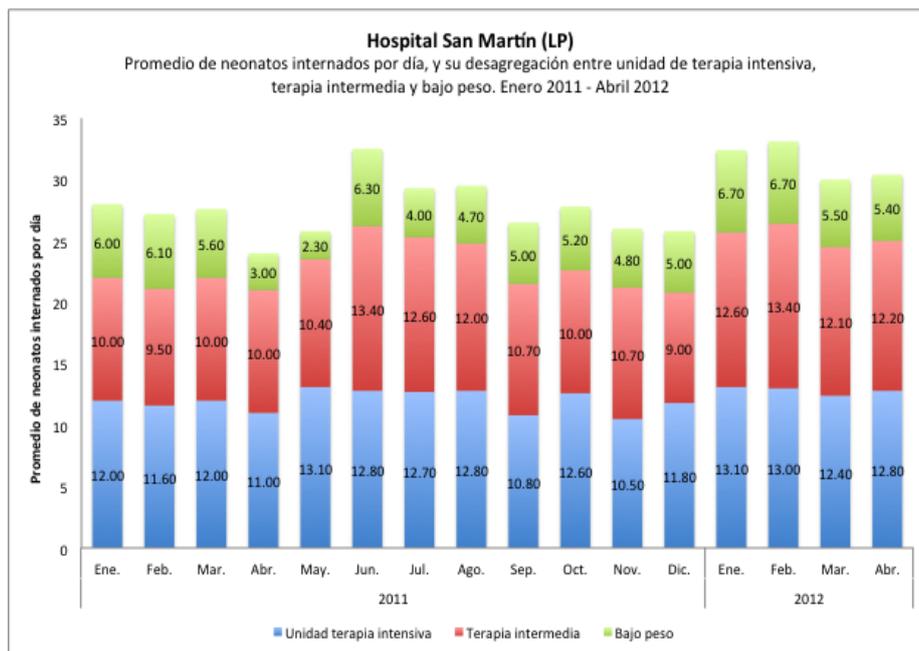


Figura 6.2.2



6.3.- Características de las Referencias de Pacientes en Florencio Varela

Una característica reiterada en la literatura local e internacional sobre el funcionamiento de redes sanitarias se vincula con la oportunidad y necesidad de las derivaciones originadas en los Centros de Atención Primaria hacia sus Hospitales de cabecera. Ellas representan una instancia crítica en el funcionamiento del sistema, ya que resume varios de los elementos discutidos en las secciones previas:

- (i) permite identificar la capacidad del primer nivel de atención de desarrollar su misión dentro de la red, o sus falencias en términos de dotación de insumos y disponibilidad de recursos humanos,
- (ii) identifica los mecanismos usuales de vinculación entre instituciones pertenecientes a la misma red, en tanto muestra la presencia de modalidades formales de derivación y pautas no-regladas de referencia,
- (iii) establece, para cada red, la estructura de absorción o transferencia de riesgos en el ámbito de influencia de la red, definiendo en qué instancia el hospital se hace cargo de la atención de la paciente embarazada, afectando el nivel de congestión hospitalaria y su impacto sobre la capacidad del sistema,
- (iv) establece asimismo la estructura de absorción o transferencia de riesgos financieros y la eficiencia en uso de recursos (repetición o no de estudios diagnósticos, información transferida de uno a otro nivel, etc.),
- (v) todos estos elementos, en mayor o menor medida operan sobre la calidad recibida por las pacientes de la red perinatal, tanto en términos de tratamiento como de trato recibido.

Surge de las entrevistas en profundidad llevadas a cabo para este estudio que el espacio de referencia constituye un lugar de tensión entre dos instituciones que pertenecen a la misma red pero que responden a diferentes administraciones. Tanto desde el nivel ministerial como hospitalario se reconoce la necesidad de mayor coordinación, y aducen que la calidad y/o capacidad de la atención en el primer nivel atenta contra la calidad y capacidad de cobertura de la red en su conjunto.

Las respuestas elaboradas por cada red, en un marco de descentralización provincial hacia los municipios no constituyen, por diseño, parte de un accionar estratégico homogéneo diseñado desde el Ministerio de Salud. Por el contrario, son las Regiones Sanitarias en algunos casos, y los Hospitales de cabecera de red en particular, los encargados de establecer sus criterios de funcionamiento frente a los centros de salud dependientes de las municipalidades bajo su área de influencia²².

²² Como fuera mencionado, los dos hospitales públicos analizados en este trabajo claramente no responden a una selección representativa de la realidad provincial. Por el contrario, reflejan instituciones de referencia provincial de alto riesgo perinatal (San Martín de La Plata) y uno de los dos Hospitales con mayor escala de partos de la Provincia de Buenos Aires (Mi Pueblo de Varela). Por ello, las conclusiones alcanzadas no necesariamente reflejan las conductas de otras instituciones provinciales, las que deberán ser estudiadas en su contexto socio-económico-sanitario.

En ambas instituciones analizadas se observa una tendencia a la absorción de riesgos sanitarios. Tanto el Hospital San Martín como Mi Pueblo prefieren saturar sus salas de obstetricia y reorganizar sus terapias neonatales antes que derivar los pacientes recibidos de otras instituciones de salud. Como fuera planteado en la sección anterior, es común encontrar en ambos hospitales camillas en los pasillos de los servicios esperando plazas en las salas.

Particularmente, la derivación de pacientes de los centros de salud a las guardias o consultorios externos de los hospitales reflejan esta misma tendencia: no remitir las pacientes recibidas al centro de menor complejidad luego de la consulta, sino incorporarlas como “pacientes propias”. “Más allá de que fuera bien o mal referenciada, la paciente que ingresa al hospital se queda como paciente del hospital, y sale de la órbita del hospital con el alta” es la pauta de atención del Hospital San Martín de La Plata. De este modo, y a fin de garantizar su atención, el Hospital prefiere absorber el cuidado y tratamiento de pacientes de menor riesgo –que representan dos tercios del total, según los/as entrevistados/as- antes que devolverlas a los centros de salud de origen que no las referenciaron oportunamente.

Este criterio de absorción de riesgo sanitario y financiero adoptado por el Hospital llevó a buscar mecanismos de coordinación con los centros, principalmente mediante la oferta de capacitación a obstétricas de los centros de atención primaria.

Alternativamente, el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, observando el mismo fenómeno de sobre-referenciamiento, optó por generar un centro de atención particular en el área geográfica de influencia de la institución. El Centro Villa Vatteone se constituyó en el mecanismo de pre-ingreso al Hospital, recibiendo las derivaciones de los otros centros de salud, encargándose de identificar riesgos y proveer tratamientos en la red perinatal.

Creado hace aproximadamente un año atrás, este servicio particular del Centro Villa Vatteone surge como una instancia intermedia de identificación de riesgo, descomprimiendo el servicio de guardia del Hospital Mi Pueblo. La presencia de una historia municipal común entre el Hospital y los Centros de Salud ha permitido mantener un diálogo fluido entre el Municipio y el Hospital, siendo este espacio de atención una prueba de ello.

A partir de la disponibilidad de datos de este Centro, fue posible analizar los casos tratados durante los dieciséis meses de su funcionamiento. Para cada consulta recibida, el Centro Villa Vatteone identifica un diagnóstico y la resolución del mismo, separando entre una devolución al centro de origen, su retención en la institución para darle seguimiento, o su referencia al Hospital Mi Pueblo.

De esta información fue posible construir una serie de figuras que permiten inferir la capacidad de tratamiento de los centros bajo programa, y la referencia oportuna al nivel superior. La Figura 6.3.1 muestra para el total de consultas recibidas²³, cuántas de ellas fueron calificadas de riesgo bajo, y devueltas al centro de referencia, diferenciándolas de aquellas que requirieron derivar a su vez al Hospital. Un tercer grupo de pacientes quedan como usuarios del propio centro (auto derivación), hasta el momento del parto.

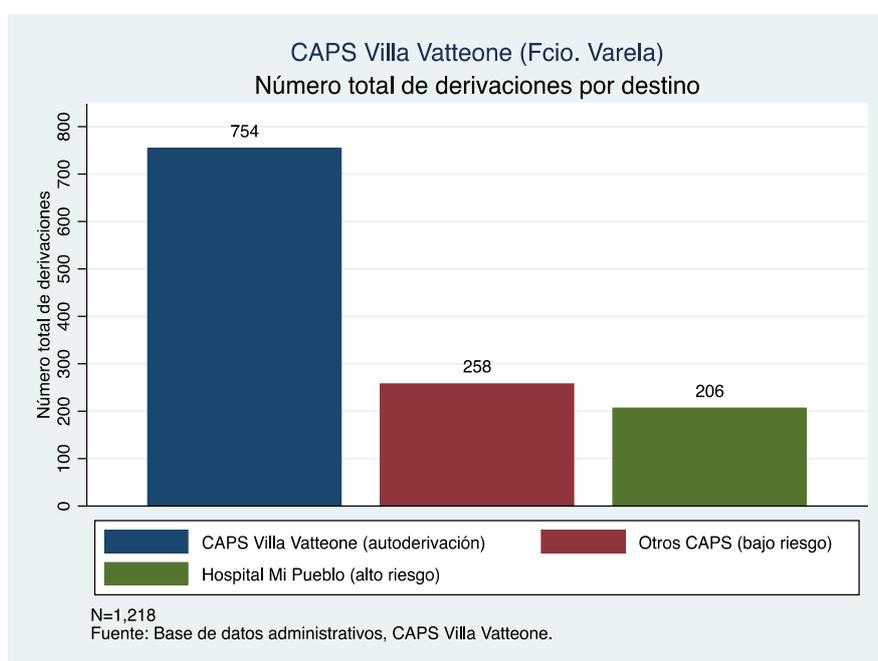
El primero de estos grupos puede considerarse como de derivación innecesaria, en tanto que el segundo se constituye con las pacientes que efectivamente requerían de tal referencia. El tercer grupo, según la opinión del personal del Centro Villa Vatteone,

²³La información administrativa del Centro Villa Vatteone da cuenta de la existencia de 1338 registros desde su fecha de inicio de actividades. En el análisis de esta información administrativa se han identificado 120 registros con problemas en su carga (menos de un 9% de los registros totales). Se tomó la decisión de prescindir de estas observaciones, por lo que en el análisis que se presenta a continuación se utilizará la base administrativa del centro con 1218 registros.

corresponde generalmente a niveles de complejidad bajo o medio que requieren de un seguimiento o tratamiento que no es posible ser recibido en el centro de origen (escasez de recursos humanos, estudios complementarios, equipamiento o insumos).

Como puede observarse, de 1218 embarazadas tratadas, 258 de ellas fueron prematuramente referidas, representando 21,18% del total de los casos. Por otra parte, 206 mujeres embarazadas (16,91%) fueron redirigidas al Hospital por revestir riesgo o madurez suficiente como para ser recibidos por la cabecera de la red. Como consecuencia, más de 60% de las embarazadas referidas por sus centros de salud requieren de un tratamiento que no es posible recibir por las instituciones del sistema. Más allá de la importancia de contar con este centro de complejidad intermedia, la necesidad de equipar y dotar a los centros de la Región VI de recursos humanos capacitados forma parte de la agenda a ser abordada por las autoridades provinciales y municipales.

Cuadro 6.3.1



Complementariamente, la información recogida es posible de ser considerada temporalmente, a fin de establecer la presencia de un proceso de aprendizaje de los centros de atención primaria a lo largo del período de funcionamiento del área de atención Villa Vatteone. En este caso, y dado que las consultas no contaban con fecha de recepción del paciente, se optó por asumir una distribución uniforme de los mismos en el tiempo. Separando entonces a las consultas en grupos de igual número para los dieciséis períodos desde la apertura del servicio, la Figura 6.3.2 permite inferir cambios en las conductas de derivación. Para cada período, se identifican los mismos subgrupos de diagnósticos que en el cuadro previo, no observándose patrones diferenciados en el tiempo ni convergencia hacia una menor referencia de pacientes de menor riesgo, o de derivación oportuna.

Alternativamente, se consideró la posibilidad de existencia de sesgos en la derivación vinculados con los propios centros de atención primaria que dieron origen a la referencia. La Figura 6.3.3 ordena a los CAPs por tipo de consulta referida innecesariamente, dejando en el extremo derecho aquellas de derivación necesaria. Se pone en evidencia la presencia de cierta dispersión entre centros de salud en

términos de comportamiento, con un máximo de sobre-referencias cercano al 40% y un mínimo de perfecta derivación en dos unidades asistenciales del primer nivel. Sin embargo, y más allá de los casos extremos, el cuadro muestra que dos tercios de los centros reflejan derivaciones innecesarias con una dispersión del 5% con respecto a la media, lo que permite referir a una conducta sistemática del modelo de atención de la red, y no al resultado de acciones aisladas de algunos prestadores del primer nivel.

Figura 6.3.2

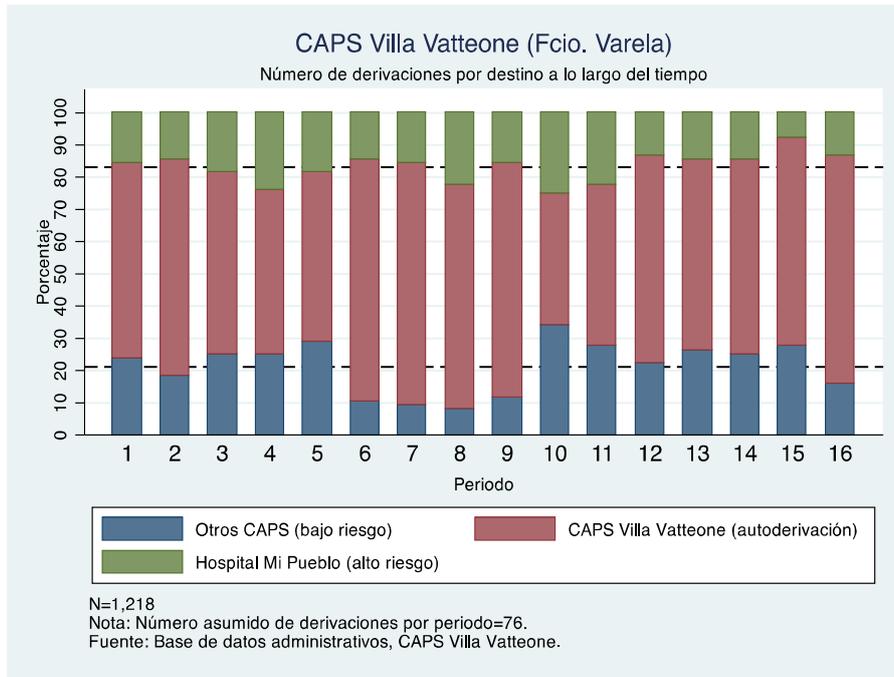
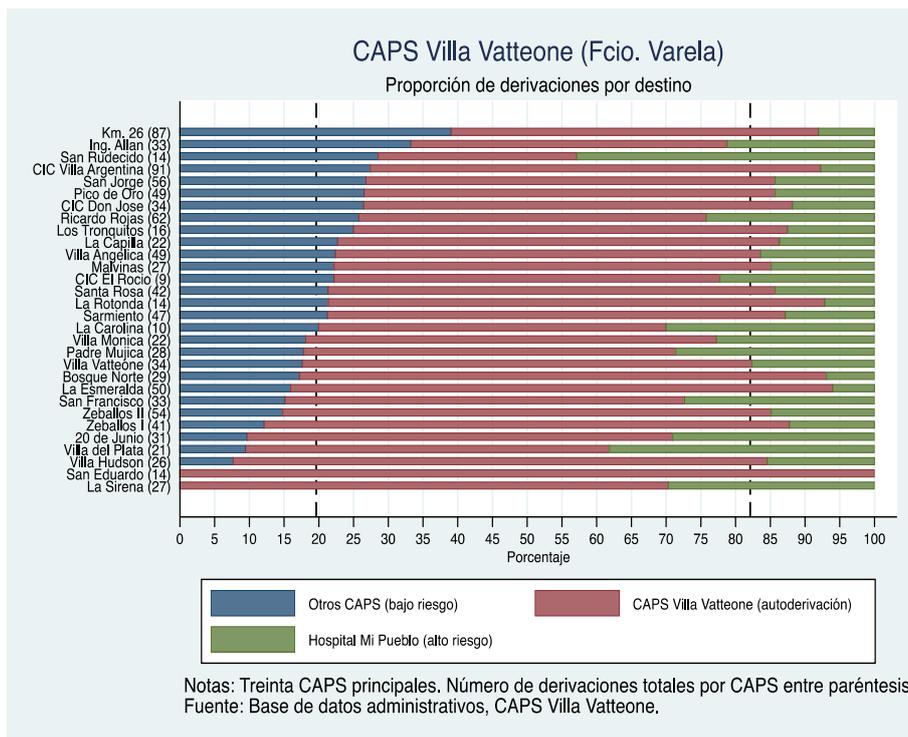
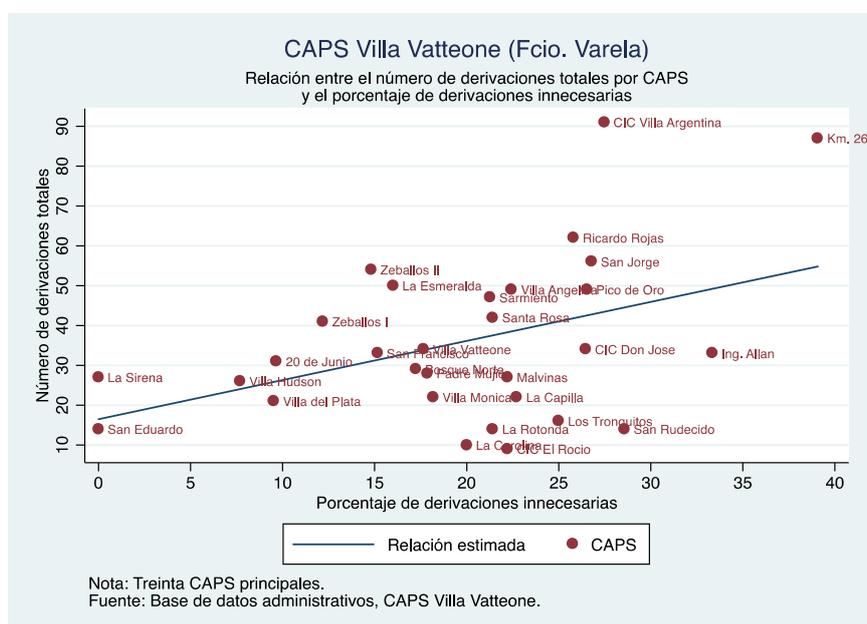


Figura 6.3.3



Finalmente, la Figura 6.3.4 busca inferir -a partir de la información de procesos recogida- la presencia de alguna conducta sistemática por parte de los CAPS. Para ello, se compara para cada centro de salud la escala de atención (medida en número de consultas referidas) y el porcentaje de las mismas que resultaron ser de bajo riesgo. Este ejercicio está sujeto a dos resultados alternativos: el primero de ellos asocia la escala de atención con el aprendizaje, en tanto mayor número de consultas tratadas y referidas debería mostrar menor proporción de derivaciones no-oportunas. De ser este el caso, el signo de la relación entre ambas variables sería inverso. La hipótesis alternativa (una correlación positiva entre consultas y participación de referencias prematuras) haría inferir la presencia de una estructura congestionada, que deriva pacientes sistemáticamente al no poder abordarlas de modo eficaz. La gráfica, acompañada por una línea de tendencia, parece apoyar esta hipótesis alternativa²⁴.

Figura 6.3.4



6.4.- Contra referencia, Características de las Usuaris y del Sistema

En el extremo opuesto de la cadena prestacional en la red perinatal, se identifica el alta de la paciente y el recién nacido, y su contra referencia al centro de salud. Tradicionalmente, esta instancia es poco reconocida por la oferta hospitalaria, particularmente en aquellos casos como el del Hospital San Martín de La Plata, donde sus derivaciones provienen de una geografía amplia, no restringiéndose a abastecer la necesidad de alta complejidad de su Región de residencia. En todo caso, y como fue planteado por buena parte de los entrevistados, la contra referencia constituye una actividad informal del/la profesional que dio seguimiento a cada caso, que mantiene vínculos con el paciente o cuenta con capacidad o conocimiento para dar seguimiento a los casos mediante consultas informales en la red de centros de salud.

²⁴A partir de esta figura, en la cual se consideran los treinta CAPS principales en términos de derivaciones totales, puede conjeturarse en que los CAPS Km. 26 y CIC Villa Argentina constituyen *outliers*, es decir, observaciones que se alejan marcadamente del resto de los datos. No obstante, cuando quitamos estas dos observaciones de la muestra continuamos obteniendo una relación positiva.

En aquellos casos de mayor riesgo, el Hospital San Martín logró articular un mecanismo de seguimiento sistemático a partir de actividades desempeñadas por personal de planta de la institución, más allá de las consultas de rutina para los pacientes de mayor gravedad. El caso de los nacimientos prematuros constituye un tópico de particular interés por parte del Hospital, con reuniones anuales organizadas, talleres y devolución de experiencias, donde participan pacientes, familiares, y personal hospitalario.

El caso del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela permite también en esta oportunidad contar con información valiosa para abordar este fenómeno. La Secretaría de Salud del Municipio mantiene una oficina de Referencia y Contra referencia dentro del Hospital, a pesar que la institución pasó a manos provinciales. Esta oficina, sostenida con recursos del municipio, recoge las altas de las salas de maternidad del Hospital y solicita telefónicamente turnos a los centros de atención de origen de cada una de las madres que tuvieron sus partos en Mi Pueblo. El área de referencia y contra referencia mantiene registros de las altas como también de los turnos gestionados para madres y recién nacidos en cada centro de atención²⁵. Esta información se combina con algunas características básicas de la madre, el recién nacido y el parto, que permiten dar seguimiento a la primera consulta, brindando información sobre la demora entre el alta hospitalaria y la fecha de control, así como también la asistencia o no por parte de la madre y el recién nacido a este último.

La Tabla 6.4.1 presenta un resumen de las estadísticas descriptivas para esta fuente de información. Sobre un total de aproximadamente 1426 altas, se registra un promedio de edad de la madre de veinticuatro años, con una extrema dispersión entre doce y cuarenta y cinco años. Los años de educación de la puérpera promedia los ocho años y medio, un 12% reportó ser soltera y el promedio de consultas prenatales alcanzó las siete visitas, con extremos de entre dieciocho y ninguna. Del total de casos reportados, sólo se dispone de información sobre asistencia (o no) al control de contra referencia para aproximadamente un tercio de las observaciones. Dentro de esta muestra, un 73% de las madres asistieron a su turno programado, y un 81% acudió a la consulta del recién nacido.

Tabla 6.4.1

Estadísticas descriptivas de las variables consideradas en el análisis.					
Variable	Obs.	Media	Desvío	Min.	Max.
Asistencia al turno puerpera (=1 Si)	448	0,73	0,44	0	1
Asistencia al turno RN (=1 Si)	554	0,81	0,39	0	1
Edad materna	1.418	24,13	6,17	12	45
Max. años de educación puerpera	1.343	8,62	2,58	0	20
Madre soltera (=1 Si)	1.418	0,12	0,32	0	1
No. consultas prenatales	1.387	7,07	3,08	0	18
Peso en gramos RN	1.416	3.304,58	557,33	300	5.270
Demora turno puerpera en días	1.177	6,30	3,99	0	38
Demora turno RN en días	1.159	6,67	4,13	1	38

²⁵ La oficina de referencia y contra referencia tiene también a su cargo la gestión de turnos para estudios complementarios solicitados por los centros al hospital. Para ello, la oficina cuenta con un número fijo de consultas a distribuir entre las necesidades de los CAPS. Asimismo, esta dependencia organiza la ronda de extracciones de sangre y otros estudios realizados por bioquímicos en los centros, que utilizan esas visitas para distribuir los resultados generados en las rondas de la quincena previa.

El análisis no condicionado permite comparar las características disponibles de la madre y de la consulta programada para establecer comportamientos alternativos frente a la contra referencia. Mediante un test de medias comparadas, el Cuadro 6.4.2 considera, por separado, la asistencia (o no) a la consulta de la puerpera y del recién nacido. Para cada caso, el cuadro presenta la media estadística de las variables participantes, para abordar en la tercera columna de cada tipo de consulta la presencia de significancia estadística entre aquellas madres que acudieron o no a cada tipo de consulta en el primer nivel.

Los resultados alcanzados muestran que la edad de la madre no difiere entre grupos que asisten y no asisten a cualquiera de las dos consultas, cercano a los 24 años en todos los casos. Tampoco difieren los años de educación, en tanto que el estado civil opera marginalmente en las consultas del recién nacido (aumentando la probabilidad de ocurrencia en el caso de ser madre soltera). Complementariamente, el peso del recién nacido se asocia con la existencia de consulta, aunque con un signo opuesto al esperado: la variable de menor peso al nacer aparece con una menor probabilidad de asistencia a la consulta de regreso al hogar. Esto puede deberse a la alta correlación positiva que existe entre el peso al nacer del recién nacido y el número de consultas prenatales de la madre, correlación que no es considerada en este análisis no condicionado. En este caso, mayor número de consultas durante el embarazo se asoció positivamente con asistencia a la sala de salud con posterioridad al mismo. Finalmente, mayor demora entre el momento del alta hospitalaria y la consulta programada presenta una correlación inversa con la asistencia a la misma.

Tabla.6.4.2

Test t de igualdad de medias de las variables consideradas en el análisis según la condición de asistencia o no al control programado de contrareferencia.						
Variable	Puerpera			RN		
	Si	No	Dif.	Si	No	Dif.
Edad materna	24,41	24,72	-0,32 0,67	24,41	24,62	-0,21 0,68
Max. años de educación puerpera	8,59	8,50	0,09 0,29	8,51	8,44	0,07 0,29
Madre soltera (=1 Si)	0,11	0,09	0,02 0,03	0,12	0,06	0,06* 0,03
No. consultas prenatales	7,21	5,87	1,34*** 0,37	6,98	5,81	1,17*** 0,35
Peso en gramos RN	3280,26	3278,99	1,27 62,48	3293,20	3180,25	112,95** 57,29
Demora turno puerpera en días	6,28	6,59	-0,30 0,44	-	-	-
Demora turno RN en días	-	-	-	6,32	7,70	-1,38*** 0,46

Notas: Niveles de significancia al 1%, 5% y 10% denotados por ***, ** y *.

A fin de avanzar en un análisis condicionado, la Tabla 6.4.3 presenta los resultados de este ejercicio, con fuente en la misma información.

En este caso, se agregan dos grupos de variables dicotómicas. La primera de ellas controla la regresión logística por estacionalidad, diferenciando las consultas solicitadas por período del año en que fueron programadas. La segunda familia de variables establece asociaciones del recién nacido y la madre con su CAPs y lugar de referencia, absorbiendo efectos locacionales. Presentando un análisis condicionado, el Cuadro confirma los resultados surgidos del ejercicio anterior.

En todos los casos, la edad y la educación, aunque con el signo esperado, no reflejan significancia estadística al momento de explicar la asistencia post-parto de las madres,

para cualquiera de los dos tipos de consulta (puérpera y recién nacido). Se confirma la baja relevancia del peso del/la recién nacido/a para establecer diferencias en asistencia al centro de origen, y la incidencia positiva de una madre soltera en su búsqueda de apoyo en la atención del bebé.

Marcadamente, las dos variables de mayor relevancia son: el vínculo positivo entre cuidados pre y post parto, y la incidencia negativa de la demora en la fecha de consulta sobre la asistencia a la misma. Esto es cierto para ambos tipos de consultas.

Tabla 6.4.3

Estimaciones del modelo probit de la probabilidad de asistir al control programado de contrareferencia.						
Variable	Puerpera			RN		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Edad materna	-0,010 0,013	-0,015 0,013	-0,015 0,013	0,000 0,012	-0,002 0,013	-0,001 0,013
Max. años de educación puerpera	0,014 0,027	0,008 0,028	0,009 0,028	0,017 0,032	0,009 0,033	0,007 0,032
Madre soltera (=1 Si)	0,254 0,277	0,394 0,291	0,390 0,290	0,656** 0,317	0,677** 0,336	0,663* 0,343
No. consultas prenatales	0,062*** 0,022	0,057** 0,023	0,057** 0,023	0,062*** 0,024	0,062** 0,024	0,062** 0,024
Peso en gramos RN	0,000 0,000	0,000 0,000	0,000 0,000	0,000 0,000	0,000 0,000	0,000 0,000
Demora turno puerpera en días	-0,014 0,020	-0,005 0,020	-0,007 0,020	-	-	-
Demora turno RN en días	-	-	-	-0,061*** 0,018	-0,059*** 0,018	-0,059*** 0,018
Constante	0,511 0,552	0,807 0,590	0,628 0,605	0,724 0,651	0,891 0,686	1,100 0,703
Control por estación	No	Si	Si	No	Si	Si
Control por área y CAPS	No	No	Si	No	No	Si
Obs.		365			449	

Notas: Variable dependiente: Probabilidad de asistir al control programado de contrareferencia (1=Si 0=No). Niveles de significancia al 1%, 5% y 10% denotados por ***, ** y *.

7.- Conclusiones

La capacidad de un sistema de salud de atender a las necesidades de la población a su cargo descansa fuertemente en la organización de sus redes de atención. Ellas determinan los mecanismos de coordinación y cooperación entre diferentes niveles de atención, facilitando un uso eficiente de recursos, promoviendo modos sistemáticos de atención de las necesidades, implementando políticas de promoción y prevención y definiendo reglas de referencia y contra referencia imprescindibles al momento de tratar casos agudos. De algún modo, el funcionamiento de las redes de atención permite inferir la capacidad del sistema sanitario para administrar un programa complejo de cuidado, prevención y restauración de la salud.

El presente trabajo propone el estudio de dos redes de atención de la provincia de Buenos Aires desde la mirada de la cabecera de red, concentrándose particularmente en redes perinatales. El documento permite conocer, a partir de un proceso sistemático de análisis de información existente y generación de nueva evidencia, los modos en que las pacientes transitan por el sistema de salud desde la consulta prenatal hasta el alta o seguimiento domiciliario. La observación desde la cabecera de red facilita el seguimiento de ciertos procesos y la obtención de información sensible que habilita ciertas conclusiones sobre el trabajo de red. Sin embargo, ofrece una

limitación, en tanto no refleja la mirada de otros actores relevantes, tales como aquella que surge de los trabajadores que cumplen funciones en los centros de salud, y de las mismas usuarias del sistema. Estos son aspectos complementarios al producto alcanzado, y que forman parte de una agenda más amplia sobre la comprensión del funcionamiento de las redes sanitarias.

El primer aspecto que surge claramente de la experiencia recogida en ambas instituciones, es que la descentralización provincial y municipal atenta contra el funcionamiento de las estructuras de red. Como fuera desarrollado a lo largo del trabajo, el Ministerio de Salud provincial, mediante su dirección de regiones sanitarias y las estructuras que ella supervisa en cada espacio sub-provincial evidencia limitaciones normativas para diseñar e implementar acciones sanitarias. La dependencia funcional de los centros de salud con respecto a sus hospitales de cabecera no se condice con la dependencia administrativa y presupuestaria que estos mismos centros guardan en relación a los municipios. Los Consejos Sanitarios Regionales constituyen el espacio de debate y acuerdo de políticas, pero no cuentan con una estructura vinculante legalmente para generar mecanismos de seguimiento y evaluación de las decisiones tomadas.

Las redes, por ende, no existen como espacio formal, sino que cada hospital, en acuerdo con las regiones, desarrollan “corredores” de atención, sin existir protocolos de derivación, estructuras de formación continua y planificada de recursos humanos comunes entre hospitales y centros periféricos, historias clínicas comunes, etc.

Por la misma razón, la disponibilidad de recursos y su asignación a lo largo de la estructura de las redes informales no responden a un esquema de planificación, presupuestación consensuada, siguiendo mecanismos conocidos y estandarizados. Cada municipio asigna los fondos disponibles con autonomía, incluso aquellos recursos que la estructura provincial asigna en base a indicadores de estructura y resultados de salud.

La gobernanza de las redes, como se planteara en la discusión del marco teórico de este trabajo, combina normas escritas con reglas informales. Estas últimas sirven para sostener el funcionamiento de prestadores autónomos formalmente, y en muchos casos su capacidad resolutoria suple las debilidades formales de funcionamiento. Dentro de este marco, el gobierno nacional actúa desde diferentes espacios, ya sea brindando apoyatura logística, como otorgando transferencias de recursos o insumos para una operatoria con mayor necesidad de articulación.

El caso del Centro Vatteone, de Florencio Varela, muestra un ejemplo de cómo estructurar los recursos existentes para alcanzar mayor eficiencia asignativa. Ello fue posible, en buena medida, gracias al vínculo que el Hospital Mi Pueblo logra mantener con el Municipio, del cual dependía funcional y presupuestariamente hasta hace algunos años atrás. Del mismo modo, la oficina de Referencia y Contra referencia municipal que opera dentro del Hospital (hoy provincial) refleja una solución no-normada a una necesidad de funcionamiento de la red.

Por lo mencionado, el vínculo entre hospitales cabecera de red y sus centros periféricos no logra completarse satisfactoriamente. Ello ocurre independientemente de la capacidad de gestión de los directivos hospitalarios, en tanto de ellos no depende la asignación de recursos en los centros sanitarios, ni la estructura y formación de sus recursos humanos. Ante la falta de un esquema presupuestario y operativo compartido, es posible identificar tanto conductas de transferencia de riesgo sanitario y financiero desde los CAPs hacia los hospitales, como fallas de coordinación en la atención de las pacientes, tanto en la entrega de turnos, como en los criterios de recepción y derivación entre instituciones. Nuevamente, prácticas informales no-regladas permiten reducir la brecha entre lo necesario y lo que operativamente se encuentra bajo responsabilidad del Hospital.

Como resultado de esta modalidad de operatoria de red, las prácticas de coordinación entre ambos tipos de instituciones se minimiza, afectando actividades de extensión sanitaria, promoción activa de conductas saludables con acciones fuera de las instituciones de salud (*outreach*).

Estas prácticas informales, en ocasiones, muestran perfiles que claramente atentan contra criterios estandarizados de costo efectividad. Ejemplos de ello son la duplicación de estudios diagnósticos debido a la falta de historias clínicas compartidas y libretas sanitarias incompletas, o la exposición de los trabajadores de la salud a intervenciones de riesgo, ante la falta de información oportuna (ej. Pacientes viviendo con HIV que entran a la sala de partos). Esta toma de riesgos, tanto del personal hospitalario, como de la misma institución, lleva a una caída, en ocasiones, de la calidad de la atención (congestión de salas, falta de insumos, etc.).

Estos elementos desembocan en opiniones negativas de los trabajadores del hospital sobre la capacidad institucional para gestionar sus redes de atención. En esta dirección, el trabajo ofrece amplia evidencia, tanto cualitativa como cuantitativa, sobre las opiniones del staff hospitalario. A pesar de ello, el compromiso y la satisfacción en el trabajo manifestado por el personal hospitalario no parecen afectados por las limitaciones de funcionamiento. Este argumento, de algún modo, es funcional a la estructura informal y no-normada que caracteriza el funcionamiento de las redes sanitarias: es posible conjeturar la presencia de una remuneración no-monetaria que “atrae” el compromiso con la salud pública.

Desde una perspectiva de política pública, surgen recomendaciones que requieren del fortalecimiento de los espacios de decisión conjunta, de modo de facilitar la puesta en práctica de una estrategia común dentro de la red, con actividades co-organizadas, y líneas de financiamiento específicas para el fortalecimiento de la gestión de redes. Específicamente para el caso perinatal, el estudio permite capturar mayor satisfacción en el nombramiento de nuevo personal y en la compra de equipamiento, que establece la presencia de un plan provincial que excede a las redes analizadas. Sin embargo ello no cuenta necesariamente con un correlato en el mejoramiento y la capacitación de recursos humanos en la gestión de redes. Tampoco se ubican iniciativas que favorezcan el análisis de la información existente y la puesta en práctica de iniciativas de políticas de acción micro, que redunden en mayor eficiencia de recursos.

8.- Referencias

Artaza Barrios, O., Mendez, C., HolderMorrison, R., Suárez Jimenez, J. (2011) “Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales”. Representación OPS/OMS Chile, no.1.

Banco Interamericano de Desarrollo (1996) “Informe de Progreso Económico y Social”.

Bickler, C.B. (1985) “Defaulter appointments in general practice”. Journal of the Royal College of General Practitioners, no.35.

Cosgrove, M. (1990), “Defaulters in general practice: reasons for default and patterns of attendance”. British Journal of General Practice, Febrero.

Crojethovic, M. y Maceira, D. (2009) “Los Límites del Sistema Burocrático y las Prácticas Informales en las Organizaciones Hospitalarias”, Medicina y Sociedad, Año 29, N°2.

Dabas, E. (2001) “Redes sociales, niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Panorama.

- Dabas, E. y Perrone, N. (1999), "Redes de Salud", noviembre, mimeo.
- Frenk, J, y Londoño, JL. (1997) "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud" Boletín Salud y Gerencia. no.15.
- Goldman, L., Freid, R., Cook, R. et al. (1982) "A multivariate approach to the prediction of no-show behavior in primary health care centers", Archives of Internal Medicine, 142.
- López Puig, P., Morales Suarez, I., Manchaca, S., Martínez Trujillo, N., Lau López, S., y Soler Cárdenas, S. (2009) "Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana". Revista Cubana de Salud Pública, 35(4).
- Maceira, D. (2001) "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.", Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Ediciones Especiales, 3.
- Maceira, D. (2011) "Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta", La Revista del ITAES, Volumen 13, N° 2, Junio.
- Maceira, D. (2012a) "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe", Unicef, mimeo.
- Maceira, D. (2012b): "Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina", In Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean, Knaul FM, Wong R, Muiser J, Guerrero R and ArreolaOrnelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSALUD. Boston, MA.
- Maceira, D., Alonso, V., Benito, K., Crojethovic, M., Gaglio, R., Gahr, G., y Meza, V. (2011) Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública.
- Maceira, D. y Kremer, P. (2009) "Diagnóstico y propuesta de fortalecimiento para el tercer nivel de atención en el noroeste argentino", Documento de Políticas Públicas / Análisis N° 61, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC, Febrero.
- México, Secretaría de Salud (2006) "Modelo Integrador de Atención de la Salud (MIDAS)".
- Murray, M., y Berwick, D. (2003) "Advanced access. Reducing waiting and delays in primary care", JAMA. Vol. 289, no.8.
- Neal, R., Lawlor, D., Allgar, V., Colledge, M. Ali, S., Hassey, A., Portz, C., y Wilson, A., (2001) "Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices", British Journal of General Practice, 51.
- OPS, (2005) "Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas". Montevideo, Uruguay: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/aps_agenda.htm
- OPS (2009a) "Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias" Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?producid=95&js=n>
- OPS (2009b) "Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS", 49 Consejo Directivo, 28 Septiembre- 2 Octubre, mimeo.
- Schwarcz R, Diaz AG, Fescina R, Duverges C: Control prenatal y atención del parto. En: Kroeguer A, Luna R. Atención primaria de la salud, Mexico, PaxMexico, Segunda edición 1992:293-326.
- Schwarcz R, Diaz, A G, Fescina, R H, De Mucio, B, Belitzky, R, Delgado, L. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Pub. Cient. CLAP N° 1321.01, 1995.

Villar J y col. Forthe WHO Antenatal Care Trial ResearchGroup. WHO antenatal carerandomised trial fortheevaluation ofa new model of routine antenatal care. TheLancet. 2001; 357: 1551, 1564.

Waller, J. y Hodgkin, P. (2000) "Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? Family Practice, vol.17, no.3, Oxford University Pess.

Wilkinson, MJ (1994) "Effecting change in frequent non-attendees", British Journal of General Practice, 44.

ANEXOS

Tabla A1

Población total, variación intercensal absoluta y relativa, participación en la provincia, superficie y densidad poblacional. Regiones sanitarias VI y XI, y partidos correspondientes.							
Partido	Población total		Variación intercensal absoluta	Variación intercensal relativa (%)	Participación en la Provincia	Superficie (km ²)	Densidad de población
	2001	2010					
Región sanitaria VI	3.407.415	3.768.994	361.579	10,6	24,1	1.177	3.202,5
Almirante Brown	515.556	552.902	37.346	7,2	3,5	129	4.275,1
Avellaneda	328.980	342.677	13.697	4,2	2,2	52	6.529,7
Berazategui	287.913	324.244	36.331	12,6	2,1	221	1.467,1
Esteban Echeverría	243.974	300.959	56.985	23,4	1,9	120	2.503,4
Ezeiza	118.807	163.722	44.915	37,8	1,0	237	691,4
Florencio Varela	348.970	426.005	77.035	22,1	2,7	190	2.243,3
Lanús	453.082	459.263	6.181	1,4	2,9	48	9.498,7
Lomas de Zamora	591.345	616.279	24.934	4,2	3,9	87	7.059,3
Quilmes	518.788	582.943	64.155	12,4	3,7	91	6.371,7
Región sanitaria XI	1.021.647	1.180.119	158.472	15,5	7,6	25.445	46,4
Berisso	80.092	88.470	8.378	10,5	0,6	138	643,0
Brandsen	22.515	26.367	3.852	17,1	0,2	1.126	23,4
Cañuelas	42.575	51.892	9.317	21,9	0,3	1.190	43,6
Castelli	7.852	8.205	353	4,5	0,1	2.063	4,0
Chascomús	38.647	42.277	3.630	9,4	0,3	4.163	10,2
Dolores	25.216	27.042	1.826	7,2	0,2	1.973	13,7
Ensenada	51.448	56.729	5.281	10,3	0,4	100	567,7
General Belgrano	15.381	17.365	1.984	12,9	0,1	1.843	9,4
General Paz	10.319	11.202	883	8,6	0,1	1.197	9,4
La Plata	574.369	654.324	79.955	13,9	4,2	942	694,4
Magdalena	16.603	19.301	2.698	16,3	0,1	1.785	10,8
Monte	17.488	21.034	3.546	20,3	0,1	1.848	11,4
Pila	3318	3640	322,00	9,7	0,0	3.453	1,1
Presidente Perón	60.191	81.141	20.950	34,8	0,5	121	672,1
Punta Indio	9.362	9.888	526	5,6	0,1	1.551	6,4
San Vicente	44.529	59.478	14.949	33,6	0,4	656	90,6
Tordillo	1.742	1.764	22	1,3	0,0	1.296	1,4

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010) y Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires (Dirección Provincial de Estadística, Subsecretaría de Hacienda).

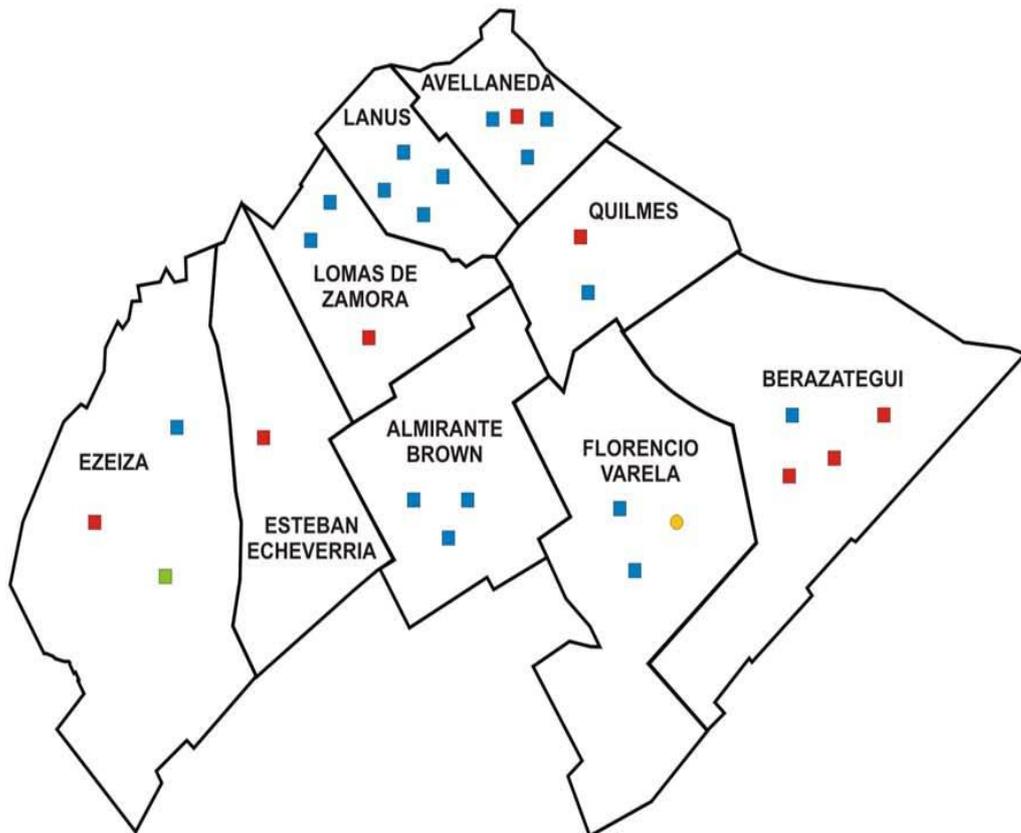
Tabla A2

Número de establecimientos con y sin internación, y camas disponibles. Dependencia provincial, municipal y nacional. Año 2010.
Regiones sanitarias VI y XI, y partidos correspondientes.

Partido	Total oficiales			Provinciales			Municipales			Nacionales		
	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas	Establecimientos Con inst.	Sin int.	Camas
Región sanitaria VI	27	358	3.893	18	1	3.487	8	357	403	1	-	3
Almirante Brown	3	34	422	3	-	422	-	34	-	-	-	-
Avellaneda	4	38	612	3	1	546	1	37	66	-	-	-
Berazategui	4	44	241	1	-	226	3	44	15	-	-	-
Esteban Echeverría	1	28	131	-	-	-	1	28	131	-	-	-
Ezeiza	2	21	157	1	-	154	-	21	-	1	-	3
Florencio Varela	3	40	351	2	-	303	1	40	48	-	-	-
Lanús	4	52	464	4	-	464	-	52	-	-	-	-
Lomas de Zamora	4	52	1	3	-	1.214	1	52	71	-	-	-
Quilmes	2	49	230	1	-	158	1	49	72	-	-	-
Región sanitaria XI	40	147	3.978	19	3	3.097	21	144	881	-	-	-
Berisso	1	12	92	1	-	92	-	12	-	-	-	-
Brandsen	1	10	34	-	-	-	1	10	34	-	-	-
Cañuelas	2	9	149	1	-	100	1	9	49	-	-	-
Castelli	2	2	67	-	-	-	2	2	67	-	-	-
Chascomús	3	6	190	-	-	-	3	6	190	-	-	-
Dolores	2	4	102	-	-	-	2	4	102	-	-	-
Ensenada	3	13	157	3	-	157	-	13	-	-	-	-
General Belgrano	2	6	95	-	-	-	2	6	95	-	-	-
General Paz	2	4	82	-	-	-	2	4	82	-	-	-
La Plata	13	47	2.635	12	3	2.602	1	44	33	-	-	-
Magdalena	1	6	68	-	-	-	1	6	68	-	-	-
Monte	1	6	68	1	-	68	-	6	-	-	-	-
Pila	1	1	40	-	-	-	1	1	40	-	-	-
Presidente Perón	2	8	99	1	-	78	1	8	21	-	-	-
Punta Indio	1	6	16	-	-	-	1	6	16	-	-	-
San Vicente	1	6	60	-	-	-	1	6	60	-	-	-
Tordillo	2	1	24	-	-	-	2	1	24	-	-	-

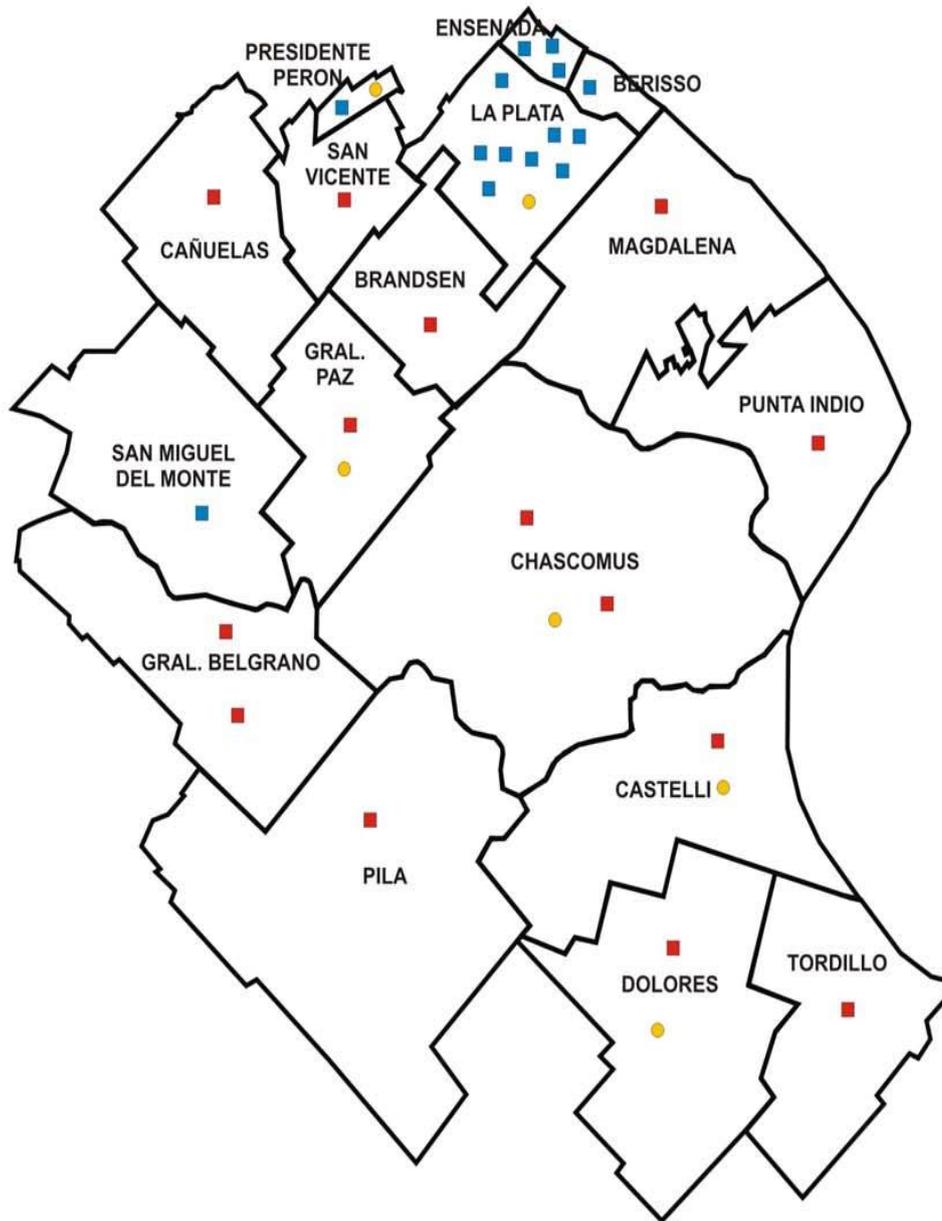
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Región Sanitaria VI



Referencias		
Hospital	Municipal	■
	Provincial	■
	Nacional	■
Geriátrico Municipal		●

Región Sanitaria XI



Referencias		
Hospital	Municipal	■
	Provincial	■
	Nacional	■
	Geriatrico Municipal	●

Tabla A3

**Establecimientos con internación cada 100,000 hab., sin internación cada 10,000 hab. Y camas cada 1,000 hab.
Años 2001, 2010 y variación relativa.
Regiones sanitarias VI y XI, y partidos correspondientes.**

Partido	Establecimientos con internación cada 100,000 hab.			Establecimientos sin internación cada 10,000 hab.			Camas cada 1,000 hab.		
	2001	2010	n relativa	2001	2010	n relativa	2001	2010	n relativa
Región sanitaria VI	0,9	0,7	-21,3	1,0	0,9	-0,1	1,1	1,0	-7,3
Almirante Brown	0,6	0,5	-6,8	0,4	0,6	44,1	0,8	0,8	-1,9
Avellaneda	1,2	1,2	-4,0	1,1	1,1	-1,4	2,3	1,8	-23,0
Berazategui	3,1	1,2	-60,5	1,2	1,4	14,9	0,9	0,7	-16,7
Esteban Echeverría	0,4	0,3	-18,9	1,0	0,9	-9,2	0,5	0,4	-15,7
Ezeiza	2,5	1,2	-51,6	1,4	1,3	-10,4	1,4	1,0	-30,5
Florencio Varela	0,6	0,7	22,9	1,2	0,9	-20,1	0,6	0,8	33,1
Lanús	0,9	0,9	-1,3	1,2	1,1	-5,0	0,9	1,0	18,6
Lomas de Zamora	0,5	0,6	27,9	0,8	0,8	6,2	2,1	0,0	-99,9
Quilmes	0,4	0,3	-11,0	0,9	0,8	-7,2	0,4	0,4	-4,8
Región sanitaria XI	3,1	3,4	8,2	1,3	1,2	-5,0	3,9	3,4	-13,8
Berisso	1,2	1,1	-9,5	1,5	1,4	-9,5	1,2	1,0	-12,3
Brandsen	4,4	3,8	-14,6	4,4	3,8	-14,6	1,3	1,3	-3,2
Cañuelas	2,3	3,9	64,1	2,1	1,7	-18,0	1,2	2,9	144,5
Castelli	25,5	24,4	-4,3	2,5	2,4	-4,3	7,9	8,2	3,4
Chascomús	7,8	7,1	-8,6	1,0	1,4	37,1	4,0	4,5	13,5
Dolores	7,9	7,4	-6,8	1,6	1,5	-6,8	4,0	3,8	-4,9
Ensenada	3,9	5,3	36,0	2,1	2,3	7,2	1,7	2,8	61,8
General Belgrano	13,0	11,5	-11,4	3,3	3,5	6,3	6,2	5,5	-11,4
General Paz	9,7	17,9	84,2	3,9	3,6	-7,9	7,9	7,3	-7,9
La Plata	1,6	2,0	26,8	0,8	0,7	-6,2	5,0	4,0	-19,3
Magdalena	6,0	5,2	-14,0	3,6	3,1	-14,0	3,9	3,5	-10,0
Monte	5,7	4,8	-16,9	3,4	2,9	-16,9	2,6	3,2	25,6
Fila	30,1	27,5	-8,8	3,0	2,7	-8,8	12,1	11,0	-8,8
Presidente Perón	3,3	2,5	-25,8	1,2	1,0	-15,2	1,8	1,2	-32,6
Punta Indio	10,7	10,1	-5,3	4,3	6,1	42,0	3,0	1,6	-45,9
San Vicente	2,2	1,7	-25,1	0,9	1,0	12,3	1,7	1,0	-39,3
Tordillo	57,4	113,4	97,5	5,7	5,7	-1,2	8,6	13,6	58,0

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010), y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Tabla A4

Tasa de Mortalidad infantil y componentes. Años 2001, 2010 y variación relativa.
Regiones sanitarias VI y XI, y partidos correspondientes.

Partido	Tasa de Mortalidad Infantil			Tasa de Mortalidad Neonatal (2)			Tasa de Mortalidad Postneonatal (3)		
	2001	2011	n relativa (%)	2001	2011	n relativa (%)	2001	2011	relativa (%)
Región sanitaria VI	16,0	13,0	-18,8	9,5	8,2	-13,7	6,5	4,8	-26,2
Almirante Brown	16,0	13,4	-16,3	9,4	8,8	-6,4	6,5	4,6	-29,2
Avellaneda	14,9	14,3	-4,0	9,3	9,5	2,2	5,6	4,8	-14,3
Berazategui	13,7	13,1	-4,4	8,7	8,1	-6,9	5,0	5,1	2,0
Esteban Echeverría	16,8	10,7	-36,3	11,0	6,0	-45,5	5,8	4,7	-19,0
Ezeiza	23,4	15,2	-35,0	15,1	8,4	-44,4	8,3	6,9	-16,9
Florencio Varela	18,6	14,1	-24,2	9,6	9,1	-5,2	8,9	5,0	-43,8
Lanús	16,0	11,6	-27,5	8,4	8,5	1,2	7,5	3,1	-58,7
Lomas de Zamora	15,9	12,3	-22,6	9,3	7,3	-21,5	6,7	5,0	-25,4
Quilmes	13,8	12,9	-6,5	8,9	8,9	0,0	4,9	4,0	-18,4
Región sanitaria XI	14,6	11,6	-20,5	8,9	7,3	-18,0	5,8	4,3	-25,9
Berisso	15,4	11,8	-23,4	8,8	5,6	-36,4	6,6	6,2	-6,1
Brandsen	9,2	7,4	-19,6	6,9	5,6	-18,8	2,3	1,9	-17,4
Cañuelas	19,7	9,3	-52,8	8,1	9,3	14,8	11,6	0,0	-100,0
Castelli	-	14,4	-	-	10,8	-	-	3,6	-
Chascomús	14,3	10,9	-23,8	8,6	4,1	-52,3	5,7	6,8	19,3
Dolores	17,1	12,4	-27,5	8,6	9,9	15,1	8,6	2,5	-70,9
Ensenada	18,2	16,7	-8,2	9,1	10,5	15,4	9,1	6,1	-33,0
General Belgrano	-	18,9	-	-	15,1	-	-	3,8	-
General Paz	11,8	15,8	33,9	5,9	10,5	78,0	5,9	5,3	-10,2
La Plata	14,6	10,7	-26,7	9,3	6,9	-25,8	5,2	3,7	-28,8
Magdalena	-	18,1	-	-	15,1	-	-	3,0	-
Monte	13,5	15,7	16,3	3,4	11,2	229,4	10,1	4,5	-55,4
Pila	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	-
Presidente Perón	19,0	13,5	-28,9	12,0	8,5	-29,2	6,9	5,0	-27,5
Punta Indio	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	-
San Vicente	10,3	9,0	-12,6	8,4	2,8	-66,7	1,9	6,2	226,3
Tordillo	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	-

Notas:

denominador es el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo, expresada por cada 1.000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal).

denominador es el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo, expresada por cada 1.000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc).

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Tabla A5

**Total de Partos, Cesáreas y su relación porcentual en establecimientos públicos.
Año 2010.
Regiones sanitarias VI y XI, y partidos correspondientes.**

Partido	Total		
	Partos	Cesáreas	ceáreas/partos (%)
Región sanitaria VI	35.243	7.645	21,7
Almirante Brown	4.793	1.089	22,7
Avellaneda	5.895	1.605	27,2
Berazategui	3.106	831	26,8
Esteban Echeverría	2.294	432	18,8
Ezeiza	2.360	487	20,6
Florencio Varela	5.078	820	16,1
Lanús	4.900	1.114	22,7
Lomas de Zamora	3.032	535	17,6
Quilmes	3.785	732	19,3
Región sanitaria XI	13.896	4.355	31,3
Berisso	727	308	42,4
Brandsen	297	111	37,4
Cañuelas	678	185	27,3
Castelli	33	19	57,6
Chascomús	339	146	43,1
Dolores	214	160	74,8
Ensenada	400	149	37,3
General Belgrano	125	56	44,8
General Paz	69	39	56,5
La Plata	7.747	2.216	28,6
Magdalena	225	108	48,0
Monte	310	152	49,0
Pila	1	0	0,0
Presidente Perón	1.731	428	24,7
Punta Indio	89	45	50,6
San Vicente	911	233	25,6
Tordillo	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Dirección de Información Sistematizada).

Tabla A6

Caracterización del personal de servicio: género, edad, antigüedad en el hospital y hs. de trabajo semanales. Área de neonatología

Personal de neonatología	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Media	Desvío	Min.	Max.	Media	Desvío	Min.	Max.
Neonatólogo del servicio								
Género (=1 hombre)	0,5	0,5	0	1	1,0	.	1	1
Edad	50,0	10,4	33	63	56,0	.	56	56
Antigüedad	4,6	1,6	2	6	5,0	.	5	5
Hs. trabajo sem.	39,4	5,9	36	48
Neonatólogo de la guardia								
Género (=1 hombre)	-	-	-	-	1,0	0,0	1	1
Edad	-	-	-	-	50,0	0,0	50	50
Antigüedad	-	-	-	-	5,0	1,4	4	6
Hs. trabajo sem.	-	-	-	-	30,0	8,5	24	36
Médico residente de neonatología								
Género (=1 hombre)	-	-	-	-	0,0	0,0	0	0
Edad	-	-	-	-	29,5	2,4	26	31
Antigüedad	-	-	-	-	1,8	0,5	1	2
Hs. trabajo sem.	-	-	-	-	52,3	12,0	45	70
Enfermero de neonatología								
Género (=1 hombre)	0,1	0,2	0	1	0,0	0,0	0	0
Edad	42,9	9,8	25	58	49,3	18,1	30	66
Antigüedad	3,8	1,7	2	6	4,3	2,1	2	6
Hs. trabajo sem.	32,8	11,4	6	48	42,0	10,4	30	48

Tabla A7

Motivación, ambiente de trabajo y evaluación de los recursos del hospital por parte del personal. Área de neonatología.

Personal de neonatología	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- Me gusta el trabajo que hago	81,5	11,1	7,4	-	77,8	11,1	11,1	-
B- Estoy orgulloso del trabajar en este hospital	53,9	30,8	15,4	-	70,0	20,0	10,0	-
C- Me siento valorado por mis compañeros de trabajo	7,7	34,6	34,6	23,1	40,0	30,0	30,0	-
D- Me siento parte de un quipo con quienes trabajo para el logro de objetivos	3,9	34,6	23,1	38,5	40,0	20,0	30,0	10,0
E- Siento que mi superior me brinda el apoyo que necesito	19,2	23,1	23,1	34,6	50,0	30,0	20,0	-
F- Mi supervisor me dice cuando necesito mejorar algo en mi trabajo	11,5	15,4	30,8	42,3	40,0	30,0	10,0	20,0
G- Estoy satisfecho con el equipamiento con que cuenta el hospital	3,9	15,4	46,2	34,6	40,0	30,0	30,0	-
H- Estoy satisfecho con el mantenimiento del equipo con que cuenta el hospital	-	3,9	30,8	65,4	40,0	20,0	40,0	-
I- Estoy satisfecho con la disponibilidad de los insumos con que cuenta el hospital	-	11,5	46,2	42,3	10,0	10,0	80,0	-

Tabla A8

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de neonatología.									
Personal de neonatología	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
A- El hospital me brinda suficiente capacitación para atender pacientes de alto riesgo.	-	64,7	23,5	11,8	42,9	57,1	-	-	
B- La responsabilidad del control de un embarazo de alto riesgo después del alta es mayormente de la paciente porque los servicios públicos están disponibles.	6,7	20,0	60,0	13,3	16,7	-	66,7	16,7	
(contactos personales entre los médicos) hay mayor probabilidad de que el hospital reciba información clínica completa sobre un caso de alto riesgo.	6,3	75,0	18,8	-	16,7	50,0	33,3	-	
D- Que los antecedentes clínicos completos y adecuados de una embarazada de riesgo derivada lleguen correctamente al hospital dependen en gran medida de la voluntad individual del personal de los centros de salud que de cuestiones institucionales.	7,1	57,1	28,6	7,1	33,3	50,0	16,7	-	

Tabla A9

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de Neonatología.									
Personal de neonatología	San Martín (LP)				Mi Pueblo (FV)				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	
A- Una parte importante de mi trabajo con embarazos de alto riesgo NO es productivo debido a aspectos de la organización que no están bajo mi control.	33,3	41,7	25,0	-	50,0	25,0	25,0	-	
B- La posibilidad de que el hospital disponga de cierta autonomía (descentralización) contribuye a mejorar la atención de éstos casos en el hospital.	40,0	30,0	30,0	-	33,3	33,3	33,3	-	