

Desempeño de Cabeceras de Redes Perinatales en la Provincia de Salta¹

Daniel Maceira², Alfredo Palacios³ y Marilina Urrutia⁴

2014

¹ Este trabajo es producto del convenio establecido entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Salta y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Se agradece especialmente el apoyo brindado por el Sr. Ministro de Salud, Dr. Enrique Heredia, y el Secretario de Salud, Dr. Ricardo Carpio. Particular reconocimiento a los Directores de los Hospitales involucrados en este estudio, Dr. Carlos Exequiel Moreno y Dra. Viviana Brain, como así también al personal de ambas instituciones por sus comentarios, sugerencias y aportes. Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan las de las instituciones participantes y/o sus autoridades. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org.

² Ph.D. en Economía. Investigador Titular del CEDES e Investigador Independiente del CONICET.

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

⁴ Asistente de Investigación CEDES. Maestría en Economía en curso, Universidad Torcuato Di Tella.

Indice

Resumen Ejecutivo	3
1. Introducción	5
2. Marco Teórico y Preguntas de Investigación	6
3. Metodología y Plan de Trabajo	9
4. Salta. Características Socioeconómicas	11
5. Contexto Normativo	18
6. Redes Formales e Informales	23
7. Características de la Población Atendida, Estructura de Riesgos, Fallas del Sistema de Atención en Red y Resultados Sanitarios	48
8. Conclusiones	64

Resumen Ejecutivo

El tratamiento de la salud constituye una actividad compleja, que requiere del concurso de diversas capacidades en recursos humanos, equipamiento e infraestructura. Un modelo sanitario eficaz presupone reconocer las necesidades de la población a cargo, tanto reales como percibidas, las que pueden traducirse o no en demandas al sistema de salud, y abordarlas de un modo efectivo. En este marco, la organización de los sistemas en red es un reflejo de la calidad sanitaria institucional. En el caso salteño, la participación del sector salud sobre el presupuesto provincial es elevada, aunque no suficiente en términos monetarios. Por ello, la eficiencia en el uso de los recursos disponibles debe ser examinada, a fin de promover mayor equidad y calidad en su implementación. En este sentido, el presente estudio tiene por finalidad analizar dicha problemática desde una mirada particular, la de dos de las cabeceras de redes perinatales más importantes de la provincia: el Hospital Materno Infantil de Salta Capital y el Hospital Juan Domingo Perón de Tartagal.

Este trabajo se benefició con la posibilidad de analizar la información proveniente del Sistema de Información Perinatal (SIP) de ambas instituciones para los períodos enero-diciembre 2012 en el Hospital Materno-Infantil, y entre julio 2010 a julio 2012 en el Hospital J. D. Perón, (representando 8.734 y 4.652 registros, respectivamente). Estas bases de datos permitieron examinar las características personales de las pacientes recibidas por cada hospital, la presencia de factores de riesgo durante el embarazo, la historia gestacional y las características de la gesta actual y el parto. El estudio de esta información se complementó con entrevistas en profundidad a más de treinta profesionales y personal de apoyo de ambos hospitales, y con el análisis de una encuesta estructurada al personal de las áreas de obstetricia y neonatología de cada hospital sobre las características del trabajo realizado, la estructura de funcionamiento de la red y los principales desafíos del sistema.

El desarrollo del presente proyecto muestra las siguientes conclusiones generales:

El análisis de la encuesta al personal revela, en primer lugar, un gran sentido de pertenencia y responsabilidad del personal de ambas instituciones, más allá de las limitaciones percibidas. El vínculo con sus superiores es bueno y exhibe la presencia de apoyo, aunque se identifica mayor necesidad de seguimiento. El nivel de satisfacción con el equipamiento hospitalario separa a ambas instituciones, siendo superior en el hospital de Salta Capital, y que se reduce en la institución de Tartagal. En segundo lugar, la estructura de derivación y la capacidad de los centros de primer nivel para atender los embarazos de alto riesgo y cubrir los requisitos de estudios e informes prenatales resultan altamente insatisfactorias para la mayoría de los entrevistados, lo que también es reflejado en el análisis de la información proveniente del SIP. En tercer lugar, la encuesta a personal ha permitido identificar fallas en el modelo de atención para

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

articular el funcionamiento de la red, escasa comunicación entre los niveles de atención, inexistencia de protocolos o normas acordadas entre ambos, y limitados espacios de encuentro y formación conjunta.

El estudio muestra, tanto en las encuestas a recursos humanos como en las entrevistas en profundidad que la norma no escrita y los contactos interpersonales resultan un soporte y un modo de resolución usual ante un esquema desarticulado, que debiera ser capitalizado por el sistema.

Por otra parte, la información proveniente de las bases de datos perinatales del SIP muestra la existencia de perfiles sanitarios diferenciados entre instituciones, con mayor peso relativo en enfermedades transmisibles para la población a cargo del hospital de Tartagal. El análisis estadístico de la información muestra una edad promedio relativamente baja para las madres que asisten al sistema público, y un gran peso del contexto familiar en la conducta de las embarazadas durante la gestación en términos de cumplimiento, o no, de la pauta de cinco o más consultas prenatales realizadas. Asimismo, se identifican diferencias significativas en el cuidado de la salud de aquellas embarazadas con cinco o más controles prenatales en relación a aquellas con menor interacción con el sistema sanitario.

El estudio muestra fallas severas en el cumplimiento de umbrales mínimos en la realización de estudios diagnósticos durante la gestación, tanto para la población con menos de cinco controles como para aquella que supera este umbral. Ello revela dos temáticas a ser abordadas conjuntamente. En primer lugar, la necesidad de mayores esfuerzos en comunicación y promoción de la salud, como la importancia de definir mecanismos de coordinación entre el primer y segundo nivel en materia de normas de referencia, y espacios de comunicación y análisis de la información. En particular, se sugiere avanzar en el análisis de la información ya existente en los centros de atención basada en trazadoras institucionales, y unificar criterios para la toma de decisiones. En segundo lugar, la falta de estudios incluso en los casos de embarazadas con cinco o más controles refleja deficiencias en el sistema de atención y, por lo tanto, un costo oportunidad para la paciente y el sistema. En este caso, se sugiere identificar el origen de dichas deficiencias, separando falta de equipamiento, fallas de gestión, y eventuales carencias de recursos humanos capacitados. En todos los casos, se observa que la inversión necesaria para avanzar hacia un modelo de atención más eficaz no necesariamente requiere de inversiones particularmente onerosas, sino de mejoras de gestión y comunicación entre los componentes de la red, y entre ella y la comunidad.

Finalmente, el trabajo propone una metodología -con capacidad de aplicación sistemática- para identificar tanto factores de riesgo individuales (de la paciente), como comportamentales y del sistema, vinculándolos con resultados del sistema de salud. Ello eventualmente podría generalizarse en el tiempo y hacia el total de los hospitales provinciales, estableciendo indicadores o trazadoras sencillas y efectivas para la conformación de un tablero de control provincial en un área prioritaria de la salud materno-infantil.

1. Introducción

La estructura de operación de las redes de atención sanitaria constituye un tema clave para conocer el funcionamiento sectorial, en tanto brinda información sobre la eficiencia en la asignación de recursos al interior del sistema como así también sobre la equidad en el acceso eficaz al mismo.

Analizar los determinantes de la calidad de los servicios sanitarios en las redes hospitalarias públicas desde una mirada sistémica, requiere de un abordaje múltiple, que considere tanto las estructuras normativas y administrativas, como la gestión de los recursos y la operatoria de los 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 que rige la misma, lo que afecta directamente la eficiencia con la que opera dicha red.

Estudios previos muestran la existencia de fallas en los mecanismos de derivación, referencia y contrarreferencia, 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 en simultáneo, afectando en definitiva la calidad de las intervenciones.

El presente documento resume los hallazgos encontrados en el análisis particular de las redes perinatales en la Provincia de Salta, concentrando la mirada en 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 Materno Infantil de Salta Capital, y el Hospital Juan Domingo Perón de Tartagal.

El proyecto de investigación tiene por finalidad responder a una serie de preguntas de investigación planteadas bajo dos dimensiones:

- Condiciones formales necesarias para que los hospitales bajo estudio puedan asumir correctamente su papel de cabecera de red, analizando los circuitos de toma 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.

- Análisis de la estructura y desempeño de la red a partir de la mirada de sus hospitales cabecera, haciendo uso de la información provista por informantes clave y trabajadores del hospital, identificando los vínculos existentes entre las instituciones seleccionadas y su red de centros de atención primaria, así como también las relaciones institucionales establecidas al interior de las regiones sanitarias y las relaciones extra-región.

A partir de aquí, el documento se encuentra organizado de la siguiente manera. En las próximas dos secciones se presenta el marco teórico en el que se sustenta el proyecto, y la metodología utilizada para llevarlo a cabo. La sección cuarta introduce un breve resumen del sistema de salud salteño, su organización y las principales características socioeconómicas de la provincia dentro del contexto argentino, así como también sus aspectos diferenciales al interior provincial. La sección quinta presenta el marco normativo del sistema sanitario de la provincia, y la conformación institucional de sus redes sanitarias.

Las dos 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 los hospitales seleccionados sobre la operatoria de la red. Complementariamente, la sección séptima presenta un análisis de un conjunto de indicadores seleccionados y construidos a partir de la información provista por el sistema SIP para ambos hospitales, con la intención de evaluar cuantitativamente el desempeño de las redes de atención en las que se insertan dichas instituciones.

Finalmente, la sección octava resume las principales conclusiones alcanzadas a lo largo de la realización de este estudio, y abre el debate para una agenda de análisis sobre redes de atención perinatal en la Provincia de Salta.

2. Marco Teórico y Preguntas de Investigación

La necesidad de organizar 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 fomenta el establecimiento de redes, “que velen por la continuidad adecuada de la atención”. En junio de 2007, la agenda de Salud de las Américas 2008-2017 señaló la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia, y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local, de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos” (OPS, 2009).

Este planteo considera establecer mecanismos formales y protocolizados de derivación de pacientes, mediante normas que definan su secuencia, los criterios bajo los cuales deben ser realizadas y los instrumentos informativos necesarios (libretas sanitarias, historias clínicas, digitalización de la información compartida entre niveles, etc.). 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.

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

La falta de norma establecida, o la imposibilidad de llevarla a cabo, abre la posibilidad de desarrollo de estructuras paralelas 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).

El Consejo Directivo de la OPS consideró, en septiembre de 2009, que: “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”.

Los estudios regionales sobre la fragmentación de los sistemas de salud en América Latina son numerosos (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 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.

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) 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).

El acceso y la continuidad en el cuidado de la salud son, en general, dos objetivos cardinales en cualquier estrategia de atención primaria (Murray y Berwick, 2003). Lógicamente, la presencia de un gran nivel de necesidades sanitarias insatisfechas en la población dependiente de la cobertura del sector público denota, 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.

Es así como la gestión operativa de la red -ante la necesidad de garantizar continuidad en un modelo descentralizado- constituye un fuerte desafío de política, lo cual es potenciado por las características propias de la población que tradicionalmente acude al sistema público de salud, en particular, en el área de perinatología.

Puede decirse que la mejora en el cuidado de la salud propiciado por el sistema de atención en red depende principalmente de la capacidad de dicho sistema para operar eficientemente, aumentando la coordinación entre sus partes integrantes, eliminando el uso duplicado de recursos, y favoreciendo una modalidad de atención más armónica, que potencie su posibilidad de cobertura. López Puig et al (2009) expresa, a modo de ejemplo, que “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”.

Los motivos por los cuales una red de atención falla pueden 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).

Adicionalmente, la congestión de las guardias hospitalarias y la sobrecarga de turnos en los consultorios de los hospitales se atribuyen, frecuentemente, a limitaciones en la capacidad del primer nivel para resolver los requerimientos de atención primaria. Sin embargo, no es posible identificar si ello se debe a falencias en la gestión sanitaria, a escasez de recursos para abordar la consulta o a la poca interacción entre una estrategia de comunicación sanitaria y el/la paciente. 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, salteando la estructura formal.

Algunos 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), 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.

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. Dentro de este marco, es necesario considerar que “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).

“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” (Maceira y Palacios, 2012).

Según Artaza Barrios, et al (2011), los atributos esenciales requeridos para el modelo de atención en red son:

- (i) Contar con una estrategia, definida en planificación de la red,
- (ii) Establecer una estructura, lo 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 iniciales 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. 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.

En este sentido, el presente documento identifica los 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 en cada uno de estos eventos. A partir de esta plataforma, se analizarán los criterios complementarios que establecen la estructura de la red, que definen las reglas informales de acción entre los distintos estadios en 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 los procesos efectivamente llevados 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, presentando lineamientos generales para identificar la calidad de la derivación, diferenciándola según las características propias de las pacientes y del sistema.

3. Metodología y Plan de Trabajo

Más allá de la revisión de la literatura sobre el funcionamiento de estructuras de red, el equipo de trabajo relevó la normativa sanitaria provincial, recogiendo además la experiencia de investigación ya desarrollada en Salta. Para ello se recurrió a las páginas web institucionales del Ministerio de Salud provincial, a la lectura de la regulación vigente y, particularmente, al aprendizaje surgido de las entrevistas con actores clave en el funcionamiento de las redes perinatales de la provincia.

Se escogieron dos hospitales con capacidades y desempeños reconocidos en la Provincia de Salta, a fin de establecer un parámetro que facilite el desarrollo de una metodología institucional. El Hospital Materno-Infantil de Salta es la maternidad pública más grande de la provincia, con una experiencia particular de gestión privada hasta meses antes de la realización de este trabajo. El

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

Hospital Juan Domingo Perón de Tartagal constituye uno de los establecimientos provinciales más tradicionales de la provincia, con amplia cobertura y capacidad de atención en relación al promedio jurisdiccional. Claramente la elección de estos establecimientos no es aleatoria, y no necesariamente representa la realidad de otros hospitales públicos de la provincia.

En cada caso se desarrollaron entrevistas en profundidad con un grupo de treinta funcionarios, profesionales y otros trabajadores de la salud de ambas instituciones, representativos de las nóminas de las áreas de obstetricia y neonatología, incluyendo médicos/as, residentes, enfermeras y obstétricas.

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 decisiones al interior de cada hospital, los vínculos formales e informales entre los mismos 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 los departamentos de obstetricia y neonatología 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 las características de la madre y su gesta actual, la existencia de factores de riesgo, la presencia o no de estudios diagnósticos, las condiciones del parto y la salud del recién nacido para cada hospital. Estas bases de datos se encuentran disponibles para los períodos enero-diciembre 2012 en el Hospital Materno-Infantil, y entre julio 2010 a julio 2012 en el Hospital J. D. Perón, (representando 8.734 y 4.652 registros, respectivamente). Los registros clínicos fueron armonizados y examinados, 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.

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 las 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, 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 de los centros de atención primaria, como tampoco se tuvo acceso a la realización de encuestas de

satisfacción de las usuarias, las que podrían haber aportado su opinión sobre la evolución del embarazo y los tratamientos recibidos en cada espacio de atención de la red.

Si bien estos últimos aspectos limitan el análisis de los elementos relevantes del funcionamiento de las redes perinatales -aspectos que podrían ser incluidos en un emprendimiento posterior-, el presente trabajo permite observar y evaluar la red a partir de la mirada de su vértice (el hospital de cabecera), con un nivel de información acorde al mismo. En particular, una parte del documento intentará responder a preguntas vinculadas con el funcionamiento de la red en el primer nivel de atención a partir de la mirada de sus hospitales cabecera, por ejemplo: ¿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 impiden o entorpecen el seguimiento eficaz de las pacientes a su cargo?

4. Salta. Características Socioeconómicas

La provincia de Salta, en el noroeste argentino, cuenta con una superficie total de 155.488 km² y una densidad poblacional de 7,8 habitantes por kilómetro cuadrado. A pesar de ello, y con el 3,03% de la población total del país, el 16,6% de la población provincial reside en áreas rurales, superando a la media nacional de 10,6%.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, el 8,8% de los hogares de Salta carecen de acceso a agua de red y su población analfabeta representa el 3,1% de la provincia. Adicionalmente, según información suministrada por el Censo 2001, el 31,6% de la población provincial presentaba necesidades básicas insatisfechas. Esto es reflejado en la Tabla 4.1.

Por su parte, la Tabla 4.2 ordena a las provincias argentinas según su nivel de Producto Bruto Geográfico por habitante. Dentro de este parámetro, la provincia de Salta se ubica entre las jurisdicciones más desafiadas económicamente, con \$1.483 por habitante a precios constantes del año 2009. Este nivel de ingreso per cápita muestra correlación con el gasto en salud por habitante. A partir de la información publicada por la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, se observa que -para el año 2011- Salta ocupa el lugar décimo sexto en inversión sanitaria pública, con 965 pesos corrientes por habitante, mientras que las jurisdicciones que más fondos destinaron a la salud en el mismo año fueron Santa Cruz y Tierra del Fuego (\$3.217 y \$3.056 por habitante, respectivamente). En el extremo opuesto se encuentran las provincias de Buenos Aires, Mendoza y Misiones, cuyos niveles de gasto en salud per cápita no superan los 605 pesos⁵. A pesar de ello, Salta constituye, luego de Río Negro, la segunda provincia en términos del peso relativo del sector salud sobre el presupuesto provincial (13,5%). Ello refiere a una definición política sobre la importancia del gasto sanitario sobre los recursos existentes, más allá de la capacidad presupuestaria de la jurisdicción.

⁵ Las provincias con niveles de gasto descentralizado municipalmente subestiman los valores de erogaciones provinciales. Tales son los casos de Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y en menor medida, Mendoza.

Tabla 4.1
Argentina: Indicadores Socioeconómicos por Provincia

Provincias	Población (1)	Densidad Poblacional (1)	% Población Rural (2)	% Hogares con agua de red (1)	% Analfabetismo (1)	% Población con NBI (2)
Buenos Aires	15.625.084	50,8	3,60	75,1	1,4	15,8
Córdoba	3.308.876	20,0	11,3	91,9	1,5	13,0
Santa Fe	3.194.537	24,0	10,8	84,4	1,8	14,8
CABA	2.890.151	14.450,8	0,00	99,6	0,5	7,80
Mendoza	1.738.929	11,7	20,7	90,5	2,3	15,4
Tucumán	1.448.188	64,3	20,5	88,8	2,5	23,9
Entre Ríos	1.235.994	15,7	17,5	90,4	2,1	17,6
Salta	1.214.441	7,8	16,6	91,2	3,1	31,6
Misiones	1.101.593	37,0	29,6	71,9	4,1	27,1
Chaco	1.055.259	10,6	20,3	76,5	5,5	33,0
Corrientes	992.592	11,3	20,6	87,1	4,3	28,5
Santiago del Estero	874.006	6,4	33,9	75,8	4,0	31,3
San Juan	681.055	7,6	14,0	93,2	2,1	17,4
Jujuy	673.307	12,7	15,0	94,5	3,1	28,8
Río Negro	638.645	3,1	15,6	92,1	2,5	17,9
Neuquén	551.266	5,9	11,4	93,6	2,3	17,0
Formosa	530.162	7,4	22,3	76,8	4,1	33,6
Chubut	509.108	2,3	10,5	96,4	2,0	15,5
San Luis	432.310	5,6	12,9	94,5	1,8	15,6
Catamarca	367.828	3,6	26,0	93,1	2,0	21,5
La Rioja	333.642	3,7	16,9	93,7	1,8	20,4
La Pampa	318.951	2,2	18,7	87,1	1,9	10,3
Santa Cruz	273.964	1,1	3,90	97,2	1,1	10,4
Tierra del Fuego	127.205	0,1	2,90	94,2	0,7	14,1
Total	40.117.093	14,4	10,6	88,7	2,9	17,7

Fuente:

(1) INDEC - CENSO 2010

(2) INDEC - CENSO 2001

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud provincial se pueden agrupar en tres grandes subsistemas, en paralelo con el modelo nacional. En el sector público se identifica al Tesoro Provincial, compuesto por ingresos tributarios y transferencias nacionales, directas o en especies, el cual asigna sus recursos al Ministerio de Salud. Paralelamente, el sector de la seguridad social se financia con los aportes salariales y las contribuciones patronales asociadas al trabajo autónomo y en relación de dependencia de empleados públicos (dirigidas a la Obra Social Provincial, cuyos aportes patronales también tienen su origen en el Tesoro) o privado y mixto (cuyas estructuras de gerenciamiento son las Obras Sociales Nacionales). Finalmente, el componente privado se asocia con el gasto de bolsillo de las familias, el que está compuesto por los aportes directos de los pacientes a los servicios de salud, seguros prepagos, copagos, medicamentos, etc. Un resumen gráfico del sistema se muestra en la Figura 4.1.

Tabla 4.2
Ingreso, Gasto y Cobertura

Provincias	PBI per cápita (2)	Gasto en Salud per cápita (3)	Gasto Público en Salud (%GT) (3)	% Cobertura de Salud (1)	
				Obra Social	No tiene
CABA	9.713,6	2.124	22,8	43,8	18,7
Tierra del Fuego	7.495,4	3.056	8,90	54,7	26,1
Neuquén	6.791,1	1.954	11,7	50,3	35,9
Santa Cruz	5.319,8	3.217	9,90	61,4	20,7
Chubut	4.991,9	1.532	9,70	55,5	28,5
Catamarca	3.469,0	1.405	10,2	50,8	40,3
Santa Fe	3.271,8	861	9,90	46,4	33,0
Mendoza	2.914,0	566	7,50	49,9	37,9
Buenos Aires	2.878,5	441	7,30	47,3	36,3
San Luis	2.844,8	960	10,0	46,8	41,5
Río Negro	2.835,8	1.452	14,1	50,3	35,3
Córdoba	2.678,7	731	7,30	46,7	34,0
La Pampa	2.579,8	1.845	12,5	51,6	35,7
Misiones	2.524,0	602	6,40	42,5	47,8
Entre Ríos	2.101,7	1.037	9,40	52,5	36,8
La Rioja	1.873,0	1.179	8,30	47,8	39,9
San Juan	1.737,9	983	12,7	42,2	45,8
Jujuy	1.645,1	970	11,0	41,4	47,5
Corrientes	1.614,8	863	9,80	39,1	51,7
Salta	1.482,7	965	13,5	39,9	49,7
Chaco	1.314,9	1.048	8,60	33,0	59,8
Santiago del Estero	1.211,1	881	9,40	33,3	58,0
Formosa	1.195,9	1.423	9,60	34,5	60,0
Tucumán	1.039,7	1.095	12,7	44,5	38,9
Promedio	3.146,9	1.300	10,6	46,1	40

Fuente:

(1) INDEC - CENSO 2010

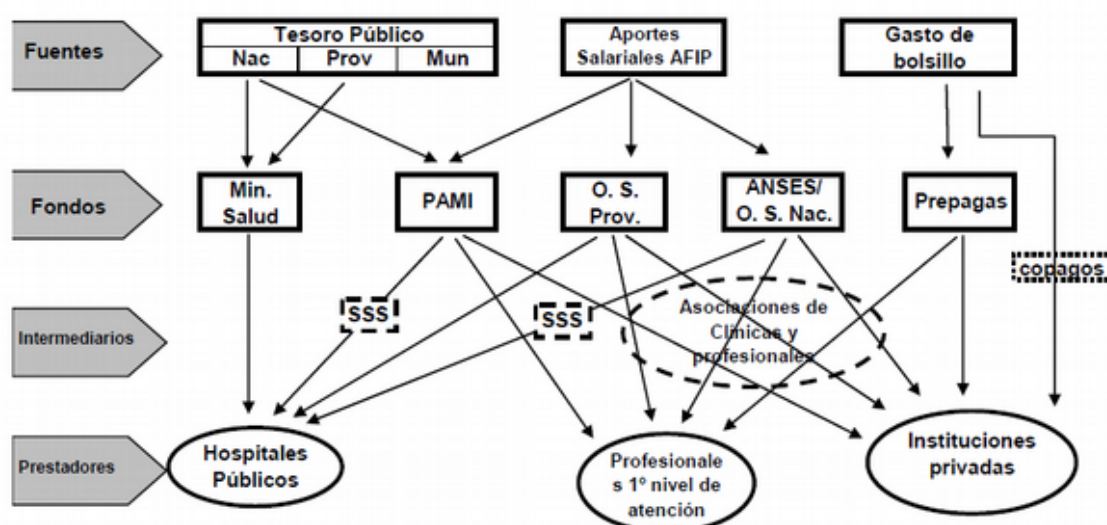
(2) Dirección Provincial Estadística de las Provincias, año 2006. En pesos constantes de 2009

(3) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. En pesos corrientes, año 2011

El 40% de la población salteña posee cobertura de salud a partir de una obra social. El subsector público de Salta, a través de su red de centros asistenciales, brinda asistencia al 47% de la población, aproximadamente 570 mil habitantes. La prestación de servicios encuentra una amplia gama de instituciones públicas y privadas, con características particulares. Dentro del ámbito estatal, Salta cuenta con 50 hospitales públicos (35 de nivel 2, 8 de nivel 3 y 7 de nivel 4) y 467 centros de salud y puestos sanitarios articulados en distintos niveles de atención. Por su

parte, el sector privado cuenta con 225 establecimientos, entre clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico. Este sector brinda, fundamentalmente, servicios a personas con obra social y prepaga⁶

Figura 4.1
Sistema de Salud - Salta



Fuente: Maceira y Cejas (2008)

La Tabla 4.3 presenta el contexto sanitario y epidemiológico de la provincia de Salta en el marco nacional. En base a la información proporcionada por el Ministerio de Salud de la Nación se exhiben variables tradicionales de desempeño sanitario, tales como las tasas de natalidad, y mortalidad general, infantil y materna.

Puede notarse que dieciséis de las veinticuatro jurisdicciones argentinas se encuentran sobre la media nacional en términos de tasa de natalidad, ocupando la provincia de Salta el tercer lugar luego de Santa Cruz y Chaco. Por su parte, la tasa de mortalidad infantil del país registra, para el año 2011, un valor promedio de 11,7/00, por debajo de Salta con 14/00, la quinta provincia luego de Formosa, La Rioja, Corrientes y Tucumán. Finalmente, la tasa de mortalidad materna, en la última columna de la Tabla, refleja un promedio argentino de 4/00, con una alta dispersión entre extremos (CABA con 1,3 y Formosa con 12,3). En este contexto, Salta representa el promedio nacional (3,9/00), en la posición número dieciséis en la comparativa del país.

Una mirada al interior de la provincia muestra que la misma Salta está caracterizada por una significativa concentración de su población en pocos departamentos: tres de ellos, la Capital provincial, San Martín y Orán reúnen el 68% de los salteños, en tanto dieciséis de los veintitrés departamentos albergan sólo al 16% de la población total de la provincia.

⁶ Para un análisis específico del sistema de aseguramiento, contratación y prestación de servicios sanitarios en Salta, ver Maceira y Cejas (2008).

Tabla 4.3
Indicadores Sanitarios Tradicionales

Provincias	Tasas			
	Natalidad	Mortalidad General	Mortalidad Infantil	Mortalidad Materna
Formosa	21,6	5,8	21,2	12,3
La Rioja	17,4	5,6	16,5	6,3
Corrientes	19,9	6,1	15,7	5,3
Tucumán	19,5	6,2	14,1	3,7
Salta	21,7	5,4	14,0	3,9
Catamarca	16,0	5,1	14,0	7,6
Misiones	19,3	5,4	13,7	8,7
Jujuy	19,6	5,7	12,9	11,5
San Luis	16,7	6,1	12,3	3,9
Buenos Aires	18,8	8,5	11,8	3,2
Santiago del Estero	20,2	5,8	11,7	5,5
Chaco	22,6	6,4	11,4	8,6
Entre Ríos	17,2	7,7	11,0	5,4
Córdoba	16,9	8,1	10,8	1,9
Santa Fe	16,4	8,8	10,8	3,0
La Pampa	15,6	7,3	10,4	7,4
Chubut	20,7	6,0	10,2	5,1
San Juan	19,9	6,5	9,90	4,2
Santa Cruz	24,0	5,4	9,70	0,0
Mendoza	19,2	7,2	9,7	4,7
CABA	14,8	10,5	8,8	1,3
Neuquén	19,6	4,9	7,50	2,7
Tierra del Fuego	18,6	3,3	7,10	11,8
Río Negro	19,8	3,8	6,60	9,6
Total	18,5	7,8	11,7	4,0

Fuente:

Ministerio de Salud de la Nación - DEIS, Estadísticas Vitales - Año 2011

En general, se identifica una relación negativa entre escala poblacional y densidad, por un lado y el acceso a servicios básicos de agua por otro. Como se observa en la Tabla 4.4, la brecha de acceso a este servicio es de gran magnitud, cercana a una tasa de 2:1 entre los departamentos de mayor densidad y La Pompea y Molinos, donde el porcentaje de hogares con agua de red apenas alcanza al 50% de los mismos. La brecha entre niveles de educación general entre

departamentos agudizada esta diferencia inter-provincial. Salta Capital, Rosario de Lerma y La Caldera cuentan con niveles de analfabetismo mínimos, inferiores al 3%, en tanto Santa Victoria y Rivadavia muestran una realidad diferente, con porcentajes superiores al 10%.

Tabla 4.4
Indicadores Provinciales Básicos, por Departamento

Departamento	Población	Densidad Poblacional	% Hogares con agua de red	Analfabetismo
Capital	562.627	311,3	97,5	1,3
General José de San Martín	166.680	9,7	93,1	5,0
Orán	144.054	11,7	90,7	4,4
Anta	58.899	2,6	85,7	6,2
General Guemes	48.091	20,0	94,4	3,4
Metán	43.246	7,7	97,1	3,1
Rosario de Lerma	40.750	7,6	85,1	2,7
Rivadavia	32.983	1,2	53,3	10,8
Cerrillos	31.577	55,9	82,5	2,5
Rosario de la Frontera	30.107	5,4	87,6	3,3
Chicoana	21.051	22,8	85,5	2,5
Cafayate	13.925	9,5	91,0	2,5
Santa Victoria	11.716	2,6	46,4	14,5
Cachi	8.261	2,5	62,0	4,0
La Viña	7.770	3,5	81,0	3,3
San Carlos	7.679	1,4	64,0	5,9
La Caldera	7.109	9,0	79,2	2,3
Iruya	6.894	1,7	61,0	9,4
Los Andes	6.218	0,2	83,8	5,5
Molinos	6.083	1,6	50,0	5,7
La Candelaria	5.867	3,7	79,5	3,3
Guachipas	3.647	1,1	62,7	4,1
La Poma	2.077	0,4	47,8	7,7
Total	1.267.311	14,4	76,6	4,9

Fuente:
INDEC - CENSO 2010

La heterogeneidad geográfica que caracteriza a la provincia se traduce en importantes diferencias entre departamentos, tanto en sus perfiles demográficos como sanitarios. En esta dirección, la Tabla 4.5 refleja algunos de estos aspectos mediante la presentación de las tasas de mortalidad infantil e indicadores de natalidad y mortalidad general. En el primer caso, la brecha entre departamentos es significativa, no sólo en escala sino también en incidencia. En este aspecto en particular, la tasa de mortalidad infantil podría no brindar información precisa,

especialmente en municipios de baja población, en tanto cambios unitarios tienen impactos más que proporcionales en su resultado.

Finalmente, las tasas de natalidad y mortalidad general dejan percibir estructuras poblacionales diferenciadas, con Metán, Salta Capital y General Güemes en un extremo, y Rivadavia, Orán y San Martín, en el otro. Llamativamente, los indicadores de mortalidad general no permiten extraer perfiles definidos, contrastando en algunos casos con los indicadores previos.

Tabla 4.5
Indicadores Sanitarios Básicos, por Departamento

Departamento	Nacidos Vivos	Tasas		
		Mortalidad Infantil	Natalidad	Mortalidad General
La Poma	32	31,3	15,4	
Cachi	168	23,8	20,3	6,7
La Caldera	127	23,6	17,9	4,6
Los Andes	142	21,1	22,8	4,0
Chicoana	431	20,9	20,5	6,4
Santa Victoria	263	19,0	22,4	5,0
Iruya	174	17,2	25,2	6,1
Orán	3.792	16,6	26,3	5,4
Anta	1.475	15,6	25,0	5,2
Rosario de la Frontera	683	14,6	22,7	6,9
Guachipas	71	14,1	19,5	9,0
La Viña	151	13,2	19,4	6,7
General José de San Martín	4.249	13,2	25,5	5,2
Molinos	152	13,2	25,0	5,6
Rosario de Lerma	844	13,0	20,7	5,0
Rivadavia	1.000	13,0	30,3	4,1
Capital	10.857	11,2	19,3	5,7
Cafayate	315	9,5	22,6	6,5
General Güemes	926	8,6	19,3	5,8
Cerrillos	763	3,9	24,2	4,9
Metán	816	3,7	18,9	6,4
San Carlos	165	0,0	21,5	7,0
La Candelaria	96	0,0	16,4	6,6
Total	27.692	12,6	21,9	5,6

Fuente:

Ministerio de Salud de la Nación DEIS-Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia
Año 2010

Notas: Las tasas de natalidad y mortalidad general se calcularon cada 1000 habitantes.

5. Contexto Normativo⁷

De acuerdo con los Principios sobre el Plan de Salud Provincial (Ley 6.841 de 1996), el objetivo de la política de salud es transformar las condiciones de salud de la población a partir de la articulación de todos los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado. Una de las herramientas que se ha identificado para cumplir con ese compromiso es la descentralización de los hospitales públicos organizados en red según nivel de complejidad creciente, impulsando el fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención bajo la estrategia de APS.

En esta dirección, el sistema de salud se organizó en cuatro regiones sanitarias, que se componen de áreas operativas, a su vez, conformadas por redes de atención de diversos niveles de complejidad.

El área geográfica que define a la región sanitaria está delimitada por un perfil epidemiológico similar, que posibilita la planificación de acciones sanitarias contemplando la utilización racional de recursos.

En la actualidad el sistema se encuentra organizado en cuatro regiones sanitarias que a su vez contienen redes de atención.

Región Sanitaria Norte: Red de atención Orán, Red de atención Tartagal.

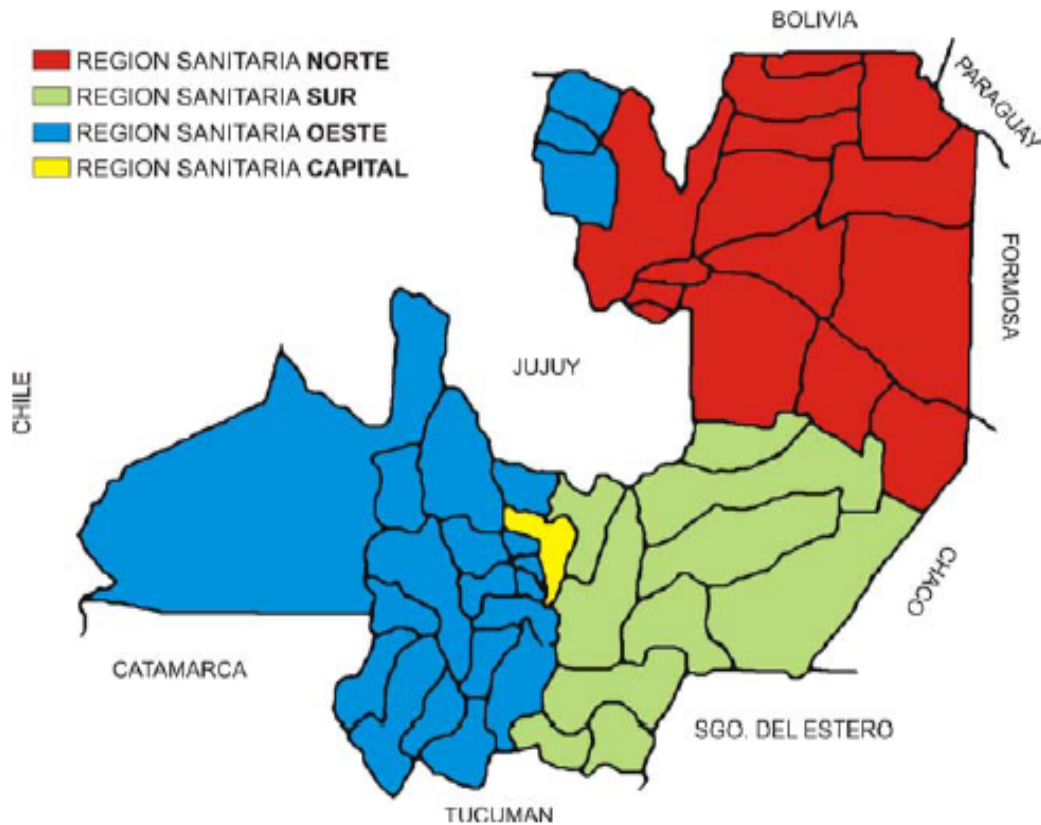
Región Sanitaria Sur: Red de atención Gral. Güemes, Red de atención Metán.

Región Sanitaria Centro: Red de atención Noroeste, Red de atención Sureste.

Región Sanitaria Oeste: Red de atención Cachi, Red de atención Cafayate, Red de atención Valle de Lerma y Puna.

⁷ Esta sección se alimenta del trabajo de Maceira, D. 2010 y Llaya, J. 2007.

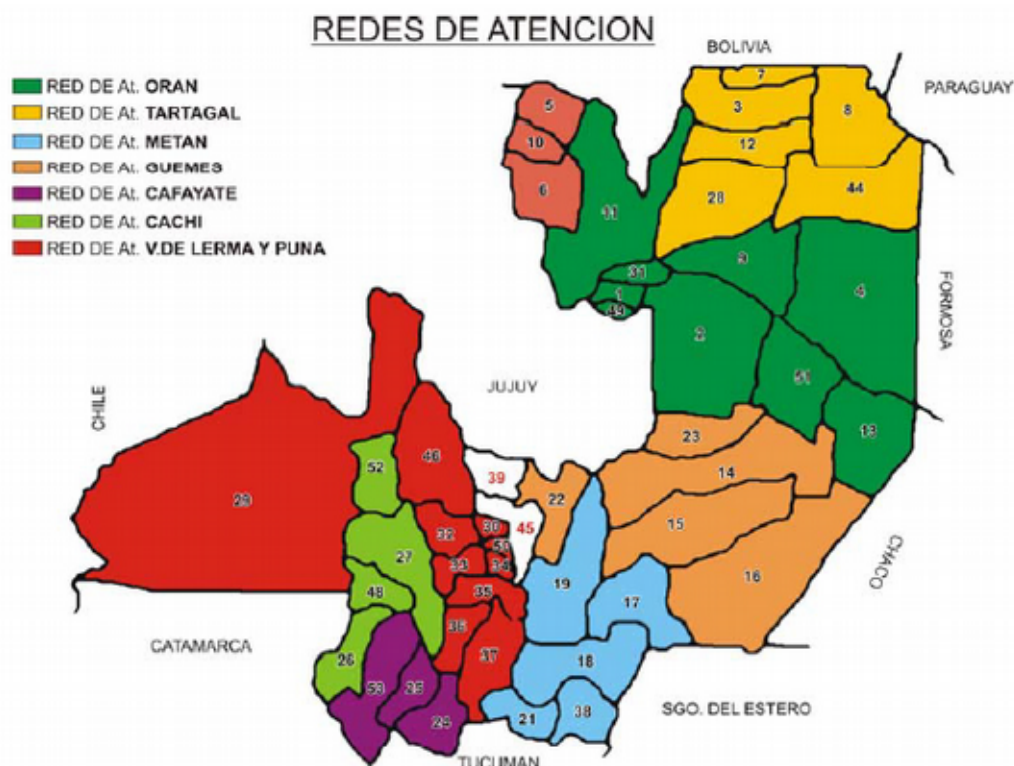
Figura 5.1
Regiones Sanitarias - Salta



Por su parte, el área operativa (que conforman las regiones) constituye la unidad funcional de programación, administración, ejecución y evaluación de las acciones de salud en un territorio geográfico determinado y con una población definida.

Las redes de atención (que dependen de las áreas operativas) están conformadas por establecimientos sanitarios con niveles de atención y complejidad creciente (Decreto 2.411/2005). Se formaron bajo el supuesto de que mejoran el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención sanitaria, optimizan la utilización de recursos y generan eficiencia en la prestación de servicios de salud. Además facilitan la articulación de las unidades prestadoras, la utilización adecuada de la oferta, racionalizan los costos y optimizan de la infraestructura.

Figura 5.2
Redes de Atención - Salta



Las redes tienen una población definida (que surge de la suma de las poblaciones correspondientes a las áreas operativas que las conforman). Ello implica que el paciente ingresaría al sistema de salud a través del centro de atención primaria, y puede ser derivado a otro centro u hospital de mayor complejidad.

Cada red de atención está conformada por un hospital de referencia y otros establecimientos de distintos niveles de complejidad creciente (Decreto 2.411/2005):

- El primer nivel de atención está formado por puestos fijos (no cuentan con personal sanitario permanente, la atención sanitaria de baja complejidad se realiza en forma periódica y programada); puestos sanitarios (cuentan con atención de enfermería permanente, la atención sanitaria es en forma periódica y programada) y centros de salud (con o sin internación y ofrecen atención médica y de enfermería diaria, y de otros profesionales de la salud en forma permanente o programada. Pueden tener atención odontológica diaria y otros servicios como laboratorio, radiología, etc.)
- El segundo nivel de atención está constituido por servicios de salud con atención ambulatoria y de internación brindados por médicos generalistas. Se dispone de odontología y servicios de diagnóstico y tratamiento como bioquímica, radiología y en

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

algunos casos tienen guardias activas o pasivas y atención especializada en forma periódica.

- Conforman el tercer nivel de atención los establecimientos de salud con atención ambulatoria y de internación, con especialidades básicas, además de odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo.
- Finalmente, cuarto nivel de atención está representado por hospitales de alta complejidad que permiten resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Son establecimientos de referencia en las regiones sanitarias y, algunas ocasiones, son de la jurisdicción provincial o región.

Los hospitales que por su nivel de complejidad o capacidad instalada no pueden resolver algún problema de salud derivan al paciente al hospital de mayor complejidad, que actúa como hospital cabecera de red. Si este hospital tampoco puede resolver el problema de salud entonces deriva a los hospitales de referencia provincial, que son de nivel IV.

Para el logro de los objetivos propuestos por las redes de atención se optó por descentralizar los hospitales públicos, que pasaron a estar organizados en red, según niveles de complejidad creciente. Paralelamente, se impulsó el fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención bajo la estrategia de atención primaria de la salud (APS). A su vez, con el propósito de poner en práctica los principios del Plan de Salud Provincial (Ley 6.841), se dictaron entre 1998 y 2006 un conjunto de normativas orientadas a facilitar la instrumentación de un sistema de referencia y contrarreferencia.

A este efecto, se reguló el sistema de información y los formularios a emplear en la referencia y contrarreferencia de los pacientes entre los distintos establecimientos (Resolución 1.081/1998); y el circuito a seguir por los pacientes en función de la capacidad resolutoria de los servicios asistenciales (Resolución 1.985/1998). A su vez, se avanzó en la reorganización del sistema, por medio de la revisión de la regionalización sanitaria y la reorganización de la subdivisión de regiones operativas de la provincia (Decreto 2.411/2005 y 1.189/2006, respectivamente).

La provincia de Salta ha sido históricamente una pionera en reformas de su sistema de salud, desde el modelo de atención primaria desarrollado durante las últimas décadas hasta el lanzamiento de los Seguros Provinciales de Salud con gestión departamental y modelos de autogestionamiento hospitalario, administración mixta y tercerización.

La Constitución de la provincia de Salta, en su preámbulo, menciona expresamente el derecho a la vida, y en particular a la salud, destacando la intangibilidad de la integridad física y moral de la persona. Mediante el Art. 41, la salud es reconocida como un bien social. Si bien conforma un derecho inherente a la vida, presenta un doble rol que otorga a la persona el deber de preservarlo, y compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades.

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

El Estado debe elaborar el Plan de Salud Provincial con la participación de los sectores socialmente interesados, contemplando las distintas etapas de promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, introduciendo el Art. 42 el concepto de “justicia social” y “utilización racional de los recursos” como pilares de la acción estatal. El derecho a la salud también es mencionado entre los derechos que se reconocen al trabajador.

Además de la Constitución Provincial, existen una serie de normativas que dan forma al sistema de salud y operacionalizan estos derechos, como ser la Resolución Ministerial 370 de 1985, que organiza el sistema público de provisión de servicios de salud, definiendo los niveles de atención, regionalización y descentralización de las áreas operativas.

Por su parte la Ley 6841, promulgada en 1996, que convirtió en ley al Decreto 68/95, consagró los principios sobre el Plan de Salud Provincial que, según sus previsiones, las prestaciones establecidas en el marco normativo serán consideradas mínimas, deberán asegurar la plena, eficaz y eficiente utilización de los servicios y la capacidad instalada, y estarán basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud y en el derecho del habitante a la libre elección del profesional, con las limitaciones propias del manejo eficiente de los recursos.

Dicho Seguro se encuentra en funcionamiento en algunas áreas y está orientado a brindar cobertura sanitaria a la población sin cobertura de obra social y sin capacidad de pago. Mediante el pago de una cápita por habitante sin cobertura formal, el Estado garantiza la atención en todo el territorio de la provincia incluyendo derivaciones ante eventualidades.

A la segmentación en la provisión y financiamiento del sistema de salud salteño, se le agrega la diversidad en la gestión de los hospitales públicos. En la actualidad se presentan cuatro modelos, Hospitales públicos de gestión privada, Hospitales de autogestión, Hospitales de cogestión y Hospitales de gestión centralizada.

Por un lado, la provincia cuenta con *hospitales públicos de gestión privada*. Si bien cuentan con presupuestos públicos, son gestionados por una institución privada que desarrolla un esquema de incentivos al personal, determinado según el cumplimiento de metas.

A su vez, la Ley 6841 establece la reestructuración de los hospitales públicos incorporando la figura del *Hospital de Autogestión*. Las principales atribuciones que poseen estas instituciones son:

- Realizar convenios con entidades de la seguridad social provinciales y nacionales y, muy especialmente, con las obras sociales de jurisdicción nacional.
- Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales públicos o privados.
- Cobrar los servicios que brinden a través de los mecanismos del seguro de salud a cargo del Instituto Provincial de Salud o a las personas con capacidad de pago o a terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidente, medicina laboral, convenios celebrados por el Gobernador con los gobiernos de las provincias vecinas o de los países limítrofes, en el

marco del artículo 124 de la Constitución Nacional, a los fines de la contribución de dichos gobiernos, para la financiación de las prestaciones destinadas a satisfacer las necesidades de los oriundos de unas y otros, mientras no se radiquen en la provincia de conformidad con el ordenamiento, y otros similares.

- Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos y privados de la provincia, de la región del Noroeste argentino o de la Nación, debidamente habilitadas.

Más allá de su capacidad recaudatoria, los hospitales de autogestión continúan recibiendo los ingresos presupuestarios que le asigna la pertinente ley para el habitual funcionamiento del mismo.

La Superintendencia de Servicios de Salud, de competencia nacional, es quien fiscaliza el cumplimiento de las obligaciones de las Obras Sociales respecto de los pagos por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios por los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, procediendo a realizar el débito automático. Si correspondiere y acorde a la normativa, la Superintendencia opera un sistema de débito automático por medio del cual la AFIP descuenta directamente de la recaudación de la Obra Social involucrada el importe de la deuda conformada con el Hospital.

Además, la provincia ha desarrollado la figura de los *hospitales de cogestión* comunitaria. Básicamente esta figura consiste en la gestión compartida de los fondos del seguro de salud con una organización no gubernamental local. El mayor exponente de este modelo de gestión es el Hospital de Cafayate.

Finalmente, la provincia cuenta -en su mayoría- con *hospitales centralizados*, con presupuesto y gestión pública. Los directores de estas instituciones poseen escasa competencia para contratar personal o influir en el presupuesto, en tanto éstos son determinados por el Ministerio de Salud Provincial.

La solvente red provincial de centros de atención primaria enfrenta limitaciones en los modos de referencias hacia hospitales, con incentivos monetarios muy disímiles, y la amplia movilidad de recursos humanos entre departamentos desafía la construcción de redes.

6. Redes Formales e Informales

En la sección previa se presentó el andamiaje normativo e institucional sobre el cual se han desarrollado las redes sanitarias en la provincia de Salta. Esta sección propone complementar esta mirada mediante el aporte de dos instrumentos de recolección de información, como fuera planteado en el acápite metodológico.

En primer lugar, se analizan los resultados del cuestionario de elección múltiple distribuido al universo del personal afectado en el área perinatal de ambos hospitales, cuya adherencia fue de aproximadamente el 50% en las dos instituciones, llegando a superar entre ambos las setenta

encuestas respondidas. De su carga y procesamiento se desprenden una serie de temáticas que serán presentadas a lo largo de esta sección.

En segundo lugar, esta información será complementada con los aportes surgidos de una serie de entrevistas en profundidad con veintisiete miembros de la planta de ambos hospitales, mediante el uso de una guía semi-estructurada de temas a abordar. Estos trabajadores del sector son considerados representativos del universo de médicos, enfermeras, residentes, obstétricas y administrativos de las instituciones seleccionadas.

6.1 Caracterización del Personal

La encuesta distribuida al personal de servicios logró un grado de adhesión elevado, con 51 respuestas completas en el Hospital Materno Infantil de la ciudad Capital de Salta, y 23 en el Hospital Juan Domingo Perón de la ciudad de Tartagal, cuya escala es sensiblemente inferior.

La distribución de los formularios entre ambas áreas participantes fue similar en los dos hospitales. En Salta respondieron la encuesta 25 profesionales de obstetricia y 26 de neonatología, mientras que en Tartagal la distribución fue de 12 y 11 respectivamente. La Tabla 6.1 resume esta caracterización.

Tabla 6.1
Caracterización del personal de servicio: Número de observaciones y participación relativa por área y función.

Personal de servicio	Htal. Materno Infantil (S)		Htal. J. D. Perón (T)	
	N	%	N	%
Obstetricia	25	100	12	100
Médico obstetra de la sala	6	24.0	2	16.7
Médico obstetra de la guardia	2	8.0	0	0.0
Obstétrica de la sala	2	8.0	0	0.0
Obstétrica de la guardia	2	8.0	2	16.7
Médico residente de gineco-obstetricia	0	0	1	8.3
Enfermero de gineco-obstetricia	13	52.0	7	58.3
Neonatología	26	100	11	100
Neonatólogo del servicio	1	3.9	3	27.3
Neonatólogo de la guardia	0	0.0	1	9.1
Médico residente de neonatología	3	11.5	0	0.0
Enfermero de neonatología	22	84.6	7	63.6
Total	51	100	23	100

La estructura de los recursos humanos participantes se refleja en la Tablas 6.2.A y 6.2.B, para el área de obstetricia y neonatología respectivamente.

Tabla 6.2.A

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

Personal de Obstetricia	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Media	Desvío	Min.	Max.	Media	Desvío	Min.	Max.
Médico obstetra de la sala								
Género (=1 hombre)	0.7	0.5	0	1	1.0	0.0	1	1
Edad	48.3	11.0	31	62	54.5	7.8	49	60
Antigüedad	4.2	1.6	2	6	5.0	1.4	4	6
Hs. trabajo sem.	36.4	9.7	30	52	30.0	0.0	30	30
Médico obstetra de la guardia								
Género (=1 hombre)	0.5	0.7	0	1	-	-	-	-
Edad	38.5	7.8	33	44	-	-	-	-
Antigüedad	2.5	0.7	2	3	-	-	-	-
Hs. trabajo sem.	58.0	8.5	52	64	-	-	-	-
Obstétrica de la sala								
Género (=1 hombre)	0.0	0.0	0	0	-	-	-	-
Edad	40.0	9.9	33	47	-	-	-	-
Antigüedad	3.5	0.7	3	4	-	-	-	-
Hs. trabajo sem.	54.0	0.0	54	54	-	-	-	-
Obstétrica de la guardia								
Género (=1 hombre)	0.0	0.0	0	0	0.0	0.0	0	0
Edad	45.5	14.8	35	56	26.5	0.7	26	27
Antigüedad	3.0	1.4	2	4	2.0	0.0	2	2
Hs. trabajo sem.	48.0	8.5	42	54	30.0	0.0	30	30
Médico residente de gineco-obstetricia								
Género (=1 hombre)	-	-	-	-	0.0	.	0	0
Edad	-	-	-	-	35.0	.	35	35
Antigüedad	-	-	-	-	2.0	.	2	2
Hs. trabajo sem.	-	-	-	-	44.0	.	44	44
Enfermero de gineco-obstetricia								
Género (=1 hombre)	0.2	0.4	0	1	0.0	0.0	0	0
Edad	39.1	9.1	24	51	44.0	13.3	26	60
Antigüedad	3.9	1.5	2	6	3.7	1.7	2	6
Hs. trabajo sem.	46.6	10.7	40	82	25.6	10.0	9	40

Con excepción de los médicos obstetras de guardia en el Hospital Materno Infantil, la proporción de mujeres y hombres en cada servicio resulta heterogénea en ambos hospitales, aunque con mayor peso masculino en áreas de conducción. El promedio de edad difiere entre ambos hospitales para un mismo cargo, sin indicar alguna tendencia entre cargos e instituciones.

La antigüedad promedio (con la obvia excepción de los residentes) es superior entre los profesionales del servicio de neonatología en ambos hospitales, y se encuentra entre los cuatro y los seis años. En el área de obstetricia el rango de antigüedad promedio se

ubica entre los dos y los cuatro años, con excepción del médico obstetra entrevistado en la sala del hospital de Tartagal, con una antigüedad de cinco años.

Tabla 6.2.B

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

Personal de Neonatología	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Media	Desvío	Min.	Max.	Media	Desvío	Min.	Max.
Neonatólogo del servicio								
Género (=1 hombre)	1.0	.	1	1	0.3	0.6	0	1
Edad	62.0	.	62	62	51.0	.	51	51
Antigüedad	6.0	.	6	6	6.0	0.0	6	6
Hs. trabajo sem.					33.3	5.8	30.0	40.0
Neonatólogo de la guardia								
Género (=1 hombre)	-	-	-	-	0.0	.	0	0
Edad	-	-	-	-	52.0	.	52	52
Antigüedad	-	-	-	-	6.0	.	6	6
Hs. trabajo sem.	-	-	-	-	30.0	.	30	30
Médico residente de neonatología								
Género (=1 hombre)	0.7	0.6	0.0	1.0	-	-	-	-
Edad	35.0	3.0	32.0	38.0	-	-	-	-
Antigüedad	5.5	0.7	5.0	6.0	-	-	-	-
Hs. trabajo sem.	44.0	0.0	44.0	44.0	-	-	-	-
Enfermero de neonatología								
Género (=1 hombre)	0.1	0.3	0	1	0.1	0.4	0	1
Edad	38.4	8.4	21	53	45.1	6.0	38	52
Antigüedad	4.1	1.6	1	6	4.1	2.1	1	6
Hs. trabajo sem.	43.6	11.9	7	80	34.3	5.3	30	40

6.2 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” (Maceira y Palacios, 2012).

Desde esta perspectiva, se considera relevante identificar cuáles son las condiciones de trabajo percibidas por los recursos humanos que desarrollan tareas dentro de la estructura de la cabecera de red y, a partir de ello, como avanzan en la caracterización de sus funciones dentro

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

del hospital y en el contexto regional. Con este objetivo, la Tabla 6.3 permite identificar, en términos generales, el vínculo del personal con su ambiente de trabajo en los servicios de obstetricia y neonatología, respectivamente.

En primer término, la satisfacción generada por desarrollar tareas en ambos hospitales resulta extremadamente positiva, mayor en el Servicio de Neonatología en relación al de Obstetricia. En ambos hospitales el 80% del personal de obstetricia declara sentirse siempre satisfecho con el trabajo que realiza. En el servicio de neonatología el porcentaje es superior, 87,5% en el Hospital Materno Infantil y alcanza el 100% de los entrevistados en Tartagal. En ambos casos y para ambos servicios la opción de insatisfacción se encuentra sin respuestas.

Con respecto a sentirse orgulloso de trabajar en el hospital, se observa una marcada diferencia entre servicios, lo que refiere a los ámbitos de trabajo particulares al interior de cada institución y no al hospital como un todo. En las áreas de obstetricia de ambos hospitales, el 80% manifiesta “estar orgullosa/o siempre” de trabajar en el hospital, mientras que para el servicio de neonatología ese porcentaje desciende al 60% en el caso del Hospital Juan Domingo Perón y al 47,8% en el Hospital Materno Infantil.

Tabla 6.3

Motivacion, ambiente de trabajo y evaluacion de los recursos del hospital por parte del personal. Área de Obstetricia.

Personal de Obstetricia	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- Me gusta el trabajo que hago.	80.0	20.0	-	-	80.0	10.0	10.0	-
B- Estoy orgulloso del trabajar en este hospital.	80.0	8.0	12.0	-	80.0	-	20.0	-
C- Me siento valorado por mis compañeros de trabajo.	12.5	20.8	62.5	4.2	10.0	20.0	60.0	10.0
D- Me siento parte de un equipo con quienes trabajo para el logro de objetivos.	20.0	40.0	36.0	4.0	40.0	20.0	40.0	-
E- Siento que mi superior me brinda el apoyo que necesito.	28.0	28.0	32.0	12.0	40.0	10.0	30.0	20.0
F- Mi supervisor me dice cuando necesito mejorar algo en mi trabajo.	8.0	20.0	40.0	32.0	20.0	10.0	60.0	10.0
G- Estoy satisfecho con el equipamiento con que cuenta el hospital.	24.0	48.0	28.0	-	10.0	10.0	60.0	20.0
H- Estoy satisfecho con el mantenimiento del equipo con que cuenta el hospital.	4.2	16.7	54.2	25.0	-	-	80.0	20.0
I- Estoy satisfecho con la disponibilidad de los insumos con que cuenta el hospital.	4.0	40.0	52.0	4.0	-	-	50.0	50.0

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

Motivacion, ambiente de trabajo y evaluacion de los recursos del hospital por parte del personal. Área de Neonatología.

Personal de Neonatología	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
A- Me gusta el trabajo que hago.	87.5	8.3	4.2	-	100.0	-	-	-
B- Estoy orgulloso del trabajar en este hospital.	47.8	26.1	26.1	-	60.0	-	40.0	-
C- Me siento valorado por mis compañeros de trabajo.	26.1	8.7	56.5	8.7	20.0	10.0	70.0	-
D- Me siento parte de un quipo con quienes trabajo para el logro de objetivos.	25.0	29.2	41.7	4.2	40.0	40.0	20.0	-
E- Siento que mi superior me brinda el apoyo que necesito.	20.8	20.8	25.0	33.3	60.0	10.0	30.0	-
F- Mi supervisor me dice cuando necesito mejorar algo en mi trabajo.	12.0	20.0	28.0	40.0	40.0	20.0	20.0	20.0
G- Estoy satisfecho con el equipamiento con que cuenta el hospital.	12.0	20.0	44.0	24.0	20.0	10.0	40.0	30.0
H- Estoy satisfecho con el mantenimiento del equipo con que cuenta el hospital.	12.5	8.3	45.8	33.3	-	-	60.0	40.0
I- Estoy satisfecho con la disponibilidad de los insumos con que cuenta el hospital.	8.3	33.3	37.5	20.8	20.0	-	60.0	20.0

El vínculo con los compañeros de trabajo refleja niveles de satisfacción marcadamente inferiores. Sentirse valorada/o “a veces” por sus colegas representa la opción más frecuente en ambos hospitales y para los dos servicios entrevistados, reflejando más del 55% de las respuestas en todos los casos. Los profesionales del área de neonatología presentan valoraciones marginalmente menos pesimistas en este sentido. En el extremo, el 10% del personal de obstetricia en el hospital de Tartagal declara nunca recibir muestras de valoración por parte de sus compañeros de trabajo.

A pesar de ello, las opiniones sobre la estructura de trabajo resultan ser algo más optimistas. Particularmente en el Hospital de Tartagal y para ambas áreas, el 40% reporta que en todo momento se siente parte de un equipo de trabajo que busca alcanzar objetivos comunes. Este nivel de satisfacción es menor en el Hospital de Salta Capital, con respuestas similares en el 20% y 25% en las áreas de obstetricia y neonatología, respectivamente.

Paralelamente, el vínculo con los superiores permite establecer un reflejo de lo enunciado previamente, en tanto el 40% (obstetricia) y el 60% (neonatología) de las/os trabajadoras del hospital de Tartagal perciben que su superior siempre les brinda el apoyo necesario, en tanto el porcentaje desciende al 28% y 20,8% respectivamente en el hospital de Salta. Es posible que parte de estas diferencias se encuentren asociadas con el reciente cambio de gestión hospitalaria, que aún se encuentra en un período de transición desde la gestión privada, volviendo a depender de la administración pública directa. En general, la literatura clásica sobre Teoría Organizacional (Cyert y March, 1963; Simon, 1947, entre muchos otros) verifica que los cambios de gestión institucional son percibidos inicialmente como una fuente de inestabilidad, debido a diferencias en estilos de gestión, cambios en los mecanismos de control y criterios en la toma de decisiones. Una vez asentados los cambios organizacionales el personal vuelve a reconocer su espacio dentro de la institución. Las mismas diferencias entre hospitales quedan

evidenciadas en relación al interrogante referido a la comunicación del supervisor cuando el profesional necesita incorporar mejoras, donde el hospital de Tartagal refleja valoraciones más positivas. Eventuales consultas de similar índole en el futuro permitirán refrendar o ajustar las hipótesis identificadas en la literatura.

Por otra parte, los menores niveles de satisfacción se encuentran asociados con la dotación de recursos disponibles, particularmente en lo referido al mantenimiento de equipos, y en segundo lugar a la disponibilidad de insumos. La población que brinda servicios en el hospital de Tartagal muestra un sesgo marcadamente más “pesimista”, declarando con mayor frecuencia su insatisfacción con las dotaciones existentes en ambos tipos de recursos. En tanto, el Hospital Materno Infantil, de mayor complejidad y capacidad técnica y presupuestaria identifica con mayor frecuencia relativa la categoría “sentirse satisfecho”, con respuestas distribuidas entre las distintas valoraciones.

“El equipamiento del servicio está obsoleto, también las instalaciones y las conexiones de oxígeno. Por otro lado hay hacinamiento en la sala de neonatología, las incubadoras están muy juntas, quedando poco espacio para la circulación del personal”. Residente de primer año de neonatología Hospital Materno Infantil.

“El servicio de obstetricia cuenta con 80 camas de internación para la madre, repartidas en las salas de embarazo patológico, parto y puerperio. En el primer piso se encuentra la sala de parto y en el segundo la sala de internados. Atendemos aproximadamente 8.300 partos anuales. Los insumos y medicamentos nunca escasearon en este servicio. Nosotros no damos medicamentos a los pacientes que tienen obra social o prepaga una vez que son dados de alta (sí lo hacemos durante la internación), sólo lo hacemos con los que carecen de algún tipo de cobertura”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“El servicio de neo es el mejor equipado de todo el hospital, pero lo que se ha conseguido es gracias al gerenciamiento de la jefa del servicio. Lo que falla es el mantenimiento del equipamiento”. Médica de guardia de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

“El mayor déficit del sistema de referencia y contrarreferencia es el no contar con un sistema terrestre de traslado neonatal de alta complejidad. Nadie cuenta con un equipo especializado para el traslado del recién nacido con una unidad de terapia intensiva móvil y en la ambulancia. Hoy los recién nacidos de alto riesgo son trasladados en ambulancias comunes sin el equipamiento necesario. Pero detrás hay un problema mayor, un recién nacido de alto riesgo nunca debiera ser trasladado, el traslado debiera ser previo, de la madre embarazada de riesgo para que el seguimiento del embarazo y el parto ocurran en un hospital con el equipamiento y el personal preparados para el alto riesgo. Este problema tiene que ver con la falta de una organización que funcione en red, con protocolos y normas conocidos y respetados por todos, donde la urgencia no sea la única alternativa. Por otro lado, hay que destacar que el sistema de transporte aéreo de pacientes es muy bueno y funciona en toda la provincia”. Médico de neonatología Hospital Materno Infantil.

“Nos pasó una vez que no teníamos incubadoras, se había saturado el servicio. Fue cuando la jefa del servicio tuvo que salir a pedir prestada una incubadora a un hospital de menor complejidad que sabíamos que tenían dos incubadoras sin uso (Mosconi y Salvador Mazza). El equipamiento que tenemos es el mismo desde 2007. Hay escasez y deterioro en el equipamiento. Muchas de las

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

cosas que tenemos se consiguieron por donaciones del sector privado, todas gestionadas por la jefa del servicio". Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

"No hay buen mantenimiento del equipamiento, los quirófanos están mal equipados, faltan descartables, no tenemos ropa de quirófano". Médico de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

"Nos faltan camas, el servicio cuenta con 22 camas, lo llamamos el servicio de "camas calientes" porque a medida que vamos dando de alta a las mamás, vamos ubicando otras que están esperando en la sala a que se desocupe la cama". Enfermera de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

La valoración que se hace de la disponibilidad de los insumos con que cuenta el hospital resulta ser menos pesimista en el Hospital de Salta que en el de Tartagal.

"De insumos estamos bien, aunque hay que reconocer la calidad de los insumos ha caído (bisturís que no cortan bien, guantes que se rompen fácilmente, etc.). El problema no es de cantidad sino de calidad. En la parte de quirófano nos faltan instrumentos, todo lo que se va desechando de cirugía pasa a obstetricia, entonces usamos instrumentos que a veces no funcionan muy bien". Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

"No siempre tenemos todos los insumos, muchos insumos que recibimos son de mala calidad y muchas a veces les pedimos a los pacientes que compren cosas". Residente del segundo año de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

Un elemento adicional asociado con la satisfacción en el desarrollo de tareas en la estructura perinatal, se vincula con la dotación de recursos humanos. Especialmente, se observa que las opiniones, si bien se mantienen entre profesionales de un mismo servicio, varían según el hospital. El personal del hospital de Tartagal tiene una visión más pesimista que el personal de Salta en relación a la cantidad del recurso humano. Entre los servicios analizados, es el servicio de obstetricia el que muestra las opiniones menos alentadoras con respecto a la dotación de personal.

"Este hospital cuenta con la cantidad y capacitación del recurso humano acordes para atender la demanda provincial. El servicio está conformado por el jefe de la unidad, 3 jefes del servicio, 1 coordinadora de enfermería, una supervisora de enfermería, 5 jefes de sector (uno para cada turno) la planta fija de médicos (que cumplen turnos de 8 a 14 hs. y de 14 a 20 hs., luego funcionan las guardias de 20 a 8 hs.) y la planta fija de enfermeros. Es importante notar que los médicos están todos los días, es decir, no hay rotación de médicos en neonatología". Médico neonatólogo Hospital Materno Infantil.

"La dotación del personal es la adecuada, en terapia intensiva hay un enfermero cada 2 o 3 chicos. Lo mismo en terapia intermedia". Residente de primer año de neonatología Hospital Materno Infantil.

"En la guardia puede que falte personal pero depende el día. Noto que cada vez hay más demanda pero el personal es siempre el mismo. Entonces si bien podemos atender la demanda, es más agotador, y tenemos que destinar menos tiempo a cada paciente para poder satisfacer a todos, reduciendo la calidad en la atención. Nosotros tenemos que ver a 30 pacientes desde las

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

14.30 hasta las 17 hs. El embarazo es un tema que requiere de tiempo, hay que explicarles a las madres sobre el parto, contenerlas, a veces son madres solteras que hay que explicarles desde cero". Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

"En el servicio de neo faltan enfermeras. La relación en terapia intensiva es de una enfermera cada dos respiradores, en terapia intermedia es de una enfermera cada cuatro pacientes y en cuidados mínimos una enfermera cada seis pacientes. La falta de enfermeras se cubre con guardias que se pagan extra. Las enfermeras de neo no tienen la especialidad, la mayoría hace cursos pero por iniciativa propia, no porque se exijan. Sería muy importante que se acentúe la formación del recurso humano y se contrate más enfermeras, las guardias las cubrimos a los ponchazos, en total somos 14 enfermeras y es difícil mantener los tres turnos, en cada turno siempre hay 3 enfermeras (dos designadas y una de guardia). La relación enfermero - médico es dos a uno, tampoco hay residentes en neonatología. En el servicio hay tres neonatólogos y dos pediatras, por otro lado, un generalista y un pediatra más cubren las guardias". Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

"El servicio de obstetricia está conformado por 9 médicos (de los cuales uno es el jefe del servicio), 2 residentes, 5 obstetras y 9 enfermeras (tres por cada turno). En promedio hay más de 4.500 partos anuales, donde el 28% son cesáreas. Faltan profesionales, por ejemplo, en todo el hospital hay un solo anestésista por guardia". Residente del segundo año de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

"El problema lo tenemos en el recursos humanos, somos pocos, faltan neonatólogos y enfermeras capacitadas". Médico neonatólogo Hospital Juan Domingo Perón.

Se destaca en Tartagal el desincentivo por parte de los profesionales de la salud para acceder a trabajar en el interior. Forman parte del mismo la ausencia de una política de promoción de residencias en el interior, la inexistencia de un plus salarial que incentive a los profesionales a radicarse en zonas alejadas de la capital, la falta de nombramientos e incluso cuestiones sociales como la conflictividad de los pacientes y compañeros de trabajo en el Tartagal.

"Los recursos humanos no están acorde a la complejidad del hospital, no hay una política en recursos humanos en la provincia, los especialistas están pero no hay nombramientos y tampoco hay incentivos para trabajar en el interior. Operativamente abastecemos la demanda existente pero nos hacen falta tres neonatólogos y nueve enfermeros en el servicio de neo. Nosotros no tenemos residentes en neo, debería pasar que los médicos que están en el último año de la residencia en Salta completen su último año en Tartagal, pero no hay una política que fomente eso". Jefa del servicio de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

"Fuera de Salta (Capital) hay pocos médicos especializados en obstetricia, nadie quiere venir a trabajar al interior porque no hay incentivos, la comunidad del interior es conflictiva, los médicos somos denunciados, nuestros salarios son iguales a los de capital, no nos dan una casa ni incentivos para radicarnos acá. Sucede otra cosa en el servicio de obstetricia y es que no hay compañerismo entre el personal, las ideas nuevas son mal vistas y esto desincentiva al personal nuevo que ingresa. La gente nueva se termina yendo. No necesitamos médicos generalistas para capacitar, porque no hay tiempo para capacitar, necesitamos médicos y enfermeros capacitados en obstetricia. Anestésistas también faltan". Médico de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

“Faltan médicos neonatólogos, no hay un equipo de médicos que haga sólo la guardia, nos cubrimos todos entre todos, yo soy médica del servicio de pediatría pero hago guardias en neo, no hay cargos definidos. Se paga igual a un médico en cualquier lugar de la provincia donde trabaje, el plus que se paga por trabajar en zona del interior es mínimo”. Médica de guardia de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

En términos generales, se evidencia la falta de iniciativas para desarrollar programas continuos de formación. Las entrevistas en profundidad revelan la tensión en la estructura de funcionamiento de las áreas de neonatología y obstetricia en este particular:

“A mí me interesarían planes de capacitación en los hospitales de salud pública, más que una capacitación debería ser un curso de relaciones institucionales entre los integrantes del hospital, tanto entre pares como en el equipo, entre jefes y empleados. Acá no hay uniformidad de trato. Los cursos siempre se dan a nivel operativo, al nivel no jerárquico. Sería importante incentivar los cursos al trato del personal y al buen manejo de instituciones públicas”. Enfermero de neonatología Hospital Materno Infantil.

6.3 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” (Maceira y Palacios, 2012).

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.

“Podrían evitarse muchas derivaciones si hubiera: 1- Una regionalización para la atención que priorice la fusión de servicios chicos e ineficientes por otros centralizados que concentren los recursos y sean más eficientes. Con esto quiero decir que hay muchos centros, ubicados en comunidades dentro del departamento, que tienen sala de parto pero que al no tener el cuerpo de profesionales necesario terminan no siendo eficientes. Hoy no existe una coordinación de la red de asistencia para la atención escalonada de los problemas en función de la necesidad de los pacientes. 2- Especialistas (diagnóstico por imágenes, médicos interconsultores, cirujano infantil, cardiólogo infantil), el problema es que los sueldos no son lo suficientemente altos para incentivar a los profesionales a quedarse a trabajar en zonas de frontera alejados de la capital. 3- Un cambio en la cultura de la organización, los médicos residentes no quieren ir a trabajar al interior porque no les brindan una casa para vivir, los hospitales del interior no están organizados. En resumen, el problema del interior es la escasez de recursos humanos por la mala distribución de los mismos en la provincia y la falta de políticas sanitarias que favorezcan el desarrollo de la red asistencial”. Médico Neonatólogo Hospital Materno Infantil.

“No existe un criterio homogéneo para derivar pacientes, los médicos ante la menor duda que tienen optan por derivarnos sus pacientes. Una gran cantidad de las derivaciones podría solucionarse en los hospitales de menor complejidad pero no cuentan con médicos preparados ni

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

el equipo necesario para la atención (falta de anestesista, médicos especialistas, etc.). Hemos intentado capacitar al personal de otros hospitales de menor complejidad en esto de la referencia, aunque sin éxito”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“No existen criterios de derivación homogéneos, se actúa de acuerdo a saberes y el entender de cada uno”. Jefe de unidad de gestión de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Tengo entendido que no siempre los médicos que están de guardia en el interior son obstetras o ginecólogos, muchos son médicos de familia o generalistas, que ante una situación especial deciden derivar a la paciente”. Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Lo ideal sería que se deriven los casos que no se pueden atender en los centros de salud, pero en realidad se deriva cualquier cosa. Da la impresión que los médicos de los centros se quieren sacar los pacientes de encima, llegan pacientes con diagnóstico de hipertensión que no es así, pacientes con falta de trabajo de parto y terminan teniendo al bebé en la ambulancia”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“La situación de Metán y Guemes es insostenible en el tema de las derivaciones, primero porque no se respetan las redes y segundo porque estos hospitales que son áreas de referencia no funcionan como tal, nosotros terminamos recibiendo los pacientes que a ellos les derivan. Los centros de salud que dependen de Metán terminan rompiendo con la red, nos derivan directamente a nosotros y no a Metán o Güemes porque saben que ahí no encuentran solución. Las ambulancias que salen de esos CAPs muchas veces vienen directamente para acá, ni siquiera pasan por los hospitales más cercanos a los que debieran referir.”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

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 comprensiva.

“Las madres derivadas vienen con su carnet, la mayoría de los centros de salud no completan el carnet, el mayor déficit está en completar los datos de laboratorios. Las mamás indican que se han hecho los controles pero no los registran en el carnet. Tampoco contamos con los estudios porque quedan guardados en el centro de salud”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Muchas mamás no saben que deben controlarse en los centros de salud y no en el hospital, este hospital debería atender sólo el alto riesgo. Los CAPs dependen del Ministerio, no del hospital cabecera de red, los CAPs tienen su jefatura de primer nivel”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“En el interior las madres muchas veces no tienen mucha conciencia de la importancia del control del embarazo. A veces llegan al hospital sin ningún control, con antecedentes de cesárea o de embarazos prematuros. El médico valora estos casos y cuando ve riesgo en el embarazo o síntomas de prematurés derivan a la paciente. Las madres acuden al hospital o centro de salud cuando piensan que están por dar a luz, si es un caso que no se puede resolver allí se deriva a nuestro hospital y a veces en el apuro no trae nada en mano, ni el carnet prenatal”. Enfermera de obstetricia Hospital Materno Infantil.

La Tabla 6.4 muestra que la presunción de escaso o deficiente seguimiento de los embarazos de riesgo por parte del centro de salud es significativa. El 66,7% del personal de obstetricia en ambos hospitales considera que el seguimiento adecuado del embarazo de riesgo ocurre sólo “a veces”. Tal porcentaje asciende si se consideran las respuestas del área de neonatología.

En el promedio del Hospital Materno Infantil, 67,6% cree que sólo a veces el seguimiento fue adecuado, y un 17,6% del personal respondiente considera que el trato eficaz ocurre frecuentemente. Los valores son más pesimistas en el Hospital Juan Domingo Perón, sugiriendo la presencia de cierta conducta percibida como deficiente por parte de los hospitales de menor complejidad y centros de salud, más allá de la institución y su posición en términos de centro de referencia de riesgo.

Tabla 6.4

Los casos de embarazo de alto riesgo, en general ¿tienen un buen seguimiento médico en los centros de salud?

Personal de servicio	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Siempre	Frec.	A veces	Nunca
Personal de Obstetricia	4.2	20.8	66.7	8.3	8.3	16.7	66.7	8.3
Personal de Neonatología	7.7	7.7	76.9	7.7	-	-	80.0	20.0
Total	5.0	17.5	67.5	10.0	4.2	8.3	75.0	12.5

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, son derivaciones tardías o exceden los motivos clínicos del paciente al estar asociadas con falta de personal o deficiencia en el equipamiento e infraestructura).

¿Las pacientes traen los estudios, su libreta sanitaria? La libreta sanitaria sí la traen, los estudios, en la mayoría de las veces, no los tienen hechos o si los tienen no está registrada la fecha, ... y ecografías pocas veces. Nunca tenemos acceso a los estudios porque quedan en la historia clínica del paciente en el centro de salud. A veces llegan madres con nueve meses de embarazo y la libreta ni siquiera tiene la fecha estimada de parto. Por otro lado, hay libretas que están completas, con todos los controles pero ningún resultado de análisis anotado, sin datos de resultados de ecografía. Cuando le preguntás por los análisis o ecografías te responden que quedaron en el centro de salud”. Médico de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“No todos los centros de salud trabajan de la misma manera, ni todos los médicos trabajan igual. Hay pacientes derivadas de un mismo centro de salud que vienen con su carnet y todos los estudios registrados, hay otras que vienen con su carnet pero nada registrado y si bien sabemos que se han hecho los controles a nosotros no nos sirve si el médico les hace los controles pero

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

después no los registra en el carnet. Por ejemplo, una embarazada me dice que le sacaron sangre, que la médica vio los resultados y estaba todo bien pero eso no lo registran en el carnet prenatal. Y si les preguntás donde están los estudios te dicen que los guardó la médica en su consultorio, eso a nosotros no nos sirve. Los laboratorios y las ecografías quedan en los centros de salud, no me parece mal pero no nos sirve si no los registran. Me pasó hace dos días atender una paciente que tenía hecho cinco controles pero no tenía en su carnet el grupo sanguíneo ni los resultados de bacteriología, tuve que pedir todo”. Residente de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Los médicos de los centros no reconocen la importancia del carnet para la paciente que va a ser atendida en otro establecimiento. Lo cierto también es que los médicos de los centros y hospitales del interior tienen mucha demanda, ellos calculan un promedio de 15 minutos por paciente y es muy poco, una paciente no te lleva 15 minutos, no es que en cada consulta haya que hacer un carnet de nuevo, sólo hay que agregar los datos nuevos. La verdad no sé si es falta de responsabilidad o falta de tiempo”. Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Hay derivaciones tardías, que deberían haberse hecho antes, sobre todo del interior. Cuando queman las papas la mandan. Cuando podrían haberlo hecho antes”. Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“La mayoría de las veces los hospitales derivan casos que se podrían atender allá, derivan casos que no son de riesgo. Por ejemplo, en el motivo de derivación escriben: sala de parto en construcción, falta de anestesista u obstetra enfermo”. Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

En esta dirección, las Tablas 6.5 (para el caso de Salta Capital) y 6.6 (para Tartagal) 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.

Tabla 6.5

Documentación, comunicación, protocolos y seguimiento de pacientes provenientes de otros hospitales o centros de salud.
Htal. Materno Infantil (S)

Htal. Materno Infantil (S)	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?	4.1	10.2	65.3	20.4	-	10.9	67.4	21.7
B- ¿Existe comunicación FORMAL con el hospital en forma previa a la derivación?	6.7	17.8	66.7	8.9	6.5	10.9	54.4	28.3
C- ¿Existe comunicación INFORMAL?	9.5	23.8	50.0	16.7	9.3	18.6	53.5	18.6
D- ¿Traen suficientemente completa la libreta prenatal?	7.0	14.0	69.8	9.3	2.4	14.6	65.9	17.1
E- ¿Se comparten protocolos o guías de práctica clínica con el centro derivador para el seguimiento de éstos casos?	-	4.7	41.9	53.5	2.3	-	43.2	54.6
F- Los centros derivadores, ¿se comunican posteriormente a la derivación para chequear si la paciente llegó o por su evolución?	4.8	4.8	31.0	59.5	2.5	5.0	25.0	67.5

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

La información surgida de la encuesta en el Hospital Materno Infantil sugiere que la referencia con historia clínica completa ocurre sólo “a veces”. En las derivaciones desde los centros de salud la opción “nunca” es utilizada en el 21,7% de los casos, y sumando a ella la alternativa “a veces” se alcanza el 89,1% de las opiniones. La derivación desde hospitales no resulta alentadora, sumando entre estas dos últimas opciones el 85,7%.

“La mayoría de las pacientes derivadas no trae sus estudios previos, por lo que tenemos que hacerlos de nuevo”. Jefe de unidad de gestión de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Las pacientes derivadas desde los centros de salud no llegan con su libreta de laboratorios completa, en esos casos tenemos que hacerlos de nuevo. Lo mismo hacemos con las pacientes que llegan por demanda espontánea y no se han hecho los controles de embarazo”. Enfermera de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Cuando yo recibo a una paciente le pido el carnet perinatal, el 70% viene con el carnet perinatal, y algunas que se hacen los controles en la parte privada no tienen el carnet y tampoco traen los estudios. Últimamente veo carnets más completos, debe ser por los planes del gobierno que exigen que la madre tenga los controles de embarazo. Antes uno veía un control a los 9 meses, ahora todas se hacen los controles. Esto se está viendo el último año, todas las mamás que traen su carnet lo traen completo. Ahora sí o sí al tercer mes de gestación las mamás tienen que registrarse en el ANSES para recibir la asignación y eso les obliga a hacerse los controles. Antes no era así. Pero también hay mamás que tienen obra social, se hacen los controles en el sector privado pero vienen a tener sus hijos acá, que no traen el carnet ni los estudios”. Enfermera de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Hay pacientes que llegan sin carnet y en emergencia que no nos da tiempo a hacerles el test rápido de HIV. Nos ha pasado que nos enteramos tarde que es HIV positivo, una vez que ya se hizo el parto. La paciente HIV positiva requiere una medicación endovenosa y el recién nacido un tratamiento vía oral. Si no sabemos el estado de HIV de la madre no podemos brindar esa atención”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

La comunicación formal del hospital con otros de menor complejidad reviste el carácter infrecuente en un 66,7% de los casos, en relación a los centros de salud se considera que la comunicación formal nunca ocurre en un 28,3% de los casos.

Tampoco se observa mayor frecuencia de comunicación informal entre las partes, ya que solo un 33,3% y 27,9% considera que “siempre” y “con frecuencia” la comunicación es informal con los hospitales y centros de salud, respectivamente, lo que sugeriría que en los hechos no existe comunicación entre los profesionales.

“Los canales de comunicación son formales e informales, diría que las cosas más o menos funcionan porque hay voluntad y cooperación entre los profesionales. No existe un sistema de docencia desde profesionales del hospital para con profesionales del interior, no hay una planificación ni se fomentan tales actividades. Lo cual indica que este hospital es referente en atención pero no lo es en docencia y formación”. Médico neonatólogo Hospital Materno Infantil.

“La comunicación con los centros que derivan recién nacidos de alto riesgo es, en el 90% de los casos, informal. Son pocos los centros del interior que realizan consultas con el servicio para evitar derivaciones. La comunicación entre profesionales depende del contacto entre los mismos,

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

pero no es que se fomenten las inter-consultas entre profesionales”. Residente de primer año de neonatología Hospital Materno Infantil.

“El contacto entre el hospital con el centro de menor complejidad no es cotidiano, salvo la derivación, La relación con los CAPs podría mejorar, no se hacen reuniones conjuntas”. Médico de obstetricia Hospital Materno Infantil.

Consistentemente, la presencia de libretas prenatales completas ocurre “a veces” para la mayoría del personal encuestado en el Hospital Materno Infantil, siendo este porcentaje del 69,8% en el caso de derivación desde hospitales y del 65,9% 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 79,1% y 83% para hospitales y centros respectivamente, lo que reflejaría menor capacidad de derivación de los centros de salud que de los hospitales de menor complejidad.

En sintonía con lo anterior, más del 90% 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 o el hospital.

“Este hospital es referente de asistencia para atender los casos complejos, pero no es referente para la normatización y protocolarización. Por ejemplo, a nosotros no nos consultan o preguntan cuándo se conforman centros o unidades de neonatología en el interior, y ello es fundamental para pensar en red”. Médico neonatólogo Hospital Materno Infantil.

“Cada hospital tiene sus protocolos, en lo personal he enviado los protocolos de este hospital al resto, pero esto no es un esfuerzo institucional, el vínculo depende de la relación y ganas de los profesionales”. Médica de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“Existen viejas disposiciones sobre los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Consiste en una normativa y un formulario que debe emplearse para la referencia y contrarreferencia de pacientes. No se han actualizado. Tampoco se cumplen porque no han sido consensuados, porque no existen planes piloto y porque no hay evaluación del cumplimiento de tales disposiciones. Hay muchas derivaciones del interior porque falta la conformación de una red con niveles de resolución secundarios que resuelvan los problemas localmente. En Salta Capital no existen hospitales con un nivel de complejidad II en las especialidades de obstetricia y neonatología, entonces todas las derivaciones llegan directamente a nosotros, que representamos al nivel de máxima complejidad. Excepto en los hospitales de Tartagal y Oran, en el interior no existe buena resolución en el campo neonatal”. Médico neonatólogo Hospital Materno Infantil.

Una vez dada de alta a la paciente, se le entrega un resumen de estudios realizados así como la fecha del turno para control. Además, a nosotros nos queda en la historia clínica del hospital los datos de la paciente. A este procedimiento lo llamamos “epicrisis” pero no está escrito ni normatizado en ningún documento del hospital. Lo cumplimos por hábito y te diría que no todos lo cumplen”. Médica de obstetricia hospital Materno Infantil.

En el caso del Hospital de Tartagal, no se identifica una mejora en los criterios de derivación de los hospitales y centros de menor complejidad.

Tabla 6.6

Documentación, comunicación, protocolos y seguimiento de pacientes provenientes de otros hospitales o centros de salud.
Htal. J. D. Perón (T)

Htal. J. D. Perón (T)	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?	-	8.3	37.5	54.2	-	16.7	38.9	44.4
B- ¿Existe comunicación FORMAL con el hospital en forma previa a la derivación?	-	8.3	54.2	37.5	6.3	6.3	43.8	43.8
C- ¿Existe comunicación INFORMAL?	9.1	-	63.6	27.3	5.9	11.8	52.9	29.4
D- ¿Traen suficientemente completa la libreta prenatal?	-	4.4	73.9	21.7	5.6	11.1	72.2	11.1
E- ¿Se comparten protocolos o guías de práctica clínica con el centro derivador para el seguimiento de éstos casos?	-	13.0	17.4	69.6	-	11.1	33.3	55.6
F- Los centros derivadores, ¿se comunican posteriormente a la derivación para chequear si la paciente llegó o por su evolución?	4.2	8.3	25.0	62.5	5.6	16.7	22.2	55.6

La referencia con historia clínica completa “nunca” ocurre en un 44,4% de los casos cuando se trata de derivaciones desde centros de salud, y asciende al 54,2% cuando los que refieren son hospitales de menor complejidad.

“El problema es que la mayoría de las áreas de derivación no nos llaman, no nos preguntan si tenemos cama, que van a enviarnos un paciente con determinado diagnóstico. Entonces a nosotros nos llega un recién nacido en una ambulancia mal equipada, envuelto en una manta, sin la madre (la mayoría de las veces) con un familiar autorizado y con una simple hoja de derivación”. Médica de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

La comunicación formal del hospital con otros de menor complejidad reviste el carácter de “a veces” en un 54,2% de los casos, en relación a los centros de salud en los que se considera que la comunicación formal no ocurre “nunca” en un 43,8% de los casos. Al igual que el hospital de Salta, la comunicación informal tampoco es frecuente.

“Este hospital atiende pacientes derivados del área operativa (región de Rivadavia, el Chaco Salteño) y también pacientes de Bolivia y Paraguay, estos últimos llegan por demanda espontánea y la mayoría de las veces se presentan sin documentos. Los derivados del área operativa llegan con hoja de derivación en la mayoría de las veces pero no existe una comunicación previa con el hospital, es decir, a nosotros nos llega el paciente de la nada, no nos llaman para decir “te mando un paciente”, muy pocas veces nos llaman por teléfono y pocas veces el derivado llega con sus estudios previos”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

“Se está tratando de implementar rotaciones del personal de los centros y hospitales de menor complejidad en este hospital pero no son autorizados porque ellos tampoco pueden dejar su servicio sin personal, es complicado, y no hay una política superior que fomente esto. Desde el nivel central no se invierte en docencia e investigación. La única docencia que hacemos nosotros es por teléfono cuando nos llaman de otros hospitales por una interconsulta. La mayoría de los médicos en los centros de salud son médicos generalistas sin capacitación en neonatos”. Médica de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

La presencia de libretas prenatales completas ocurre “a veces” para la mayoría del personal encuestado, siendo este porcentaje del 73,9% en el caso de derivación desde hospitales y del 72,2% si el origen son los centros de salud. La valoración es más optimista cuando se refiere desde los centros de salud, donde la opción “nunca” traen la libreta sanitaria completa es marcada un 11,1% de los casos mientras que para los hospitales asciende al 21,7%, lo que reflejaría menor capacidad de derivación de los hospitales.

“En este hospital no tenemos historia clínica de los pacientes, el hospital no tiene un sistema único de historias clínicas. Cada centro de salud le pide a la madre que compre un cuaderno para pegar todos los estudios y diagnósticos del bebé, esta es la historia clínica del bebé que está siempre en manos de la madre y que debe mostrarla cada vez que acude al hospital o a su centro de salud. Es el único lugar donde está todo registrado”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

“Atendemos una gran cantidad de mamás de Bolivia, que meses antes de dar a luz se radican en Salta, hacen su residencia acá indicando el domicilio de algún familiar y tienen a sus hijos en este hospital. La mayoría no tiene libreta sanitaria ni controles de embarazo previos. Acá les hacemos todos los controles”. Enfermera de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

Respecto a protocolos y guías de práctica clínica, más del 55% de las respuestas consideran que no se evidencia el uso compartido de los mismos.

“Los sistemas de referencia y contrarreferencia no están escritos, uno sabe qué se deriva y qué no de acuerdo a si se cuenta con el profesional capacitado y equipamiento necesario para realizar una determinada intervención. Si no tenemos eso, derivamos”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

La provincia implementó un formulario de referencia y contrarreferencia hace unos 10 o 12 años atrás. Yo lo conozco porque hice la capacitación en APS pero no porque lo haya aprendido en el hospital o sea algo institucionalizado. Acá en el servicio de neonatología lo usamos, pero su uso depende de la política del jefe del servicio, por ejemplo, en un mismo hospital hay servicios que lo usan y otros que no. Los centros de salud no emplean este formulario por triplicado, no estoy segura de que lo conozcan”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

Asimismo, más del 55% de los encuestados considera que con nula frecuencia los hospitales y centros que derivan se comunican para conocer la llegada y evolución de los pacientes referidos.

“Son pocos los hospitales que hacen un seguimiento de los pacientes que nos derivan. Los centros de salud en Tartagal son básicos, el único establecimiento de salud que tiene sala de parto es el nuestro, o sea que aquí nacen todos los niños”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

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 historias clínicas incompletas y falta de comunicación entre el personal.

6.4 Redes Formales e Informales. Contrarreferencia

“El análisis de los mecanismos de contrarreferencia, 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” (Maceira y Palacios, 2012).

“La contrarreferencia se hace con hoja de resumen de historia clínica que se entrega a la mamá una vez que se le da el alta al bebé. Esto se cumple siempre, pero lo que no hacemos es comunicarnos con el hospital o centro que derivó para avisar el alta del paciente. Siempre se espera que paciente vuelva a los controles posteriores pero es difícil. Nosotros nos encargamos de gestionar el turno del paciente que damos de alta para posteriores controles pero a la gente no le gusta venir, tienen que hacer largas distancias, muchas mamás tienen otros hijos, les cuesta volver a los controles. Peor aún si el control se lo tienen que hacer en Salta Capital, para la gente es un trastorno ir a Salta, muchos no tienen plata para pagarse la comida, no tienen que con quien dejar a sus hijos, es toda una complicación. Cuando el control es muy necesario y nosotros nos enteramos que el paciente no volvió al turno los hacemos buscar por medio del área de servicio social de este hospital”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

“La contrarreferencia la hacemos en una hoja por triplicado donde identificamos datos personales del recién nacido, un resumen de historia clínica y el tratamiento otorgado. El neonato dado de alta tiene que volver a control, nosotros nos encargamos de controlar que los pacientes cercanos vengan al control y los buscamos cuando no lo hacen, pero cuando el paciente es de lejos es el médico de cabecera el encargado de controlar que el paciente venga a Tartagal y de acá vaya a Salta en caso de requerir un estudio más complejo”. Enfermera de neonatología Hospital Juan Domingo Perón.

“No hacemos contrarreferencia desde el servicio de obstetricia hacia los hospitales o centros que nos derivan, no tenemos tiempo de estar completando historias clínicas o llenando papeles. Somos pocos y preferimos atender al paciente”. Médicos de obstetricia Hospital Juan Domingo Perón.

Sin embargo, el sistema de contrarreferencias del Hospital Materno Infantil muestra una mirada alternativa, en tanto el personal administrado sugiere que la institución asegura a sus pacientes una fecha de consulta en su centro de origen una vez dadas/os de alta.

“El servicio de neonatología envía semanalmente, al primer nivel de atención, todas las altas de todos los pacientes que ingresan a la unidad. Se informa sobre la cantidad de días que el paciente estuvo internado, el diagnóstico y la fecha del turno del próximo control. El envío de la información es por correo electrónico, cuando el centro de salud pertenece a la capital y por fax a través de la oficina de comunicaciones a distancia del hospital, cuando se trata de hospitales del interior. Luego, queda bajo la responsabilidad del centro que refirió al paciente controlar que el recién nacido asista a los controles posteriores asignados”. Médico neonatólogo Hospital Materno Infantil.

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

“En la contrarreferencia el médico que atendió al recién nacido se encarga de comunicarse con el centro de salud u hospital que referencia, enviando por escrito y versión digital el diagnóstico del paciente, indicando los tratamientos recibidos por el mismo, y en caso de ser necesario la fecha del próximo turno de control. Todo eso va con firma del profesional responsable”. Residente de primer año de neonatología Hospital Materno Infantil.

“Cuando la mamá tiene su parto, el médico que la atiende y le da el alta se encarga de completar el carnet perinatal (que la madre presentó cuando ingreso al hospital), con todos los datos del bebe, y ya está derivada al centro de salud que le corresponde de acuerdo al lugar donde vive, ya es automático. A los siete días tiene que ir a control, la enfermera del centro de salud además sabe que esa mamá tiene que ir a control”. Enfermera de obstetricia Hospital Materno Infantil.

“En neo damos el alta al bebé cuando vemos no sólo que el niño está en condiciones de recibir el alta, sino también que la madre está en condiciones para atender un bebé prematuro, porque mucha madres son muy jóvenes y no están en condiciones de amamantarlo, cuidarlo, controlar la temperatura del ambiente, etc. En embarazos de riesgo es fundamental que no sólo el bebé, sino también la mamá estén en condiciones para que se dé el alta al recién nacido, porque si no evaluamos a la madre la probabilidad de que el bebé vuelva al servicio es altísima”. Enfermera de neonatología Hospital Materno Infantil.

“En el puerperio generalmente se le pregunta a la madre dónde se controló el embarazo, se le pregunta dónde se va a hacer los controles, generalmente las que se controlaron en un centro de salud vuelven a los centros y las que lo hicieron acá, continúan acá. En caso de que la madre viva en el interior, se controlan en su hospital”. Residentes de tercer y cuarto año de obstetricia Hospital Materno Infantil.

Para el Hospital Juan Domingo Perón, se observa que el 100% de las opiniones de obstetricia y el 83,3% de los profesionales de neonatología sólo indican de manera informal a la paciente dada de alta que debe concurrir a un control, mientras que en el Hospital Materno Infantil -particularmente para el área de obstetricia- un 52,4% de los casos menciona que el hospital gestiona o facilita el turno de la madre en el centro de salud u hospital que deriva, ese porcentaje desciende al 11,1% para el caso del servicio de neonatología.

Tabla 6.7

¿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	Htal. Materno Infantil (S)		Htal. J. D. Perón (T)		
	Frecuencia (%)			Frecuencia (%)	
Obstetricia					
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control.	47.6			100	
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud.	52.4			-	
Otra.	-			-	
Neonatología					
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control.	88.9			83.33	
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud.	11.1			16.7	
Otra.	-			-	
Total					
Sólo se indica a la paciente que debe concurrir al control.	59.38			94.44	
El hospital gestiona o facilita el turno en el centro de salud.	40.62			5.56	
Otra.	-			-	

A pesar de esta diferencia entre instituciones, al momento de evaluar si ésta contrarreferencia se acompaña con algún seguimiento institucional, el 82,8% en Salta Capital y el 66,7% en Tartagal consideran que ello no ocurre.

Tabla 6.8

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	Htal. Materno Infantil (S)			Htal. J. D. Perón (T)		
	Si	No	Depende	Si	No	Depende
Personal de Obstetricia	10.5	89.5	-	33.3	66.7	-
Personal de Neonatología	25.0	75.0	-	33.3	66.7	-
Total	17.2	82.8	-	33.3	66.7	-

Finalmente, el 45,5% del personal del Hospital Materno Infantil y el 66,7% del Hospital Juan Domingo Perón consideran que la posibilidad de una contrarreferencia informada hacia el centro

de salud u hospital de menor complejidad depende principalmente de las redes informales y de iniciativas individuales, más que de una regla institucionalizada. Estos valores ascienden a 72,8% y 91,7%, respectivamente, si se suman las opiniones incluidas en las categorías “muy de acuerdo” y “de acuerdo”.

Tabla 6.9

"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	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.
Personal de Obstetricia	30.4	47.8	21.7	-	41.7	58.3	-	-
Personal de Neonatología	14.3	28.6	57.1	-	10.0	80.0	10.0	-
Total	27.3	45.5	27.3	-	25.0	66.7	8.3	-

6.5 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 el desempeño de su institución en tal función, y las recomendaciones a ser consideradas al momento de estrechar vínculos con el primer nivel.

Las Tablas 6.10 y 6.11 muestran, para el personal de obstetricia y neonatología respectivamente, 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 95,2% y 94,2% del personal de obstetricia y neonatología -respectivamente- del Hospital Materno Infantil sugiere estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” en que el hospital brinda suficiente capacitación para atender a pacientes de alto riesgo. En ningún caso el personal se manifiesta “muy en desacuerdo”. Estos valores son opuestos para el Hospital Juan Domingo Perón, en particular, el 70% del personal de obstetricia manifiesta estar en desacuerdo con la premisa planteada.

En segundo lugar, en el área de obstetricia de ambos hospitales se evidencia cierto consenso acerca de la responsabilidad de la mujer en el control de un embarazo de alto riesgo, con respuestas positivas superiores al 55% en ambos hospitales. Ello abre un espacio para el análisis acerca de la capacidad de decisión de las embarazadas en tales condiciones y el papel docente

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

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. Respecto al área de neonatología, los profesionales del Hospital Materno Infantil indican en un 57,1% estar en desacuerdo con que la responsabilidad del control de un embarazo de alto riesgo a partir del alta recaiga mayormente en la paciente.

Tabla 6.10

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de Obstetricia.

Personal de Obstetricia	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.
A- El hospital me brinda suficiente capacitación para atender pacientes de alto riesgo.	23.8	71.4	4.8	-	-	20.0	70.0	10.0
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.	4.4	52.2	39.1	4.4	8.3	66.7	25.0	-
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.	36.4	40.9	18.2	4.6	16.7	33.3	41.7	8.3
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.	43.5	26.1	26.1	4.4	58.3	33.3	8.3	-

Tabla 6.11

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de Neonatología.

Personal de Neonatología	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.
A- El hospital me brinda suficiente capacitación para atender pacientes de alto riesgo.	17.7	76.5	5.9	-	-	42.9	42.9	14.3
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.	7.1	35.7	57.1	-	12.5	37.5	25.0	25.0
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.	40.0	60.0	-	-	12.5	62.5	12.5	12.5
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.	25.0	58.3	16.7	-	44.4	44.4	-	11.1

Finalmente, con excepción del personal de obstetricia del Hospital Juan Domingo Perón, los profesionales de ambas instituciones consideran 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, más del 50% del personal entrevistado en ambos hospitales manifiesta estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con la relevancia de las redes informales para acceder a información desde los centros.

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, cuyos resultados son presentados en la Tabla 6.12, existe coincidencia en que los esfuerzos han sido escasos, especialmente en el caso del hospital de Tartagal.

Tabla 6.12

¿Se ha intentado desde el hospital tomar alguna medida para que los centros de salud envíen los antecedentes clínicos necesarios?

Personal de servicio	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Mucho	Bastante	Poco	Nada	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Personal de Obstetricia	8.7	34.8	43.5	13.0	-	8.3	58.3	33.3
Personal de Neonatología	-	50.0	50.0	-	-	-	72.7	27.3
Total	7.5	37.5	47.5	7.5	-	4.2	66.7	29.2

Más allá de ello, con excepción del personal de obstetricia del Hospital Juan Domingo Perón, existen coincidencias significativas sobre la subutilización de vías de comunicación existentes entre efectores de la red para mejorar los tratamientos de riesgo (Tabla 6.13). Tales coincidencias registran una mayoría de opiniones afirmativas, que alcanzan el 85% en Salta Capital y el 70,83% en Tartagal.

Tabla 6.13

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	Htal. Materno Infantil (S)		Htal. J. D. Perón (T)	
	Si	No	Si	No
Personal de Obstetricia	77.3	22.7	50.0	50.0
Personal de Neonatología	100.0	-	90.0	10.0
Total	85.0	15.0	70.83	29.17

Adicionalmente, la Tabla 6.14 exhibe que la totalidad del personal del hospital de Tartagal manifiesta estar “muy de acuerdo” o “de acuerdo” con que destinan un tiempo considerable a la gestión administrativa y de organización, restándolo de la labor profesional, lo que resulta poco productivo. La misma opinión resulta menos pesimista en el hospital de Salta. Sin embargo, con excepción del personal de neonatología de esta última institución, los entrevistados 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 6.14

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de Obstetricia.

Personal de Obstetricia	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.
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.	4.0	76.0	16.0	4.0	50.0	50.0	-	-
B- La posibilidad de que el hospital disponga de cierta autonomía (descentralización) contribuye a mejorar la atención de éstos casos en el hospital.	20.8	62.5	12.5	4.2	30.0	60.0	10.0	-

Por último, la Tabla 6.15 resume las diferencias de opiniones existentes entre ambas instituciones en términos de la capacidad de cada una de ellas para operar como cabecera de red. Mientras el 90,91% de los trabajadores de obstetricia y el 64% de los recursos humanos de neonatología del Hospital Materno Infantil de Salta consideran que su institución se encuentra en condiciones para funcionar como cabecera de red, estos valores se reducen a 36% y 40%, respectivamente, para el caso del Hospital Perón de Tartagal. Estas diferencias conjugan valoraciones subjetivas con capacidad técnica, edilicia y tecnológica de cada una de las instituciones analizadas.

Tabla 6.15

Evaluación, por parte del personal de servicio, de distintos factores vinculados a la atención de los pacientes. Área de Neonatología.

Personal de Neonatología	Htal. Materno Infantil (S)				Htal. J. D. Perón (T)			
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desac.	Muy en desac.
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.	12.5	50.0	37.5	-	50.0	50.0	-	-
B- La posibilidad de que el hospital disponga de cierta autonomía (descentralización) contribuye a mejorar la atención de éstos casos en el hospital.	25.0	50.0	25.0	-	-	20.0	80.0	-

7. Características de la Población Atendida, Estructura de Riesgos, Fallas del Sistema de Atención en Red y Resultados Sanitarios

Las conclusiones alcanzadas en la sección anterior, basadas en el análisis de las encuestas al personal de ambos hospitales y las entrevistas en profundidad, permitieron caracterizar el funcionamiento de las redes de atención perinatal en el contexto normativo sintetizado previamente. Las coincidencias acerca de las necesidades existentes así 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 lleva a mayores costos y pérdidas de efectividad, abriendo un debate sobre cómo identificar y utilizar herramientas de información entre los distintos niveles de atención al interior de la red y de ella con la embarazada. El proceso anteriormente referido no sólo genera mecanismos cruzados de transferencias de riesgos entre prestadores de la cadena de atención, sino que además no capacita a la usuaria sobre la propia toma de riesgo.

A fin de completar este estudio, la presente sección hará uso de las bases de datos recogidas del Sistema Informático Perinatal (SIP) para ambos hospitales, y se utilizarán herramientas de estadísticas descriptivas e inferencia estadística para analizar las características de la población atendida, la existencia y prevalencia de factores de riesgo en el embarazo, la presencia de fallas en el sistema de atención en red, y los resultados sanitarios obtenidos por las cabeceras.

7.1 Características de la población atendida y estructura de riesgos

Dado que el presente trabajo se encuentra basado en dos estudios de caso, es necesario brindar una caracterización de la población a cargo de las cabeceras de red seleccionadas. La finalidad de esta caracterización es identificar los alcances y limitaciones del análisis realizado a partir de los hospitales bajo estudio. En particular, interesa caracterizar a las embarazadas que asistieron a estas instituciones en términos de sus antecedentes personales, las condiciones de la gesta actual, la presencia de factores de riesgo, entre otros aspectos de interés.

Con este propósito, el estudio analizó la información procedente del Sistema de Información Perinatal (SIP) de cada hospital. Este sistema contiene información sobre las características de la madre y su embarazo, la presencia de factores de riesgo identificados por el sistema, la existencia o no de los estudios diagnósticos básicos llevados a cabo durante la gesta, las características del parto y las condiciones de salud del recién nacido/a a nivel de cada hospital seleccionado.

En el caso del Hospital Materno Infantil de Salta Capital se contó con información para un período comprendido entre enero y diciembre 2012, mientras que en el caso del Hospital J. D. Perón se dispuso de datos para el periodo comprendido entre enero de 2010 y julio de 2012.

Las bases de datos contienen aproximadamente 8.734 y 4.652 registros para el Hospital Materno Infantil y el Hospital J. D. Perón, respectivamente. La escala de la primera institución hace que el número de casos analizados casi duplique el de la institución de Tartagal, a pesar de contar con dos años y medio de actividad perinatal. Ello indica un diferencial de 4,70 a 1 entre ambos hospitales.

Estas bases de datos fueron armonizadas y analizadas, permitiendo generar una serie de cuadros y tablas de caracterización para el conjunto de variables de interés. Las Figuras 7.1 y 7.2 exhiben la distribución de estas observaciones a lo largo del tiempo para cada hospital. Como puede observarse, 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, el periodo que cubre el universo de partos a nivel mensual se encuentra constituido, en el caso del Hospital Materno Infantil, por enero-diciembre de 2012, y en el caso del Hospital J. D. Perón, por enero-julio 2010, enero-marzo 2011, noviembre 2011-enero 2012, y marzo-julio 2012. De acuerdo con ello, el resto de los registros 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 el registro en esta información parcial.

Figura 7.1

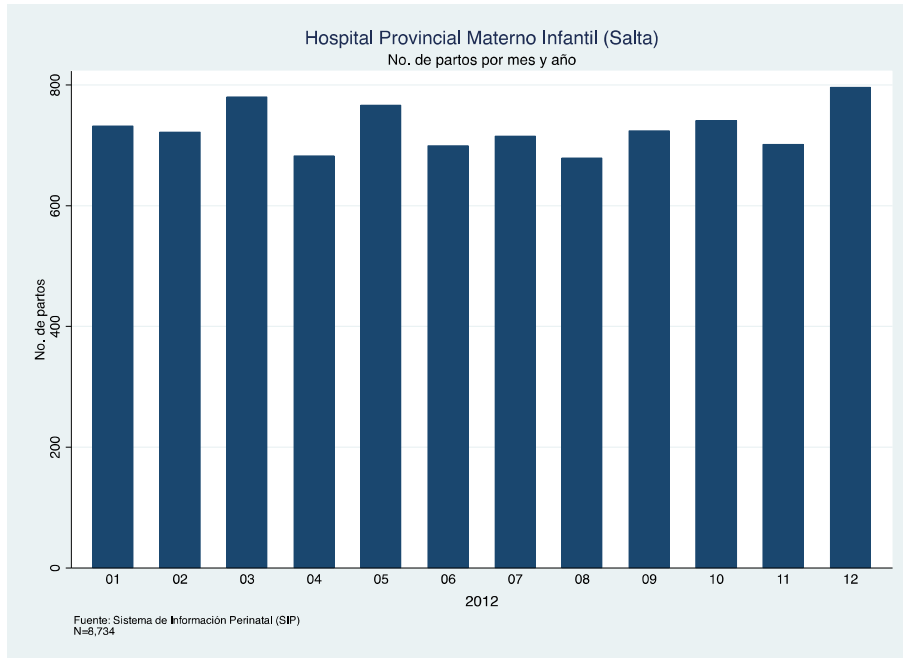
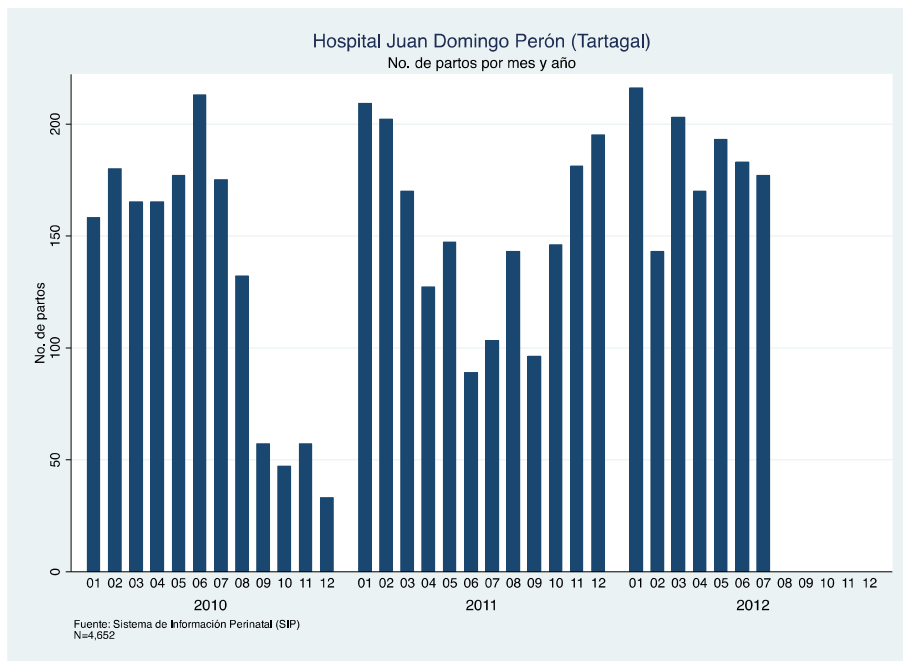


Figura 7.2



A continuación, la Tabla 7.1 presenta, para cada uno de los dos hospitales salteños, una caracterización de las embarazadas en términos de su edad, antecedentes personales, existencia

de adicciones, antecedentes obstétricos y/o aquellos antecedentes que son propios de la gesta actual.

La primera columna expone el número de embarazos que constituyen casos positivos de factores de riesgo por tipo o clase. La segunda columna representa el número total de embarazos para los que se cuenta con información por tipo⁸. La columna tercera es el cociente entre las dos columnas anteriores, expresado en porcentaje. Esta última columna hace referencia a una “tasa de prevalencia” de los diferentes factores de riesgo en la población a cargo de cada hospital⁹.

De la inspección de esta Tabla surge que los principales factores de riesgo del embarazo son:

- i) Vinculados a la edad de la embarazada: Maternidad adolescente (<19 años). La tasa de prevalencia en los hospitales bajo estudio se encuentra comprendida entre 16.8-20.8%.
- ii) Vinculados a los antecedentes personales (en orden de importancia): Cirugía genito-urinaria, hipertensión, y otra condición médica grave en el Hospital Materno Infantil, y cirugía genito-urinaria, hipertensión y preeclampsia en el Hospital J. D. Perón.
- iii) Vinculados a los antecedentes obstétricos: Presencia de más de dos abortos. Este factor resulta ser relevante en ambos hospitales, pero adquiere una mayor magnitud en el Hospital Materno Infantil (4.85% vs. 2.06% en el Hospital. J. D. Perón). Es interesante notar que dicho factor, en términos de prevalencia, resulta ser más importante a nivel global que otros factores de riesgo relevantes, como hipertensión o diabetes, lo cual es cierto para ambos hospitales.
- iv) Vinculados a la gesta actual: dada la poca disponibilidad de información para esta clase de factores de riesgo, el análisis debe ser interpretado en carácter no concluyente. Sin embargo, emerge como un elemento sistemático que el principal factor de riesgo dentro este grupo está representado por la insuficiencia en el número de consultas prenatales realizadas por la embarazada (embarazadas con menos de cinco consultas prenatales), evidenciando tasas de prevalencia muy elevadas, comprendidas entre 39% y el 53.53%.

De acuerdo con esto, puede decirse que, al menos en términos de prevalencia, la insuficiencia de controles prenatales resulta ser el factor de riesgo más importante para ambos hospitales.

⁸ Es importante notar que los embarazos de la columna 2 no necesariamente coinciden con el número total de embarazos captados por el hospital. Esto se debe a que puede existir información perdida en las historias individuales, dependiendo del tipo de factor de riesgo. Por ejemplo, los estudios de Glucemia y HB reportan valores muy bajos, atribuibles a la falta de tales estudios.

⁹ 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 total.

Tabla 7.1

Caracterización de los embarazos según sus factores de riesgo.

Factores de riesgo	Htal. Materno Infantil (S)			Htal. J. D. Perón (T)		
	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)	Casos positivos (1)	Casos totales (2)	(1) / (2) (%)
Edad de la embarazada						
Menor de 19 años	1,467	8,734	16.80	966	4,645	20.80
Antecedentes personales						
TBC	16	8,734	0.18	9	4,641	0.19
Diabetes	28	8,734	0.32	8	4,640	0.17
Hipertensión	96	8,734	1.10	49	4,641	1.06
Preeclampsia	32	8,734	0.37	24	4,641	0.52
Eclampsia	4	8,734	0.05	10	4,640	0.22
Otra condición médica grave	85	8,734	0.97	6	4,620	0.13
Cirugía genito-urinaria	1,014	8,734	11.61	552	4,643	11.89
Infertilidad	12	8,734	0.14	13	4,644	0.28
Cardiopatía	5	8,734	0.06	10	4,647	0.22
Nefropatía	2	8,734	0.02	3	4,647	0.06
Violencia	2	8,734	0.02	1	4,638	0.02
Adicciones						
Drogas	31	7,980	0.39	4	4,571	0.09
Alcohol	15	7,961	0.19	5	4,568	0.11
Antecedentes obstétricos						
Más de 2 abortos	424	8,734	4.85	94	4,569	2.06
Gesta actual						
Toxoplasmosis 1er. consulta	512	578	-	45	97	-
Chagas	110	6,482	1.70	274	4,425	6.19
Malaria	1	9	-	5	1,283	-
Glucemia menos 20 sem. ≥ 105 gr.	38	2,374	-	89	2,446	3.64
Glucemia más 30 sem. ≥ 105 gr.	46	2,107	-	97	1,771	-
Hb menor 20 sem. < 11 g/dl	139	139	-	81	81	-
Hb más 20 sem. < 11 g/dl	285	285	-	177	177	-
Menos de 5 consultas prenatales	3,413	8,732	39.09	2,473	4,620	53.53
Sífilis menos de 20 sem.	53	3,114	-	41	3,602	1.14
Sífilis más de 20 sem.	86	6,081	1.41	73	3,992	1.83

Anticipamos que este último factor de riesgo jugará un rol clave en las tablas de caracterización que serán presentadas a continuación, en las que se analizará la falta de vacunas, estudios de diagnóstico, y provisión de suplementos durante el embarazo a la luz de lo que definiremos como “fallas de primer grado” y “fallas de segundo grado” del sistema de atención en red.

En términos comparados, la prevalencia de madres menores de 19 años resulta ser más importante en Tartagal, aunque la diferencia con el hospital de Salta Capital es poco significativa. En el rubro de antecedentes personales, las proporciones resultan similares,

aunque el peso de población diabética es mayor en Salta Capital que en Tartagal, a diferencia de la presencia de cardiopatías congénitas, que muestra un escenario inverso. El uso de drogas es marginalmente superior en la Capital provincial, en tanto la existencia de abortos en Tartagal es menor a la mitad de la reportada en la ciudad de Salta. Finalmente, los pesos relativos de los factores de riesgo propios de la gesta actual son significativamente mayores en Tartagal, particularmente en episodios tales como Chagas y Glucemia elevada. La existencia de niveles de controles prenatales inferiores al mínimo deseable es particularmente importante en la realidad provincial analizada, representando un 30% de diferencia en contra de la población del interior.

7.2 Falta de vacunas, estudios y suplementos en embarazadas: Fallas de primer y segundo grado del sistema de atención en red

Previamente se presentó una caracterización general de la población a cargo de los hospitales bajo estudio en base a la existencia -y prevalencia- de los diferentes tipos de factores de riesgo durante el embarazo.

En la presente sección analizamos las “fallas” del sistema de atención en red, representadas por la falta de vacunas, estudios de diagnóstico básicos y suplementos en embarazadas, que podrían ser asociadas con lo que definiremos como “fallas de primer grado” y “fallas de segundo grado” del sistema de atención en red.

El concepto denominado “Fallas de primer grado” del sistema de atención en red busca representar toda aquella falta de vacunas, estudios de diagnóstico básicos de la embarazada y provisión de suplementos a embarazadas que podrían asociarse 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, y/o
- (c) Otros aspectos relacionados con la falta de políticas “activas” por parte del sistema de atención en materia de cuidados preventivos de la población materna (actividades de difusión, concientización, etc., destinadas a la población vulnerable).

Estos aspectos serán identificados a través de la falta de vacunas, estudios de diagnóstico y suplementos en los casos en los que las embarazadas cuenten con menos de cinco consultas prenatales.

Por otra parte, el criterio denominado “Fallas de segundo grado” del sistema de atención en red busca representar toda aquella falta de vacunas, estudios y suplementos que podrían vincularse, de manera ineludible, a una falla en la responsabilidad de la red a la hora de brindar el cuidado sanitario a las embarazadas que se encuentran *dentro* del sistema.

Este aspecto será identificado a través de la falta de vacunas, estudios y suplementos en los casos en que las embarazadas hayan asistido a cinco o más consultas prenatales¹⁰.

¹⁰ 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

Esto es, con la intención de “diferenciar” o “separar” las diferentes fallas de red, se propone como criterio de demarcación la existencia o no de al menos cinco consultas prenatales realizadas durante el embarazo, umbral 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 Argentina.

Con el propósito de analizar la validez de este criterio de demarcación desde un punto de vista empírico, se presenta la Tabla 7.2.

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

Para cada una de estas dos muestras se calculó la media estadística de la falta de vacunas, estudios básicos y suplementos por tipo. 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 el criterio definido de cinco consultas prenatales efectivamente constituye una señal que “separa” a las fallas de atención en dos “tipos”, entonces deberían hallarse diferencias estadísticamente significativas entre los resultados que surjan de ambas muestras.

Los resultados obtenidos revelan efectivamente la existencia de diferencias estadísticamente significativas en prácticamente todas las relaciones estimadas, sugiriendo la existencia de dos grupos diferenciados a partir del criterio de cinco consultas prenatales¹¹.

En particular, la Tabla 7.2 muestra que sólo en los casos de vacunas anti-rubeola, estudios cérvix COLP y malaria en el Hospital Materno Infantil, y en el estudio de estreptococo en el Hospital J. D. Perón, las diferencias de medias son no significativas estadísticamente. En el resto de los indicadores considerados se observan diferencias altamente significativas desde el punto de vista estadístico, y todos los signos obtenidos son positivos, esto es, las embarazadas con menos de cinco controles prenatales presentan mayor carencia de vacunas, estudios y suplementos¹².

Esto nos permite postular que la presencia/ausencia de cinco o más consultas prenatales constituye un criterio que posibilita, al menos de manera aproximada, “separar” agendas de política sanitaria: por un lado, la existencia de “fallas de primer grado” del sistema de red, donde los riesgos del embarazo reflejan tanto temáticas comportamentales de las pacientes como desafíos del sistema, y por otro, la presencia de “fallas de segundo grado” del sistema de red, cuya responsabilidad -a diferencia del caso anterior- no es compartida, sino que claramente denotan limitaciones concretas en el funcionamiento de la atención en red.

última instancia decide asistir o no al control prenatal.

¹¹Es importante notar que el ejercicio considera analizar la “existencia” de la señal separadora, aunque no necesariamente su “unicidad”. Sin embargo, la existencia de cinco consultas prenatales se utiliza como criterio de demarcación en tanto se encuentra establecido por la literatura sanitaria prevalente.

¹² En la Tabla 7.2 se presentan todos los tipos de vacunas, estudios de diagnóstico y suplementos sobre los que el sistema SIP recopila información.

Más allá del análisis del criterio de demarcación propuesto para diferenciar los tipos de fallas de red, los resultados exhibidos en la tabla sugieren una alarmante falta de vacunas, estudios y suplementos en las embarazadas a cargo de ambos hospitales. Esto es cierto tanto para las embarazadas que realizaron menos de cinco consultas (fallas de primer grado) como para las embarazadas que realizaron cinco o más controles (fallas de segundo grado).

Tabla 7.2

Test t de igualdad de medias de la falta de vacunas, estudios y suplementos según el número de consultas prenatales realizadas por la embarazada.

	Htal. Materno Infantil (S)			Htal. J. D. Perón (T)		
	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)	0.67	0.66	0.01 0.01	0.81	0.73	0.08*** 0.01
Anti-tetánica (=1 si falta)	0.48	0.34	0.13*** 0.01	0.28	0.15	0.13*** 0.01
Estudios						
Cervix inspeccion visual (=1 si falta)	0.96	0.94	0.02*** 0.00	0.98	0.97	0.02*** 0.00
Cervix PAP (=1 si falta)	0.96	0.94	0.03*** 0.00	1.00	0.98	0.01*** 0.00
Cervix COLP (=1 si falta)	0.99	0.99	0.00 0.00	1.00	0.99	0.00* 0.00
Toxoplasmosis menor 20 sem. (=1 si falta)	0.64	0.54	0.10*** 0.01	0.31	0.08	0.23*** 0.01
Toxoplasmosis mayor 20 sem. (=1 si falta)	0.59	0.54	0.05*** 0.01	0.42	0.33	0.09*** 0.01
Toxoplasmosis 1er. consulta (=1 si falta)	0.53	0.43	0.09*** 0.03	0.31	0.08	0.23*** 0.01
Chagas (=1 si falta)	0.31	0.22	0.09*** 0.01	0.07	0.01	0.06*** 0.01
Malaria (=1 si falta)	1.00	1.00	0.00 0.00	0.76	0.67	0.08*** 0.01
VIH menos de 20 sem. (=1 si falta)	0.77	0.66	0.11*** 0.01	0.20	0.03	0.17*** 0.01
VIH mas de 20 sem. (=1 si falta)	0.44	0.39	0.05*** 0.01	0.05	0.03	0.02*** 0.01
Sifilis no treponemica menos 20 sem. (=1 si falta)	0.72	0.59	0.13*** 0.01	0.33	0.07	0.26*** 0.01
Sifilis no treponemica mas 20 sem. (=1 si falta)	0.34	0.28	0.07*** 0.01	0.17	0.07	0.09*** 0.01
Estreptococo (=1 si falta)	0.98	0.93	0.04*** 0.00	0.96	0.95	0.01 0.01
Suplementos						
Hierro (=1 si falta)	0.93	0.92	0.01** 0.01	0.17	0.02	0.16*** 0.01
Folatos (=1 si falta)	0.95	0.93	0.01*** 0.01	0.18	0.02	0.15*** 0.01
Observaciones (aprox.)		8,732			4,647	

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

Adicionalmente, puede decirse que la información relevada mediante el sistema SIP presenta patrones similares de comportamiento entre instituciones, y algunas diferencias particulares. Resulta sorprendente la escasa cobertura de vacunas anti-rubeola en Tartagal (superior al 90% de pacientes sin esta intervención) en comparación con el Hospital Materno Infantil de Salta Capital (en torno del 67-68%, de por sí elevada). Fallas de cobertura superiores al 90% se verifican también en el análisis de estreptococo y los estudios de cérvix -COLP, PAP e inspección visual-, y esto es cierto para ambos hospitales. La excepción lo constituye la administración de hierro y folatos, que en el hospital de la capital salteña no supera el 10% de cobertura, contra el 80% en Tartagal.

Desde un punto de vista estrictamente comparado, las fallas de red se encuentran presentes, en mayor proporción, en las embarazadas a cargo del Hospital Materno Infantil (en doce de los quince casos relevados su cobertura es menor). Ello es cierto tanto para las fallas de primer grado como para las de segundo.

Como se mencionó anteriormente, las fallas de primer grado de red buscan reflejar las limitaciones del sistema de atención que podrían vincularse con la falta de políticas “activas” en materia de cuidados preventivos de la población materna, aunque también es cierto que el comportamiento de las pacientes podría tener un efecto sobre dichas fallas, ya que es la paciente quien en última instancia decide asistir o no al control prenatal.

Dado el potencial impacto que podría tener el comportamiento “tomador de riesgo” por parte de la embarazada sobre las fallas de primer grado -a través un bajo número de consultas prenatales-, se intenta identificar, al menos tentativamente, qué características personales de la mujer embarazada y de sus antecedentes obstétricos podrían encontrarse “por detrás” de la insuficiencia de controles.

La Tabla 7.3 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, la condición de madre soltera, el número de gestas previas y el número de abortos, basándonos en las sub-muestras que surgen de considerar a las embarazadas con menos de cinco consultas prenatales de aquellas que cuentan con cinco o más controles.

Los resultados obtenidos no parecerían apoyar la presencia de diferencias estadísticamente significativas en términos de la edad de las embarazadas que asistieron a menos de cinco consultas prenatales y aquellas que asistieron a cinco o más controles, tanto para el hospital de Tartagal como para el de la capital provincial.

Por el contrario, se observa una diferencia estadísticamente significativa al 1% en términos de los años de educación alcanzados por la embarazada: en el caso del Hospital Materno Infantil, aquellas embarazadas que asistieron a menos de cinco controles tienen menos años de educación promedio que los que poseen las embarazadas que asistieron a cinco o más consultas, y esta diferencia se amplía en el caso del Hospital J. D. Perón.

Algo similar parece suceder con la situación conyugal de la embarazada. Aquellas embarazadas que asistieron a menos de cinco consultas tienen, en promedio, mayor probabilidad de ser

madres solteras que aquellas embarazadas que asistieron a cinco o más controles, aunque la diferencia es estadísticamente significativa sólo en el caso del Hospital Materno Infantil, a un nivel del 1%.

Tabla 7.3

Test t de igualdad de medias de las características básicas de la embarazada y sus antecedentes obstétricos según el número de consultas prenatales realizadas.

	Htal. Materno Infantil (S)			Htal. J. D. Perón (T)		
	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	24.89	25.09	-0.20 0.14	24.56	24.88	-0.32 0.20
Máx. años de educación	9.31	9.75	-0.44*** 0.09	7.48	8.65	-1.17*** 0.10
Madre soltera (=1 Si)	0.32	0.29	0.03*** 0.01	0.13	0.12	0.01 0.01
Antecedentes obstétricos						
Número de gestas previas	2.01	1.47	0.53*** 0.04	2.09	1.64	0.45*** 0.06
Número de abortos	0.28	0.28	0.01 0.01	0.11	0.17	-0.05*** 0.01
Observaciones (aprox.)		8,732			4,647	

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

Paralelamente, el número de gestas previas exhibe una diferencia estadísticamente significativa, al 1%, entre las embarazadas con más de cinco controles y aquellas que no alcanzan ese número de consultas, y esto es cierto para las embarazadas de ambos hospitales. Este resultado sustentaría la mayor presencia de madres experimentadas en el grupo de menor frecuencia de controles prenatales. Por otra parte, la presencia de abortos en los antecedentes gestacionales de la mujer embarazada se asocia con mayor número de controles prenatales en el Hospital J. D. Perón de Tartagal, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en el caso del Hospital Materno Infantil.

7.3 Intensidad del riesgo absorbido por los hospitales e intensidad de las fallas del sistema de atención en red

Avanzando un paso más en el estudio de los riesgos absorbidos dentro de la cadena perinatal salteña, puede considerarse que la presencia de cada factor de riesgo en las embarazadas a cargo no excluye la existencia de otros factores, sino que los mismos pueden complementarse e incluso ser acumulativos a nivel de las pacientes.

En esta dirección, la Tabla 7.4 profundiza en la identificación de embarazadas con múltiples factores de riesgo y el peso relativo entre instituciones. Ello permitirá, al menos preliminarmente, mensurar el riesgo absorbido por los hospitales bajo estudio.

La Tabla muestra el porcentaje de embarazos de riesgo según la cantidad de factores de exposición presentes en las pacientes. En líneas generales, el Hospital Materno Infantil parece absorber, en términos relativos, menos embarazos de riesgo de lo que cabría esperar en primera instancia, dado su perfil de muy alta complejidad. Ello es cierto independientemente de la cantidad de factores de riesgo considerados.

Tabla 7.4

Porcentaje de embarazos de riesgo según la cantidad de factores de riesgo presentes en la embarazada.

Cantidad de factores	Htal. Materno Infantil (S)	Htal. J. D. Perón (T)
f=1	55.61	67.73
f=2	14.61	17.63
f=3	2.99	3.03
f=4	0.49	0.62
f=5	0.10	0.04
f=6	0.02	-
f=7	0.01	-

Por otra parte, la Tabla 7.5 muestra el porcentaje de fallas de primer y segundo grado del sistema de red (medidas por la falta de vacunas, estudios y suplementos en la embarazada), según la cantidad de fallas presentes en las pacientes a cargo de cada hospital. Esto posibilita, al menos preliminarmente, cuantificar la intensidad de las fallas de red presentes a la hora de brindar cuidados sanitarios a la población perinatal a cargo.

Tabla 7.5

Porcentaje de Fallas de Primer Grado (menos de 5 consultas) y Segundo Grado (5 o más consultas) del sistema de red, según la cantidad de fallas presentes, expresadas en términos del total de embarazos.

Cantidad de fallas	Htal. Materno Infantil (S)		Htal. J. D. Perón (T)	
	Fallas de primer grado (%)	Fallas de segundo grado (%)	Fallas de primer grado (%)	Fallas de segundo grado (%)
f=1	39.09	60.91	53.07	46.30
f=2	39.07	60.90	53.00	46.21
f=3	39.06	60.88	52.88	46.01
f=4	39.04	60.82	52.63	45.46
f=5	38.95	60.64	51.48	43.07
f=6	38.83	60.27	48.26	35.26
f=7	38.55	59.60	41.31	22.59
f=8	37.77	58.32	33.56	10.72
f=9	36.50	56.22	26.06	5.38
f=10	34.61	53.06	20.82	2.74
f=11	30.79	47.27	16.49	1.51
f=12	25.31	38.24	12.44	0.84
f=13	19.53	29.16	8.56	0.36
f=14	14.99	21.58	3.60	0.08
f=15	11.25	16.00	1.99	0.04
f=16	5.94	6.90	1.32	0.04
f=17	0.45	0.55	0.55	-

En términos generales, y desde un punto de vista estrictamente comparado, los resultados de la Tabla parecen sugerir que el Hospital J. D. Perón recibe un mayor porcentaje de embarazos caracterizados por fallas de primer grado de red, esto es, embarazadas a las que le faltan vacunas, estudios y suplementos, pero que no asistieron a cinco o más controles prenatales.

Por otra parte, el Hospital Materno Infantil evidencia un mayor porcentaje de embarazos caracterizados por fallas de segundo grado de red, es decir, embarazadas que, a pesar de haber asistido a cinco o más controles, presentan falta de vacunas, estudios, y suplementos.

Estos resultados permiten abrir un debate sobre los mecanismos de coordinación de redes entre departamentos salteños, y entre instituciones hospitalarias al interior de la provincia. La característica de “cabecera provincial” del Hospital de Salta Capital, más allá de su red de centros de atención primaria directamente dependientes, refleja transferencias de riesgo sistemáticas desde las instituciones de menor nivel de complejidad hacia las de mayor nivel de complejidad, potenciando la exposición del vértice de sistema perinatal salteño.

7.4 Resultados de salud

Finalmente, se presenta una caracterización de los resultados de salud correspondientes a cada uno de los hospitales bajo estudio, intentando vincular diferentes resultados (*outputs*) de salud a la presencia de factores de riesgo en las embarazadas a cargo de cada institución.

Se define para ello un conjunto de indicadores de resultados vinculados a la salud del recién nacido. Este conjunto estará conformado por las siguientes variables binarias¹³:

- (1) Situación de aborto.
- (2) Recién nacido fallece.
- (3) Recién nacido pre-término (<37 sem.).
- (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 la información existente en las bases de datos del sistema SIP¹⁴.

Las Tablas 7.6 y 7.7 muestran, para los Hospitales Materno Infantil y J. D. Perón respectivamente, la probabilidad de ocurrencia de cada resultado de salud del recién nacido, y la probabilidad de ocurrencia de cada resultado de salud del recién nacido *condicionada* a la existencia de factores de riesgo por tipo en la embarazada.

¹³ Una variable binaria es aquella que sólo puede asumir dos resultados posibles, por ejemplo "sí" y "no". En nuestro caso en particular, las variables de resultados de salud del recién nacido han sido definidas de manera tal que se adapten a esta característica. Por ejemplo, la variable "Situación de aborto" asume el valor 1 si se produce un aborto espontáneo y 0 si no, la variable "Recién nacido pre-término" asume el valor 1 si el recién nacido nace antes de la semana 37 de gestación y 0 si nace después de dicha semana, etc. El resto de las variables asumen la misma interpretación.

¹⁴ Para el análisis que presentaremos a continuación, hemos considerado sólo a todas aquellas sub-muestras de pacientes que cuenten con al menos 30 observaciones.

Tabla 7.6

Probabilidad de ocurrencia de los resultados de salud, y probabilidad de ocurrencia de los resultados de salud condicionada a la existencia de factores de riesgo. Probabilidades expresadas en %.
Htal. Materno Infantil (S)

Htal. Materno Infantil (S)	Variables de resultados de salud											
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Muestra total (8734)	0.00	0.64	9.72	0.37	10.32	2.26	0.00	0.00	5.82	1.58	1.61	0.66
Sub-muestras por factor de riesgo												
Menos de 5 consultas prenatales (3413)	0.00	0.70	16.17	0.41	16.58	4.86	0.00	0.00	7.35	2.67	2.81	1.46
Edad materna <19 (1467)	0.00	0.75	11.52	0.55	11.11	2.86	0.00	0.00	5.66	1.64	1.77	0.82
Más de 2 abortos (424)	0.00	0.47	13.68	0.24	13.92	5.19	0.00	0.00	8.73	3.07	2.83	1.89
Diabetes (28)	0.00	0.00	14.29	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	0.00
Hipertensión (96)	0.00	0.00	16.67	0.00	21.88	8.33	0.00	0.00	9.38	3.13	2.08	2.08
TBC (16)	0.00	0.00	12.50	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	6.25	0.00
Preeclampsia (32)	0.00	0.00	28.13	0.00	21.88	6.25	0.00	0.00	6.25	3.13	3.13	0.00
Eclampsia (4)	0.00	0.00	25.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otra condición médica grave (85)	0.00	0.00	10.59	1.18	12.94	1.18	0.00	0.00	5.88	1.18	1.18	1.18
Cirugía genito-urinaria (1014)	0.00	0.39	11.93	0.20	12.03	3.06	0.00	0.00	5.82	1.38	1.18	0.69
Infertilidad (12)	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cardiopatía (5)	0.00	0.00	20.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Nefropatía (2)	0.00	0.00	50.00	0.00	50.00	50.00	0.00	0.00	50.00	50.00	50.00	0.00
Chagas (110)	0.00	0.00	5.45	0.91	5.45	0.91	0.00	0.00	8.18	0.91	0.00	0.00
Violencia (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
Drogas (31)	0.00	0.00	25.81	0.00	38.71	3.23	0.00	0.00	3.23	3.23	0.00	0.00
Alcohol (15)	0.00	13.33	6.67	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00

Notas:

Número de observaciones aproximado entre paréntesis.

Variables de resultados de salud:

- (1) Aborto
- (2) Rn fallece
- (3) Rn pretérmino, <37 sem.
- (4) Tamaño fetal no acorde
- (5) Rn de bajo peso, <2500 gr.
- (6) Rn de muy bajo peso, <1500 gr.
- (7) Rn perímetro cefálico insuficiente, <34 cm.
- (8) Rn longitud insuficiente, <47 cm.
- (9) Rn Apgar 1er. Min. <7
- (10) Rn Apgar 1er. Min. <4
- (11) Rn Apgar 5to. Min. <7
- (12) Rn Apgar 5to. Min. <4

La primer fila de cada Tabla muestra la probabilidad de ocurrencia de cada resultado de salud del recién nacido en base a la muestra total de partos, mientras que el segundo bloque de filas (“Presencia de factores de riesgo”) presenta la probabilidad de ocurrencia de tales resultados de salud condicionada a la existencia de cada uno de los factores de riesgo que fueron considerados en la sub-sección 7.1. Este segundo bloque de filas tiene por finalidad exhibir el potencial efecto

que podrían tener los distintos factores de riesgo presentes en las embarazadas sobre los resultados de salud de sus recién nacidos.

Particularmente, la primer fila de la Tabla 7.6 (análisis para la muestra total de partos) muestra que, por ejemplo, la probabilidad de que un recién nacido del Hospital Materno Infantil pese menos de 2500 gr. es de 10.32%, mientras que la probabilidad de que el niño presente un peso inferior a los 1500 gr. es de 2.26%. Por otra parte, la probabilidad de que un recién nacido nazca antes de la semana 37 es de 9.72%, y que el niño presente un valor de Apgar al primer minuto inferior a 7 puntos tiene una probabilidad de ocurrencia del 5.82%.

El segundo bloque de filas de esta Tabla expresa las probabilidades de ocurrencia de cada uno de estos resultados de salud condicionada a la existencia de un factor de riesgo específico. De acuerdo con esto, se observa que prácticamente todos los resultados de salud (resultados adversos) aumentan su probabilidad de ocurrencia si las embarazadas asisten a menos de cinco controles prenatales, son adolescentes, tienen el antecedente de dos o más abortos o sufren hipertensión.

En particular, se observa que la probabilidad de que nazca un niño de bajo peso al nacer es mayor si su madre consume drogas (38.71%), padece hipertensión (21.88%), o asiste a menos de cinco consultas prenatales (16.58%), esto último sugiriendo un embarazo tardíamente captado, poco controlado, o ambas. De manera similar, la probabilidad de que el recién nacido sea de muy bajo peso se incrementa si su madre es hipertensa (8.33%).

Por otra parte, la probabilidad de que el recién nacido nazca antes de la semana 37 de gestación es mayor si su madre presenta preeclampsia (28.13%), consume drogas (25.81%) o sufre hipertensión (16.67%). Este último factor de riesgo también juega un rol importante en la probabilidad de que el recién nacido presente un valor de Apgar al primer minuto menor a 7 puntos (incrementándola hasta el 9.38%), similar a lo que sucede con el antecedente de dos o más abortos en la embarazada (8.73%), y la presencia de Chagas (8.18%).

El caso del Hospital J. D. Perón es examinado en la Tabla 7.7. La primer fila de esta Tabla (análisis para la muestra total de embarazos) exhibe que la probabilidad de que un recién nacido pese menos de 2500 gr. es 6.72%, mientras que la probabilidad de que el niño presente un peso inferior a los 1500 gr. es de 1.46%. La probabilidad de que un recién nacido nazca antes de la semana 37 de gestación es de 3.97%. Por otra parte, la probabilidad de que el niño presente un valor de Apgar al 1er. minuto inferior a 7 puntos es de 9.37%, mientras que la probabilidad de encontrar un valor inferior a los 4 puntos para esta misma medida de Apgar es de 1.64%.

Como puede observarse, salvo en el último caso, el nivel de riesgo atendido por el Hospital Materno Infantil de Salta es superior (y en general duplica) a su par de Tartagal, reflejando la estructura provincial de derivación.

Adicionalmente, y de manera análoga al caso del Hospital Materno Infantil, se observa que un número importante de los resultados de salud (resultados adversos) incrementan su probabilidad de ocurrencia si las embarazadas asisten a menos de cinco controles prenatales, son adolescentes o sufren hipertensión.

Tabla 7.7

Probabilidad de ocurrencia de los resultados de salud, y probabilidad de ocurrencia de los resultados de salud condicionada a la existencia de factores de riesgo. Probabilidades expresadas en %.
Htal. J. D. Perón (T)

Htal. J. D. Perón (T)	Variables de resultados de salud											
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Muestra total (4646)	0.26	1.42	3.97	0.63	6.72	1.46	0.00	0.00	9.37	1.64	1.79	0.96
Sub-muestras por factor de riesgo												
Menos de 5 consultas prenatales (2468)	0.49	1.74	5.50	0.78	9.04	2.27	0.00	0.00	10.17	2.09	2.26	1.15
Edad materna <19 (966)	0.21	0.72	4.71	0.84	7.88	1.45	0.00	0.00	11.72	1.61	1.94	0.75
Más de 2 abortos (94)	1.08	1.06	4.30	1.08	4.26	1.06	0.00	0.00	3.23	0.00	0.00	0.00
Diabetes (8)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00
Hipertensión (49)	0.00	4.08	2.04	0.00	10.20	2.04	0.00	0.00	6.67	2.22	2.22	2.22
TBC (9)	0.00	0.00	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Preeclampsia (24)	0.00	0.00	12.50	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00
Eclampsia (10)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Otra condición médica grave (6)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cirugía genito-urinaria (548)	0.00	0.54	2.38	0.18	4.17	0.54	0.00	0.00	7.13	1.13	0.94	0.38
Infertilidad (13)	0.00	0.00	0.00	0.00	7.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cardiopatía (10)	0.00	10.00	10.00	0.00	10.00	10.00	0.00	0.00	22.22	11.11	11.11	11.11
Nefropatía (3)	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Chagas (274)	0.37	0.73	2.57	0.00	4.74	1.82	0.00	0.00	5.73	0.76	0.38	0.38
Violencia (1)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Drogas (4)	0.00	0.00	25.00	0.00	50.00	25.00	0.00	0.00	25.00	0.00	25.00	0.00
Alcohol (5)	0.00	0.00	20.00	0.00	40.00	20.00	0.00	0.00	20.00	0.00	20.00	0.00

Notas:

Número de observaciones aproximado entre paréntesis.

Variables de resultados de salud:

- (1) Aborto
- (2) Rn fallece
- (3) Rn pretérmino
- (4) Tamaño fetal no acorde
- (5) Rn de bajo peso, <2500 gr.
- (6) Rn de muy bajo peso, <1500 gr.
- (7) Rn perímetro cefálico insuficiente, <34 cm.
- (8) Rn longitud insuficiente, <47 cm.
- (9) Rn Apgar 1er. Min. <7
- (10) Rn Apgar 1er. Min. <4
- (11) Rn Apgar 5to. Min. <7
- (12) Rn Apgar 5to. Min. <4

En particular, la Tabla exhibe que la probabilidad de que nazca un niño de bajo peso es mayor si su madre padece hipertensión (10.20%) o asistió a menos de cinco controles prenatales (9.04%). La misma asociación positiva es hallada entre estos factores de riesgo y la probabilidad de que el recién nacido sea de muy bajo peso (aumentos hasta 2.04 y 2.27%, respectivamente).

El embarazo adolescente representa un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de que el recién nacido exhiba un valor de Apgar al primer minuto inferior a 7 puntos (11.72%), similar a lo que sucede con la presencia de menos de cinco controles prenatales (10.17%). Asociaciones similares se obtienen para estos factores de riesgo y la probabilidad de que el niño presente un valor de Apgar al primer minuto inferior a 4 puntos (2.05% cuando la embarazada asiste a menos de 5 controles prenatales y 1.61% cuando la misma es adolescente).

8. Conclusiones

El tratamiento de la salud constituye una actividad compleja, que requiere del concurso de diversas capacidades tanto en términos de recursos humanos como de equipamiento e infraestructura. Estas capacidades se coordinan en función de las necesidades de los pacientes dentro de una lógica integral del modelo de salud.

Un modelo eficaz de atención sanitaria presupone que la organización de los servicios reconoce las necesidades de la población a cargo, tanto reales como percibidas, las que pueden traducirse o no en demandas al sistema de salud, y las aborda de un modo efectivo. Ello amerita un ejercicio de planificación de servicios a partir de patrones tradicionales de necesidades, facilitando el uso más eficaz de los recursos existentes y la cobertura máxima de necesidades a partir de la estructura disponible.

Dentro de este marco, la organización de los sistemas en red puede asociarse con un reflejo de la calidad institucional en materia sanitaria. La red combina la distintas partes de la estructura prestacional para encadenar sus capacidades resolutivas, coordinando tareas, utilizando los insumos disponibles e implementando un plan de acción sanitaria.

En el caso salteño, donde la participación porcentual del sector salud sobre el presupuesto provincial es uno de los más elevados del país, la decisión política de avanzar en el desarrollo de acciones sanitarias es observable. Sin embargo, y dada la capacidad financiera de la provincia, ello se traduce en una inversión pública per cápita relativamente limitada. Es por ello que la eficiencia en el uso de los recursos disponibles debe ser analizada, a fin de promover mayor equidad y calidad en su ejecución.

El presente estudio propone analizar esta problemática desde una mirada particular, la de dos de las cabeceras de red de servicios perinatales más importantes de la provincia: el Hospital Materno Infantil de Salta Capital y el Hospital Juan Domingo Perón de Tartagal.

Este trabajo se benefició con la posibilidad de analizar la información proveniente del Sistema de Información Perinatal (SIP) de ambas instituciones para los períodos enero-diciembre 2012 en el Hospital Materno-Infantil, y entre julio 2010 a julio 2012 en el Hospital J. D. Perón, representando 8.734 y 4.652 registros, respectivamente. Estas bases de datos permitieron estudiar las características personales de las pacientes recibidas por cada hospital, la presencia de factores de riesgo durante el embarazo, la historia gestacional y las características de la gesta actual y el parto. El análisis de esta información se complementó con entrevistas en

profundidad a más de treinta profesionales y personal de apoyo de ambos hospitales, y con el análisis de una encuesta estructurada al personal de las áreas de obstetricia y neonatología de cada hospital sobre las características del trabajo realizado, la estructura de funcionamiento de la red y los principales desafíos del sistema.

Como conclusión, el desarrollo del proyecto muestra en primer lugar un gran sentido de pertenencia y responsabilidad del personal de ambas instituciones, más allá de las limitaciones percibidas. En general, el vínculo laboral entre miembros del staff es satisfactorio, en tanto un 60% declaran sentirse parte de un equipo consolidado. Paralelamente, el vínculo con sus superiores es bueno y muestra la presencia de apoyo, aunque se identifica mayor necesidad de seguimiento y consejo, opinión que comparte un 70% del personal de ambos hospitales.

Sin embargo, el nivel de satisfacción con el equipamiento hospitalario separa a ambas instituciones. Los trabajadores respondentes en el hospital de Salta Capital refieren a una estructura altamente satisfactoria, cercana al 70% entre las respuestas positivas, porcentaje que se reduce a 20% en la institución de Tartagal. A pesar de ello, el mantenimiento sigue siendo fuente de conflicto en la mayoría de las opiniones entrevistadas en los dos hospitales.

La estructura de derivación y la capacidad de los centros de primer nivel para atender los embarazos de alto riesgo y cubrir los requisitos de estudios e informes prenatales resultan altamente insatisfactorias para la mayoría de los entrevistados. Incumplimiento de pautas básicas de atención, informes incompletos, falta de información, sobre-derivación de pacientes y poca capacidad de atender y contener embarazos de alto riesgo resultan las percepciones más frecuentes recibidas a lo largo de los dos hospitales, independientemente de las áreas donde los recursos humanos desarrollan tareas, y los riesgos relativos a los que se enfrenta cada institución en su ámbito geográfico. Este patrón pareciera agudizarse en el Hospital de la capital provincial, probablemente debido a su condición de cabecera no sólo de su área inmediata de influencia, sino de toda la provincia, como referente en el área materno-infantil.

El estudio no aborda esta misma realidad desde la perspectiva de los centros de salud, como instituciones naturales intervinientes en los cuidados durante el embarazo. Sin embargo, consultas informales durante el desarrollo del proyecto sugieren que existe una amplia diversidad de temáticas a ser abordadas para explicar tales limitaciones, que se extienden desde la carencia de insumos, equipamiento y personal en los CAPs, hasta la carencia de capacidad organizativa y clínica para afrontar los desafíos del cuidado de la salud durante el embarazo. Ello requerirá de un análisis particular que complemente el realizado en este trabajo, facilitando la comprensión integral del fenómeno.

En todo caso, la información surgida del estudio del sistema de información perinatal muestra la falla del modelo para articular el funcionamiento de la red. Escasa o nula comunicación entre niveles de atención, inexistencia de protocolos o normas acordadas entre ambos, falta de espacios de encuentro y formación conjunta de recursos humanos impiden construir un modelo sanitario donde el entramado de instituciones se complementa. El estudio muestra, tanto en las encuestas a recursos humanos como en las entrevistas en profundidad, que la norma no escrita y los contactos interpersonales resultan un soporte y un modo de resolución usual ante un

esquema desarticulado. Ello muestra que existe un espacio de inter-relación informal que podría ser aprovechado para fortalecer el funcionamiento del sistema perinatal salteño, y que podría nutrirse de las capacidades existentes en una estructura provincial que ha sido pionera tanto en la temática de la atención primaria de la salud como de modelos regionales de acción sanitaria.

La información proveniente de las bases de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) muestra perfiles sanitarios diferenciados entre las pacientes a cargo de ambas instituciones, con mayor peso relativo en enfermedades transmisibles en la consulta de Tartagal. El análisis estadístico de ambos universos de casos también muestra promedios de edad relativamente jóvenes de las madres asistentes al sistema público y un gran peso del contexto familiar en la conducta de las embarazadas durante la gestación en términos de cumplimiento de la pauta de cinco o más consultas prenatales. Asimismo se identifican diferencias significativas en la conducta de la población con cinco o más controles prenatales de aquella con menor interacción con el sistema sanitario.

La información proveniente de las bases de datos perinatales del SIP muestra la existencia de perfiles sanitarios diferenciados entre las pacientes a cargo de ambas instituciones, con mayor peso relativo en enfermedades transmisibles para las pacientes del hospital de Tartagal. El análisis estadístico de la información muestra una edad promedio relativamente baja para las madres que asisten al sistema público, y un gran peso del contexto familiar en la conducta de las embarazadas durante la gestación en términos de cumplimiento, o no, de la pauta de cinco o más consultas prenatales. Asimismo, se identifican diferencias significativas en el cuidado de la salud de aquellas embarazadas con cinco o más controles prenatales en relación a aquellas con menor interacción con el sistema sanitario.

El estudio muestra además fallas severas en el cumplimiento de niveles mínimos en estudios diagnósticos durante la gestación, tanto para la población con menos de cinco controles como para aquella que supera este umbral.

Ello revela dos temáticas a ser abordadas conjuntamente. En primer lugar, la falta de estudios en mujeres con menos de cinco controles refleja tanto la necesidad de mayores esfuerzos en comunicación y promoción de la salud, como la importancia de definir mecanismos de coordinación entre el primer y segundo nivel en materia de normas de referencia, y espacios de comunicación y análisis de la información. Los datos disponibles en el Sistema de Información Perinatal podría eventualmente ser complementada con la información recogida en los centros de atención primaria a fin de facilitar una atención más comprehensiva y sistémica de las mujeres durante el embarazo. Se sugiere asimismo avanzar en el análisis de la información ya existente en los centros de atención basada en trazadoras institucionales, y utilizarlas como mecanismo de unificación de criterios para la toma de decisiones en el ámbito de una estructura de red. En esta dirección, conocer la experiencia de los centros de atención primaria que conforman las redes cuyas cabeceras fueron estudiadas en esta iniciativa permitirá complementar la mirada sistémica e identificar espacios específicos de intervención.

En segundo lugar, la falta de estudios durante el embarazo incluso en los casos donde la mujer embarazada acudió a cinco o más controles, refleja una deficiencia severa en términos de

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

eficacia sanitaria. En estos escenarios, la falla de cobertura no puede atribuirse al patrón de consulta propio de las pacientes, sino a la pérdida de la oportunidad de atención por parte del sistema. Ello genera a su vez una ineficiencia en la asignación de recursos, en tanto aumenta el costo de oportunidad de la atención e incrementa el riesgo potencial del embarazo, imponiendo un riesgo adicional sobre el sistema en su conjunto. En este caso, se sugiere avanzar en el conocimiento de las causas de tal pérdida de eficiencia, a fin de coordinar mecanismos que faciliten el diseño de intervenciones futuras. Ellas pueden estar vinculadas con una mejor asignación de recursos para el equipamiento de los CAPs, la identificación de fallas de gestión y normatización dentro del centro de atención primaria o su vínculo con el hospital de referencia, o eventualmente una mayor dotación de recursos humanos capacitados para avanzar en un modelo de atención en red.

En todos los casos, se observa que la inversión necesaria para avanzar hacia un modelo más eficaz no necesariamente requiere de inversiones particularmente onerosas, sino de mejoras de gestión y comunicación entre los componentes de la red, y entre ella y la comunidad.

Finalmente, el trabajo propone una metodología -con capacidad de aplicación sistemática- para identificar tanto factores de riesgo individuales (de la paciente), como comportamentales y del sistema, vinculándolos con resultados del sistema de salud. Ello eventualmente podría generalizarse en el tiempo y hacia el total de los efectores provinciales, estableciendo indicadores o trazadoras sencillas y efectivas para la conformación de un tablero de control provincial en un área prioritaria de la salud materno-infantil.

Bibliografía

- 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.
- Cyert, R., y March, J. (1963):”Behavioral Theory of the Firm”, Wiley-Blackwell.
- Dabas, E. (2001) “Redes sociales, niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Panorama.
- 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.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC):“Censo Nacional de Población y Vivienda”, Argentina 2001.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC):“Censo Nacional de Población y Vivienda”, Argentina 2010.
- Llaya, J. (2007): “Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Ministerios de salud provinciales: El caso de Salta” en: *Ciclo de seminarios de salud y política pública*, CIPPEC, Buenos Aires.
- López Puig, P., Morales Suarez, I., Manchaca, S., Martinez 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. (2010): “Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta”, *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°84*, CIPPEC, Buenos Aires.
- 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. (2011a):”Argentina: Claves para coordinar un sistema de salud Segmentado”, *Documento de Políticas Públicas N° 92*, CIPPEC.
- Maceira, D. (2011b) “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.

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

- 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 Arreola Ornelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSAIUD. 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 Cejas, C. (2008) "Actores, contratos y mecanismos de pago: El caso del sistema de salud de Salta", *Documento de trabajo N° 46*, CIPPEC-CEDES, Argentina.
- Maceira, D. y Cejas, C. (2010) "Recursos humanos en salud: La Argentina en perspectiva comparada", *Documento de trabajo N° 46*, CIPPEC, Argentina.
- 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.
- Maceira, D. y Palacios, A. (2012) Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales. Dos estudios de caso en la Provincia de Buenos Aires". Mimeo, octubre.
- México, Secretaría de Salud (2006) "Modelo Integrador de Atención de la Salud (MIDAS)".
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias: Gastos provinciales por finalidad y función", Argentina 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): "Estadísticas Vitales", Argentina 2011.
- Ministerio de Salud de la Nación - Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): "Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia", Argentina 2010.
- Ministerio de Salud Pública de Salta. Decreto 2.411/2005.
- Ministerio de Salud Pública de Salta. Decreto 1.189/2006.
- Ministerio de Salud Pública de Salta, Ley 6.841/1996.
- Ministerio de Salud Pública de Salta, Resolución 370/1985.
- Ministerio de Salud Pública de Salta, Resolución 1.081/1998.
- Ministerio de Salud Pública de Salta, Resolución 1.985/1998.
- 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

Documentos de Trabajo CEDES 120/2014

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. (2001) “Antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care”. The Lancet, 357: 1551, 1564.

Simon, H. (1947):”Administrative Behavior: A Study of Decision-making Processes in Administrative Organization”, New York.

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 Press.

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