

Capacidad Resolutiva y Desempeño de Redes Hospitalarias en Líneas de Cuidado Prevalentes

El Caso del Hospital Posadas y su Área de Influencia en la Zona Oeste de
la Provincia de Buenos Aires¹

Daniel Maceira, coordinador

2014

¹El presente trabajo de investigación fue realizado en el marco de una iniciativa de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación. El equipo de trabajo estuvo coordinado por Daniel Maceira, e integrado por Alfredo Palacios, Ariel Melamud, y la asistencia de Sebastián Serra, Martín Szulman y Rocío Verón en el trabajo de campo. Se agradece la participación de Marcelo García y particularmente la colaboración en el diseño del proyecto desde el Ministerio de Salud de Pedro Kremer, Luis Eizaguirre, Mauro Brangold, Héctor Pascucceli y Yael Grunhut. Nuestra deuda con las autoridades nacionales, provinciales y municipales, los directivos hospitalarios, y los recursos humanos y usuarios de las instituciones analizadas que cooperaron a lo largo del proyecto brindando información y sugerencias para la realización de este estudio. La responsabilidad de las opiniones vertidas es exclusiva de los autores, y no corresponden necesariamente al Ministerio de Salud de la Nación, al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ni a las autoridades municipales y hospitalarias mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

A fines de los ochenta, OMS/OPS discute la prioridad de contar con servicios de salud organizados en niveles de atención, y desarrollar sistemas de referencia y contra referencia, como instrumento para la planificación regional de los servicios de salud (OPS, 2009). Esta necesidad de niveles de atención integrados y descentralizados fue ratificada por los Estados Miembros de la OPS en el año 2005, mediante la Declaración de Montevideo (OPS, 2005). También la agenda de Salud de las Américas 2008-2017 menciona la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y sub-nacional, con el objeto de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”.

A pesar de estas y otras referencias bibliográficas generadas por paneles de expertos, tanto en el ámbito internacional como en su correlato en el país, aún resulta cotidiano encontrar documentación que refiere a fallas en los mecanismos formales y protocolizados de derivación de pacientes. Asimismo, la pobre definición de protocolos que establezcan criterios y modos de derivación, y los instrumentos informativos necesarios (libretas sanitarias, historias clínicas, informatización de los mecanismos de data compartida entre niveles, etc.) son moneda corriente.

Ante la falta de una norma definida, o dada la imposibilidad de aplicarla, se desarrollan esquemas alternativos que determinan los criterios a ser utilizados en un marco de mayor discrecionalidad. En muchos casos, esta discrecionalidad no se opone a la norma, sino que la suple, facilitando el funcionamiento institucional (Crojethovic y Maceira, 2009). Estos mecanismos abren la posibilidad del acceso, pero no llevan a alcanzar una asignación de recursos de salud que sea equitativa, oportuna y socialmente eficaz.

Obviamente, la estructura descentralizada del modelo nacional de salud, y particularmente la descentralización provincial y municipal -particularmente en la Provincia de Buenos Aires- (Maceira, 2012), abre un debate sobre la necesidad de institucionalizar mecanismos de coordinación.

En tanto el acceso y continuidad en el cuidado de la salud son dos objetivos esenciales en cualquier estrategia de atención primaria (Murray y Berwick, 2003), la presencia de un gran nivel de necesidades sanitarias insatisfechas en las poblaciones dependientes de la cobertura del sector público refleja que los requerimientos de cuidado exceden la capacidad resolutive. Ello se puede atribuir a la falta de insumos y equipamiento como en limitaciones de formación y captura de los recursos humanos necesarios para brindar la cobertura necesaria.

La presencia de redes de atención operativamente dependientes de varias jurisdicciones que se entrecruzan (por ejemplo, centros de atención municipales funcionando bajo el ámbito operativo de hospitales provinciales) vuelve aún más compleja esta necesaria coordinación. Así, la gestión operativa de la red ante la necesidad de garantizar continuidad en un modelo descentralizado introduce un gran desafío de política, lo cual es potenciado por las características de la población (demanda) que tradicionalmente acude al sistema público de salud (Maceira y Palacios, 2012).

Factores comúnmente identificados como trabas a la eficiencia en el sistema de atención en red son, “la falla en los sistemas de referencia y contra referencia, las

dificultades con la conducción estandarizada de la información sobre los pacientes a través del sistema de servicios de salud, entre otras. Por otro, la incidencia de la fragmentación en las redes de servicios ha provocado la duplicación de exámenes de laboratorio, aumento de los costos con afectación en la eficiencia del sistema, pérdida de tiempo en la gestión de recursos y, por lo tanto, impactos negativos en la economía nacional” (López Puig et al, 2009). A ello pueden agregarse fallas en la agencia responsable de coordinar la red de servicios, el escaso compromiso del personal de salud, etc.

En este sentido, la discusión sobre 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).

La presencia de distintas jurisdicciones representadas al interior de una red, abre la discusión sobre la estructura de integración vertical de los servicios, no ya en propiedad, sino en el diseño de espacios de rectoría, control y coordinación. En la medida que las fuentes presupuestarias no se encuentren necesariamente alineadas, la integración de servicios debería trasladarse a la presencia de lazos normativos y protocolizados que permitan distribuir tareas y responsabilidades, alcanzando complementariedad, lo que requiere de una estructura común de seguimiento (Maceira y Palacios, 2012).

Este trabajo tiene como objeto analizar la estructura de la red sanitaria de la zona oeste del Conurbano Bonaerense, que nuclea a los centros de salud, hospitales municipales y provinciales radicados en los partidos de Hurlingham, Ituzaingó, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero, y La Matanza, sus vínculos entre ellos y con el Hospital Nacional Posadas, centro de mayor complejidad de esta red. En el marco de PAHO (2010) se propone que la red tiene nodos, sin cabeceras, y los centros de mayor complejidad no se convierten en las instituciones cabeceras de la red.

A partir de allí se buscará avanzar en una definición de tareas y costos a ser involucrados al momento de abordar una estrategia de coordinación, con vistas al desarrollo de una unidad de gobernanza común entre la Nación, la Provincia de Buenos Aires y sus Municipios.

El plan de trabajo involucra una selección de líneas de cuidado priorizadas por su alta carga sanitaria, sobre las cuales se definieron prestaciones que son puntos de apalancamientos que permitirán avanzar en la definición de las capacidades hospitalarias para lograr su satisfacción. Para ello se presenta en la próxima sección una revisión de literatura sobre experiencias locales e internacionales en líneas prevalentes, que se continúan en el Apéndice de este trabajo.

La metodología de abordaje y las principales preguntas de investigación se definen en la sección tercera, en tanto las dos secciones siguientes se concentran en presentar el contexto socio sanitario de la región bajo estudio, y el marco normativo en el que el sistema de salud se desenvuelve.

Posteriormente, las secciones sexta, séptima, octava y novena reflejan el trabajo de campo realizado, mostrando en cada caso las miradas de los secretarios de salud municipales, la estructura hospitalaria de doce instituciones provinciales y municipales,

la mirada de los trabajadores de la salud sobre esa estructura y su funcionamiento y la voz de los usuarios, respectivamente.

Las secciones décima y undécima, por su parte, proponen discutir a la luz de la información recogida, el funcionamiento de la red oeste desde la mirada de trabajadores hospitalarios y los usuarios de esas mismas instituciones, como así también los resultados alcanzados desde el centro de mayor complejidad de la red, apoyándose en este caso en la información proveniente del mismo Hospital Posadas.

2.- Experiencia Nacional e Internacional en el Funcionamiento de Redes en las Líneas de Cuidado Prevalentes

Muchos países en vías de desarrollo, tanto en América Latina como en el mundo, están implementando sistemas públicos de provisión de servicios de salud organizados según la lógica de redes y niveles de atención. En estos casos, bajo el paradigma de la APS, la oferta está organizada desde el primer nivel de atención hacia el tercer o cuarto nivel de complejidad y, entre otras características, se destacan como servicios universales. Desde el lado de la oferta se busca derribar barreras económicas brindando acceso a la atención cuyas tarifas de uso suelen ser relativamente bajas o nulas (comparadas con las del sistema privado). Por otra parte cada componente de la red tiene a su cargo una población definida, cuyos integrantes deben identificarse y ser asignados a su responsabilidad, luego la asignación de responsabilidades debe seguir criterios de riesgo de los beneficiarios, de modo de cubrir eficientemente las diferentes necesidades (INUS, 2004). Teniendo esto en cuenta resulta claro que cada país desarrollará la red que resulte conveniente según las características poblacionales epidemiológicas, demográficas, socio-cultural y económicas. Es decir, considerando no solamente las posibilidades que brinda la reforma de la oferta sino también las características de la demanda.

El documento “Redes Integradas de Servicios de Salud” perteneciente a la serie “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (PAHO, 2010) constituye la base de las reformas de los sistemas de salud que, bajo el paradigma de la APS, reorientan, fortalecen y profundizan cuatro grandes áreas de trabajo de la APS: el Modelo asistencial, la gobernanza y estrategia de las redes, la organización y gestión de los recursos en términos generales, y la asignación e incentivos económicos. Estas cuatro grandes áreas cuya mención no responde a un orden específico, están desarrolladas desde un punto de vista teórico y engloban un modelo ideal de trabajo que, a los efectos de esta investigación requiere ser complementado con estudios de casos y recomendaciones de buenas prácticas basadas en la evidencia.

Hasta ahora, el modelo de RISS amparado en el paradigma de la APS continúa siendo el modelo más apropiado, tanto en contextos de países en desarrollo como desarrollados. Sin embargo, y a pesar de que el documento de RISS es muy preciso en cuanto a la definición de las redes, la práctica concreta enfrenta serios problemas para la implementación y para alcanzar sus objetivos. Como consecuencia, los modelos implementados se mantienen en constante transformación.

El documento de la OPS, cita lecciones aprendidas en la región de las Américas y destacando que la implementación de la estrategia se da en un contexto de un orden pre-establecido. Hay cuatro grandes lecciones: en principio es necesario asumir que es un proceso de transformación necesariamente sistémico y no puntual. En segundo lugar, por ser integrador, sus resultados se verán en el largo plazo dado el alto grado de complejidad que implica el establecimiento de la red. En tercer término, el documento de las RISS menciona diversas formas y niveles de integración dentro de una misma red, como por ejemplo, la integración horizontal, vertical, clínica o funcional. Por último, el proceso debe darse con acompañamiento y aceptación de todos los actores involucrados. No solamente con los gestores sino que debe comprometerse al personal de salud y, en particular, se necesita instruir también a las personas que utilizan la red. Si bien este punto ha sido muy poco discutido en los documentos sobre redes, toma especial relevancia ya que muchas veces los usuarios son quienes deciden donde y con quien atenderse.

En la región de las Américas el retorno de la APS tuvo fuerte impacto y aceptación frente a varias problemáticas comunes en la Región: la concentración de recursos en centros de atención de alta complejidad recibiendo la demanda indiscriminada por patologías de alta y baja complejidad, la fragmentación de los sistemas, la descentralización de la atención y muchas veces la escasez de recursos económicos y profesionales. Se observa, a su vez, la ausencia de sistemas de información integrados, es decir la práctica común son los sistemas solapados o sistemas obsoletos que entorpecen la atención, generando gastos y esfuerzos innecesarios.

Si se combinan estas características, la principal consecuencia es una modalidad de atención muy costosa y de baja efectividad. Afortunadamente ya son muchos los países que iniciaron el proceso de reforma de sus sistemas de atención, incluido nuestro país. Esta sección toma algunas lecciones aprendidas de ellos. Las experiencias más interesantes en cuanto al manejo de las redes de atención y sistemas de derivación se llevaron a cabo en la Argentina, Brasil, Colombia y Bolivia, entre otros, y nos interesamos específicamente en las intervenciones realizadas para el mejoramiento de los servicios de atención relativos a Cáncer de mama, Cáncer colon-rectal, Enfermedad Cerebro-vascular, Enfermedad renal crónica y Salud de la embarazada².

Entre las experiencias más interesantes sobre implementación de programas de cáncer encontramos el programa de Colombia denominado “Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021”. En dicho plan se diseñaron seis líneas estratégicas: i) El control del riesgo, ii) la detección temprana, iii) la atención, recuperación y superación de los daños causados por la enfermedad, iv) el mejoramiento de la calidad de vida, v) La gestión del conocimiento y la tecnología para el control y vi) la formación del desarrollo humano (Ministerio de Salud de Colombia, 2012).

Adicionalmente, se encuentra la bibliografía para Cáncer de colon con las medidas propuestas por la OPS, en función del programa global de Cáncer (World Health Organization, 2002). Al respecto, la complejidad relativa al cáncer en términos

² El Apéndice de este documento desarrolla las iniciativas implementadas en Argentina sobre redes por patología priorizada.

generales está dada por las dimensiones prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos. La definición de la Red y los mecanismos de acción, deberían establecer acciones para cada una de las dimensiones mencionadas en función de las capacidades no sólo de los centros de salud, sino también de las posibilidades de los cuidadores y responsables de las personas con diagnósticos de cáncer.

En Brasil existen redes de atención del Cáncer de mama, las cuales se gestionan a través del Programa SUS (Sistema Único de Saúde). Goiveia de Oliveira presentó un artículo donde describe como el acceso a las redes de atención influyen en la sobrevivencia de las personas que lo padecen, al mismo tiempo que asegura que la utilización de los servicios está condicionada por la oferta. El estudio utiliza la clasificación de las redes establecidas en todo el territorio según sean transversales horizontales, o transversales verticales (jerárquicas) y según sean entre redes o dentro de la misma red. El estudio concluye que la configuración de la red no es per-se una garantía de acceso a la atención. La atención ambulatoria se presenta menos concentrada que las cirugías aunque las posibilidades de conexiones entre los municipios parecerían evidenciar más que una organización eficiente de la red una apropiación de recursos por parte de aquellos municipios con nivel superior en la jerarquía.

En el caso del Cáncer de pulmón, las estrategias para su prevención pueden ser desarrolladas por los primeros niveles de atención, ya que se concentran principalmente en la disminución del tabaquismo, la prevención o retraso del inicio del fumador. En Estados Unidos, por ejemplo, el 90% de los cánceres de pulmón está relacionado con el consumo de cigarrillos. Otros factores de riesgo son la exposición al asbesto, el gas radón y los antecedentes familiares de cáncer de pulmón. Como mencionábamos, la estrategia más eficaz para disminuir el cáncer de pulmón es la reducción del tabaquismo, que además favorece la prevención de cáncer en la laringe, esófago, vejiga, riñones, entre otros. El humo secundario del tabaco también incrementa las probabilidades de desarrollar cáncer (CDC).

Este tipo de cáncer tiene la particularidad de ser detectado cuando el pronóstico de sobrevivencia es muy escaso (John Field, 2013). Los síntomas varían de persona a persona y son síntomas comunes a muchas otras enfermedades menos graves. En general son: cansancio crónico, tos con o sin sangre, respiración dificultosa, dolores en el pecho o en otras zonas, pérdida de peso. Los avances en la detección temprana son escasos. El método de detección temprana generalizado en nuestro país se realiza mediante estudio radiológico. Sin embargo, el costo-efectividad de esta práctica aún está en discusión. Dada la característica de la enfermedad, una vez detectada, los tratamientos se llevan a cabo en los niveles de mayor complejidad.

La evolución y dinámica de la enfermedad y su desenlace nos llevan a pensar en que las redes de atención pueden colaborar con el paciente, de modo que se faciliten las referencias hacia los niveles más complejos, y en el caso del tratamiento de los efectos secundarios. Una oportuna comunicación entre los médicos responsables del paciente del nivel complejo y del nivel primario puede ayudar al paciente a sobrellevar el tratamiento en caso de que los hospitales se encuentren lejos de su vivienda, en caso de que los médicos hayan recibido entrenamiento en el tratamiento del dolor, y por último

en caso de que el centro disponga de terapias de apoyo emocional para pacientes y familiares.

El caso de las Redes perinatales constituye una requiere de un abordaje particular, con características idiosincráticas si se las compara con las estructuras mencionadas anteriormente. Argentina, pese a limitaciones coyunturales, es uno de los países con mayor integralidad en la red materno-infantil de servicios de salud de la región. Los principios rectores para la conformación de las redes de atención materno-infantil en la Argentina se hallan inscriptos en la Resolución N°348/03 del Ministerio de Salud de la Nación, que corresponde a las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad.

Para la elaboración de esta norma se tuvo en cuenta un enfoque de riesgo, que permite identificar distintas necesidades de cuidados asistenciales. Según la presencia de determinadas características (factores de riesgo), que se asocian con la aparición de un daño, se establecen un nivel de riesgo y un tipo de cuidado en atención materno-infantil.

Otro país de la región que ha avanzado en la conformación en redes de salud ha sido Bolivia, mediante diversos proyectos financiados por organismos internacionales a fin de financiar la conformación de una red con la meta de disminuir la altísima mortalidad materna e infantil. En ese país, el modelo RISS es operacionalizado en las redes de servicios sanitarios, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, y su espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el usuario, la familia y la comunidad.

Por su parte, Guatemala desarrolla el Programa de Extensión de Cobertura de Salud (PEC). La modalidad de atención mantiene un fuerte enfoque programático convencional con énfasis en la atención materno-infantil. Desde ese entonces se ha creado una extensa red de establecimientos que presta servicios integrales de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de la enfermedad y cuidados paliativos. Asimismo, integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

Más allá de la necesidad de avanzar en una mirada de inclusión de la diversidad étnica, Guatemala muestra que el 57% de la población aún recurre a servicios privados. Por lo tanto, los desafíos están orientados en mejorar el acceso y ampliar la cobertura de los servicios, reduciendo los efectos de su fragmentación y articulando a los diversos prestadores. Se crearon mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de los servicios de salud, con una provisión de servicios especializados en lugares más adecuados, de preferencia en entornos extra-hospitalarios (Ruales, 2012).

En El Salvador desde el 2001 se desarrollan iniciativas de organización de la prestación de servicios de salud en los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASIS) asignando población y territorio. Sin embargo, la oferta se entregaba bajo un fuerte enfoque programático, en ocasiones el recurso humano para la extensión de cobertura rural se limitaba a promotores de salud. A partir del 2009, el gobierno impulsó la política de

Salud para el acceso universal y la organización en RISS, promoviendo un modelo de atención integral centrado en la familia y la comunidad a través de los Equipos Comunitarios de salud familiar (ECOS), integrados por equipos profesionales y personal sanitario llamados Recursos Humanos de Salud (RHUS) con responsabilidad nominal de 600 familias. Estos funcionan como ordenadores de la atención en las RISS, incluyendo ambulatorios rurales especializados, casas de espera materna, y hospitales de segundo y tercer nivel.

A lo largo de las experiencias expuestas hemos visto que la idea de RED no requiere en principio una definición unívoca para cada patología ni para cada país. Es posible integrar la RED más allá de las enfermedades, pensando en circuitos o trayectos que los pacientes recorrerán basados en protocolos y guías de práctica clínica. Es posible organizar la red con integraciones verticales, horizontales, virtuales, etc. Y sabemos que cada país, región o estado debe organizar la red de un modo que le resulte funcional y propio, dependiendo de las características de su población a cargo y de los recursos disponibles.

Sin embargo, hay un hecho común a todos los casos y es que en la construcción de las redes asistenciales y en su fortalecimiento, observamos que el éxito depende fundamentalmente del apoyo de los actores que intervienen en su dinámica. Más aún la adherencia a la idea de RED de atención toma fuerza en los contextos altamente fragmentados o descentralizados.

La unificación de criterios es un proceso que puede tomar tiempo y cuyos resultados serán evidentes en el largo plazo. La gobernanza de la red, es entonces un aspecto clave que los gestores y diseñadores deberán tener en cuenta al momento de establecer prioridades. En suma, el liderazgo para unir voluntades y modificar procesos arraigados es el inicio de la gobernanza de la red, porque el sistema previo y la construcción de la red deberán convivir por un tiempo y darán respuesta a los pacientes acostumbrados al sistema anterior.

3.-Preguntas de Investigación y Metodología

La zona oeste del conurbano bonaerense alberga a aproximadamente cuatro millones de personas, con niveles de cobertura formal en salud relativamente bajos para el promedio nacional. La necesidad de abordar una estrategia integral de red, alineada con los principios desarrollados en la sección anterior, es vista como una alternativa oportuna para brindar protección sanitaria y financiera en salud de modo equitativo y eficaz.

Desde esta perspectiva, es necesario avanzar en el reconocimiento de cuáles son las capacidades instaladas y cuáles los desafíos a ser abordados y solucionados desde una mirada de “centro unificado de gobernanza”. Este centro de gobernanza debe desarrollar instrumentos tanto para la planificación y la gestión de recursos, como también, y principalmente, en la definición de una estructura regulatoria que permita coordinar prestadores de distintas jurisdicciones institucionales bajo un único plan conceptual.

El presente documento tiene como objetivo avanzar en la estimación del costo de “puesta a punto” de la Red de Hospitales Públicos de la zona oeste, afluentes del Hospital Posadas.

Para ello, el plan de trabajo propone el abordaje de objetivos intermedios que aporten a una metodología de cálculo comprehensiva. En esta dirección se propone:

- Conocer las estructuras de referencia y contra-referencia de cada Departamento de las RSVII y RSXII entre CAPs, Hospitales Municipales y Provinciales, y sus estrategias de atención.
- Identificar la capacidad de los Hospitales de la Regiones Sanitarias VII y XII para atender tratamientos prioritarios.
- Identificar las necesidades de reequipamiento y mejoras de atención a partir de la opinión de los recursos humanos y los pacientes concurrentes a los hospitales.
- Identificar las principales causas de derivación de patologías prioritarias al Hospital Posadas, y la capacidad de las instituciones provinciales y nacionales de absorberlas.

La metodología de investigación desarrolló los siguientes pasos:

En primer lugar, identificar una serie de Líneas de Cuidado Priorizadas por su alta carga sanitaria, de acuerdo a las directivas presentadas desde el Ministerio de Salud de la Nación, sobre las cuales se definieron prestaciones que son puntos de apalancamientos que permitirán avanzar en la definición de las capacidades hospitalarias. Ellas son: Cáncer de mama, colon-recto, pulmón; embarazo normal y de alto riesgo; rehabilitación; salud mental; enfermedad renal crónica; enfermedad cardiovascular y principales factores de riesgo. Para rehabilitación resulta oportuno aclarar que involucra la continuidad de la línea de cuidados que va del trauma a la rehabilitación.

En segundo lugar, se avanzó en el conocimiento de los perfiles socio-económico-demográficos de los departamentos en el área de influencia del Hospital Posadas, y de la estructura de la oferta existente en el subsistema público. Se estableció como zonas de influencia las Regiones Sanitarias VII y XII, particularmente los partidos de Merlo, Morón, Moreno, Ituzaingó, Tres de Febrero, Hurlingham y La Matanza.

A partir de ello, y con el apoyo de la Dirección de Hospitales de la Provincia de Buenos Aires y el Jefe de la Dirección Sanitaria VII se identificó y contactó a Secretarios de Salud y Directores de Hospitales Provinciales y Municipales que conforman la “red oeste”.

En paralelo, se desarrollaron cuatro instrumentos de trabajo, a ser aplicados a lo largo de la investigación:

- i) una guía de entrevistas a secretarios de salud y regiones sanitarias;
- ii) un cuestionario auto-administrado a recursos humanos de los hospitales,
- iii) un segundo cuestionario a ser implementado en las guardias y consultorios externos de los hospitales, concentrado en usuarios de los servicios, y
- iv) una grilla por línea de cuidado priorizada, requiriendo información sobre recursos humanos, físicos e insumos disponibles y producción en cada una de ellas.

Asimismo, se avanzó en la identificación de los requerimientos de insumos e infraestructura que permitirían la atención eficaz de tales líneas de cuidado como modo de establecer las capacidades resolutorias en cada institución pública de la zona oeste. Para el desarrollo de este instrumento se contó con el apoyo del equipo de trabajo de la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación.

La implementación del plan de trabajo avanzó con entrevistas a Secretarios de Salud de los municipios en el área de influencia Posadas: Merlo, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, Moreno, y La Matanza, y el Jefe de la VII Región Sanitaria³.

Se gestionaron e implementaron doce Entrevistas a Directores/as de Hospitales Provinciales y Municipales de la Zona Oeste, y a la Dirección del Hospital Posadas. En cada caso se desarrolló el instrumento sobre líneas de cuidado priorizadas para Hospitales, número de intervenciones, recursos humanos, y necesidades hospitalarias en infraestructura y recursos humanos⁴. Particularmente en el Hospital Posadas se avanzó en la recopilación y análisis de información sobre patrones de derivación recibidos en las líneas de cuidado priorizadas, a fin de identificar sesgos y tendencias prevalentes.

En cada hospital, se desarrolló el cuestionario de elección múltiple a recursos humanos sobre satisfacción en el trabajo, estructuras de red y necesidades. Asimismo en cada institución se aplicaron encuestas a usuarios sobre satisfacción, estructura de derivaciones, calidad de la atención.

4.- Características Socio-sanitarias de la Provincia de Buenos Aires

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

La Región VII, donde se encuentran los Partidos de Morón, Merlo, Moreno, Tres de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó, General Rodríguez, Marcos Paz, Luján, y Las Heras, constituye la tercera Región de mayor peso poblacional de la provincia, con el 14,4% de sus habitantes; en tanto la Región XII, que incluye solamente al Partido de La Matanza, alberga al 11,4%. Ambas, junto con las Regiones V y VI representan las cuatro áreas sanitarias de mayor participación poblacional, sumando entre ellas el 70% de Buenos Aires.

La Región XII lidera el crecimiento poblacional entre los censos 2001 y 2011, con un 41,5% de incremento, más de tres veces el promedio provincial. Asimismo, estas dos regiones superan holgadamente la densidad poblacional de la provincia y del país: en

³ El cambio de autoridades en la Secretaría de Salud de Morón durante el desarrollo del proyecto impidió concretar la entrevista correspondiente, así como la visita al Hospital Municipal de ese partido.

⁴ Quedaron excluidos del estudio los hospitales Pedro Chutro de Merlo, bajo refacción, y el Hospital Estela de Carlotto, en La Matanza, en proceso de habilitación.

tanto la nación y la provincia de Buenos Aires cuentan con densidades de 10,7 y 51,2 respectivamente, las Regiones bajo estudio cuentan con indicadores de 5394 y 792 personas por kilómetro cuadrado, respectivamente (ver Tabla 4.1)⁵.

Tabla 4.1

Población total, variación intercensal absoluta y relativa, participación en la provincia, superficie y densidad poblacional. Total país, total provincia y regiones sanitarias.

Región sanitaria	Población total		Var. intercensal absoluta	Var. intercensal relativa (%)	Part. en la Provincia (2010)	Superficie km ² (2010)	Densidad de población
	2001	2010					
Total País	36.260.130	40.117.096	3.856.966	10,60	-	3,745,997⁽²⁾	10,7⁽³⁾
Total Provincia	13.827.203	15.625.084	1.797.881	13,00	38,9⁽¹⁾	304.907	51,25
Región sanitaria I	627.507	655.792	28.285	4,51	4,20	79.433	8,26
Región sanitaria II	248.482	262.038	13.556	5,46	1,68	41.277	6,35
Región sanitaria III	243.411	250.726	7.315	3,01	1,60	19.904	12,60
Región sanitaria IV	522.532	560.656	38.124	7,30	3,59	16.950	33,08
Región sanitaria V	2.814.787	3.131.892	317.105	11,27	20,04	4.983	628,55
Región sanitaria VI	3.407.415	3.768.994	361.579	10,61	24,12	1.177	3202,50
Región sanitaria VII	2.044.823	2.253.772	208.949	10,22	14,42	2.844	792,43
Región sanitaria VIII	1.040.139	1.150.290	110.151	10,59	7,36	45.171	25,47
Región sanitaria IX	296.687	311.765	15.078	5,08	2,00	47.638	6,54
Región sanitaria X	304.485	323.224	18.739	6,15	2,07	19.756	16,36
Región sanitaria XI	1.021.647	1.180.119	158.472	15,51	7,55	25.445	46,38
Región sanitaria XII	1.255.288	1.775.816	520.528	41,47	11,37	329	5394,01

Notas:

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

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

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

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

La distribución de establecimientos por Región Sanitaria, y de acuerdo a su dependencia administrativa, se presenta en la Tabla 4.2. Se observa que en 2010, del total de 351 establecimientos provinciales con internación, 276 son municipales, 70 provinciales y solo 5 dependen de la autoridad nacional, refiriendo el marcado esquema descentralizado de la provincia de Buenos Aires, reuniendo entre todos ellos 27.816 camas. Particularmente, en el primer nivel de atención la estructura municipal es casi excluyente, dependiendo de los departamentos 1.803 instituciones, de un total de 1.816.⁶

⁵ Una apertura por departamento de las regiones VII y XII se encuentra disponible en el Anexo.

⁶ Presente en el Anexo se encuentra la desagregación de instituciones para las dos Regiones sanitarias bajo estudio, así como sus respectivos mapas con la distribución de establecimientos hospitalarios.

Tabla 4,2

Infraestructura Sanitaria
Total provincia y regiones sanitarias.

Región sanitaria	Establecimientos con internación cada 100,000 hab.			Establecimientos sin internación cada 10,000 hab.			Camas disponibles cada 1,000 hab.		
	2001	2010	Var. relativa	2001	2010	Var. relativa	2001	2010	Var. relativa
Total Provincia	2,34	2,25	-3,84	1,14	1,16	1,84	1,89	1,78	-5,81
Región sanitaria I	6,53	7,93	21,36	2,02	2,23	10,00	3,31	3,39	2,51
Región sanitaria II	14,09	13,74	-2,46	2,82	3,17	12,44	5,55	5,90	6,32
Región sanitaria III	7,39	9,97	34,84	2,30	2,71	17,89	3,55	4,16	17,08
Región sanitaria IV	3,64	3,75	3,01	2,32	2,39	3,21	2,80	2,66	-5,14
Región sanitaria V	1,07	1,12	4,85	1,03	0,96	-7,03	1,02	1,06	3,17
Región sanitaria VI	0,91	0,72	-21,26	0,95	0,95	-0,11	1,11	1,03	-7,26
Región sanitaria VII	0,98	0,98	-0,20	0,79	0,79	-0,31	2,27	2,18	-4,17
Región sanitaria VIII	3,56	3,39	-4,69	1,22	1,35	10,36	2,08	1,92	-7,53
Región sanitaria IX	8,43	8,66	2,78	2,36	2,95	25,07	4,65	4,75	2,06
Región sanitaria X	7,23	6,50	-10,08	2,46	2,57	4,25	3,23	2,95	-8,58
Región sanitaria XI	3,13	3,39	8,21	1,31	1,25	-5,03	3,91	3,37	-13,82
Región sanitaria XII	1,12	0,34	-69,71	0,45	0,41	-10,71	0,55	0,45	-19,34

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

De la relación entre establecimientos y población residente, es posible establecer una tasa de disponibilidad de establecimientos a nivel del total provincial y por Región Sanitaria. La Tabla 4.2, presentada a continuación, muestra la tasa cada cien mil habitantes y cada diez mil habitantes de los establecimientos con y sin internación, respectivamente, para los períodos 2001 y 2010, y su variación entre períodos. La Tabla se completa con el indicador de camas cada mil habitantes para cada año mencionado. El análisis comparado sugiere la existencia de una importante brecha entre Regiones. En particular, la disponibilidad de infraestructura difiere marcadamente en las áreas más densamente pobladas, en tanto que se evidencia un crecimiento de la oferta que no necesariamente se corresponde con la evolución demográfica, particularmente en lo que refiere al número de camas de internación, que ha caído marginalmente entre períodos. Sin embargo, la inversión en establecimientos sin internación logra superar el aumento de población en nueve de las doce regiones sanitarias.

En términos de las variables de resultado de salud, la tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Buenos Aires se ha visto drásticamente reducida, con la excepción de la IX Región. El promedio provincial pasó del 14,8/oo en 2001 al 11,7/oo en 2010, lo que representa aproximadamente un 21% de disminución. Estas caídas fueron más evidentes en las regiones densamente pobladas, tanto en la VII (disminución del 24%) y la XII (caída del 36,5%), como en las Regiones V, VI, X y XI, con brechas del -23,5%, -18,8%, -17,7% y -20,5%, respectivamente.

De la apertura de estas tasas de mortalidad infantil entre sus componentes neonatal y post-neonatal surgen mejoras significativas en estas últimas, con reducciones superiores al 10%, con sólo dos excepciones (la Región VII, aunque con caída del 7,8%, y el aumento

del 10,5% en la cuarta Región). La disminución de la mortalidad neonatal al nivel provincial es de 18,7%, pasando de 9,1/oo en el 2001 al 7,4/oo en el 2010, evidenciando grandes brechas entre Regiones: el incremento de 15,3% en la Región IX contrasta con la caída del 32,3% en la Región XII. Un resumen de esta información se provee en la Tabla 4.3 a continuación⁷.

Tabla 4.3

Tasa de Mortalidad infantil y componentes. Años 2001, 2011 y variación relativa.
Total país, total provincia y regiones sanitarias.

Región sanitaria	Tasa de Mortalidad Infantil			Tasa de Mortalidad Neonatal			Tasa de Mortalidad Postneonatal		
	2001	2011	Var. relativa	2001	2011	Var. relativa	2001	2011	Var. relativa
Total País	16,30	11,85	-27,30	10,60	7,86	-25,85	5,60	3,99	-28,75
Total Provincia	14,80	11,70	-20,95	9,10	7,40	-18,68	5,70	4,40	-22,81
Región sanitaria I	11,20	10,00	-10,71	7,20	7,10	-1,39	4,00	2,90	-27,50
Región sanitaria II	11,90	11,50	-3,36	7,20	7,37	2,40	4,80	4,14	-13,73
Región sanitaria III	10,80	9,80	-9,26	5,80	5,40	-6,90	5,00	4,40	-12,00
Región sanitaria IV	11,80	10,70	-9,32	8,10	6,50	-19,75	3,80	4,20	10,53
Región sanitaria V	15,30	11,70	-23,53	9,50	7,50	-21,05	5,80	4,30	-25,86
Región sanitaria VI	16,00	13,00	-18,75	9,50	8,20	-13,68	6,50	4,80	-26,15
Región sanitaria VII	15,52	11,80	-23,97	10,53	7,20	-31,62	4,99	4,60	-7,84
Región sanitaria VIII	12,70	10,80	-14,96	7,40	6,40	-13,51	5,30	4,40	-16,98
Región sanitaria IX	11,90	12,60	5,88	7,20	8,30	15,28	4,80	4,30	-10,42
Región sanitaria X	12,40	10,20	-17,74	7,30	6,80	-6,85	5,00	3,40	-32,00
Región sanitaria XI	14,60	11,60	-20,55	8,90	7,30	-17,98	5,80	4,30	-25,86
Región sanitaria XII	15,90	10,10	-36,48	9,30	6,30	-32,26	6,60	3,90	-40,91

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

5. Aspectos Normativos e Institucionales

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

⁷En el Anexo es posible desagregar estos resultados para cada uno de los departamentos integrantes de las Regiones VII y XII.

En su artículo cuarto, la ley establece que las regiones sanitarias deberán desarrollar acciones que lleven al cumplimiento de funciones de recuperación, protección y promoción de la salud, de acuerdo a un criterio unitario siguiendo las normas diseñadas por el Ministerio de Salud Pública, siendo la “estructura ministerial central, un ente normativo, planificador, coordinador, supervisor y evaluador de las prestaciones de salud acercando al terreno y a nivel de región el máximo de ejecutividad, para lograr que las prestaciones integradas de salud, sean realizadas con sentido y ámbito local y regional”.

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

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

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

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

Cada Director Ejecutivo de Red tiene como responsabilidad la planificación, programación y conducción del proceso de gestión del Ente Descentralizado, analizando

y evaluando el cumplimiento de objetivos, metas y acciones programadas, y asistiendo al Ministerio de Salud de la provincia en materia de “planificación estratégica ... proponiendo la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria”, para lo cual cuenta con un Consejo Técnico Asesor, integrado por los Coordinadores de los Programas Especiales.

En su artículo 15 el Decreto 3377/2006 establece que los nuevos EDHIRS son organismos que dependen directamente de la Dirección Provincial de Coordinación de Sistemas Regionales de Salud de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Cada Región Sanitaria cuenta según la norma con un Consejo Sanitario presidido por el Director Ejecutivo del EDHIRS, y se encuentra integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios, por representantes de los Colegios Médicos y otras entidades colegiadas, y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud relacionadas con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud.

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

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

Los municipios, por su parte, establecen sus pautas de contratación y gestión de recursos sanitarios, aunque adhieren a los modos de contratación y compra de las leyes provinciales. Más allá de ello, no se ha identificado normativa específica sobre gestión sanitaria, marco regulatorio y protocolos específicos vinculados con el funcionamiento en red de los establecimientos dependientes de cada jurisdicción.

6.-La Perspectiva de los de Secretarios de Salud

En la medida en que la gestión sanitaria se encuentra desconcentrada a nivel municipal, en el territorio conviven estructuras prestadoras de distintos niveles de complejidad y dependientes de diferentes autoridades administrativas. Más aún, la proximidad

geográfica entre partidos permite que habitantes de una jurisdicción busque atención en la jurisdicción contigua, en instalaciones que dependen de autoridades diferentes, con prioridades y presupuestos no siempre comparables y en algunos casos, con alineamientos políticos distintos. Como se viera en secciones previas, las características demográficas de los partidos de la zona oeste no son en muchos casos comparables, como tampoco lo son sus capacidades de resolución sanitaria, la infraestructura disponible y los indicadores de salud.

Ante este escenario, la coordinación no es moneda corriente, la unidad de criterio y los modos de cooperación no son la resultante de un proceso de priorización y distribución de funciones en un proceso colectivo, sino el producto de acuerdos informales entre trabajadores de la salud que asumen responsabilidades más allá de la norma y con un espacio de resolución administrativa en el ámbito de lo político (Maceira y Palacios, 2012).

La presente sección parte de la premisa que en la gestión municipal descansa la definición y ejecución de los planes de protección sanitaria principalmente de los grupos de menores ingresos. Más allá de la eficacia de los hospitales (provinciales o municipales) para desarrollar las tareas que resultan de sus diferentes niveles de complejidad, la entrada al sistema de cuidado de la salud debiera iniciarse en la gestión territorial. Se procura entonces identificar en los argumentos encontrados en las autoridades sanitarias municipales las líneas de acción prioritarias, los déficits en la conformación de una red de cuidados, y los desafíos para la construcción de un modelo sanitario regional.

El material presentado resume y ordena el producto de las entrevistas con seis de los siete secretarías/os (o subsecretarios/as) de salud municipales, a partir de entrevistas organizadas en función de una guía de preguntas preparadas con antelación. En cada caso se procura sintetizar las principales características de la oferta disponible, los vínculos entre el primer nivel y el segundo, y entre el espacio municipal y el provincial. El objetivo de esta sección no involucra un desarrollo de las estrategias sanitarias de cada municipio, aspecto que excede a este estudio. En todo caso, se espera identificar una serie de elementos comunes y otros específicos surgen como argumentos para el debate, tanto en términos de análisis institucional, sino también como insumos para un plan coordinado de gestión futuro.

Ituzaingó, con 168.000 habitantes, y una cobertura formal del 65%, superior al promedio de la zona oeste, cuenta con nueve centros de salud, seis de ellos polivalentes y tres monovalentes (uno concentrado en la prestación de servicios PAMI). Es el único partido que no registra establecimientos de segundo o tercer nivel instalados en su territorio, con un hospital nivel cuatro en ejecución con fecha de apertura julio/agosto 2014. Reciben usualmente pacientes residentes del partido de Moreno, representando aproximadamente el 40% de los usuarios del centro de mayor capacidad de resolución (“el hospitalito”).

La estructura de derivación se centra en los contactos informales entre profesionales de salud de los diferentes niveles e instituciones, aunque con mayor participación de la

Región Sanitaria VII en la coordinación de referencias programadas. La presencia de un servicio terciarizado de ambulancias con médico a bordo garantiza la referencia, una vez que se confirma la vacante en el hospital receptor.

Al no existir protocolos o corredores formales de derivación, la tarea se basa en el caso-por-caso, con hospitales específicos recibiendo pacientes en función de las especialidades. A modo de ejemplo, el Posadas en primer lugar y el Chutro en su momento son los principales receptores de pacientes en el área materno-infantil, a partir del conocimiento de dos médicos específicos que coordinaban la referencia.

Las crecientes demandas hacia el hospital nacional por parte de los municipios, incrementan las demoras y la búsqueda de espacios alternativos de atención. El Hospital Vicente López y Planes, el Marcos Paz y el de la Vega aparecen como receptores usuales. Del mismo modo, desarrollos en red fueron creados en base a iniciativas individuales y prosperan hasta un punto en que el retiro del líder del proyecto, la falta de presupuesto para actualizar salarios, o la escasez de insumos específicos desmantela la iniciativa. Tal fue el caso de la red de cirugía vascular periférica, afectada por la falta de prótesis primero y por el fallecimiento de su mentor en 2009. Como se verá en las siguientes páginas, este tipo de situaciones son moneda corriente en la zona oeste.

El abastecimiento de insumos no es un inconveniente, como tampoco resulta una limitación operativa la falta de equipamiento, contando con laboratorio de guardia, equipo de rayos, respirador con compresor, oxígeno por tubo. Los principales inconvenientes al interior del partido se verifican en el rubro de recursos humanos. En ocasiones las médicas, mayoría en el plantel profesional, encuentran reparos al trabajo nocturno, situación que se evalúa como en continuo proceso de deterioro en los últimos veinte años. Se considera la posibilidad de incorporar cinco nuevas enfermeras al plantel, cuya formación se ha incentivado mediante la tecnicatura municipal de unos 35 ingresantes anuales, co-coordinada con la provincia.

Hurlingham es un municipio con marcadas brechas a su interior en términos de ingresos y cobertura formal en el sistema sanitario, y el único dentro del grupo bajo estudio cuya administración no se encuentra alineada políticamente con aquella del gobierno provincial. A pesar de ello, y de las diferencias eventuales en modelos de gestión, ello no parece ser un obstáculo en el vínculo con sus pares en otros municipios y con la región sanitaria.

El partido cuenta con un hospital (el San Bernardino de la Serna), con una maternidad de veintidós camas, servicio de neonatología de ocho plazas, centro quirúrgico, y sala de partos, del cual dependen nueve centros de salud propios. El hospital fue ganando en complejidad a la luz de las escasas posibilidades de derivar hacia otras instituciones. Se reconvirtió el sistema de radiología a un sistema digital. También con recursos municipales se modernizó el laboratorio, posibilitando la producción de genéricos, que provee de comprimidos y tabletas al hospital y a los centros de salud del partido. La producción se concentra en comprimidos tales como amoxicilina y otros antibióticos, tabletas vaginales, ibuprofeno, y buscapina, entre otros. El Hospital cuenta asimismo

con una guardia de seis plazas y respirador para infartos y ACVs que no cuentan con espacios de derivación.

En el hospital funciona un centro de referencia y contra-referencia orientado a encauzar la atención de embarazadas y niños entre los centros de salud con el hospital municipal, y desde allí con los Hospitales Posadas y Garrahan (con éste último, asimismo, tienen un convenio específico de donación de placentas, con gran repercusión). A pesar de esta estructura, se verifica la persistencia de sobre-derivación desde el primer nivel. En este caso, las derivaciones tanto intra como entre partidos se llevan a cabo con un servicio de ambulancias propias.

En el 2003 se firmó la creación de un corredor regional perinatal, con escasa capacidad operativa efectiva. Comparativamente, las autoridades sanitarias reconocen que es más sencillo recurrir a la red en casos de accidentes en comparación con un paciente pediátrico quirúrgico o embarazadas de alto riesgo, porque excede a la estructura de atención de la Región, involucrando al ministerio en La Plata, donde se logran identificar plazas en el Hospital de Niños de San Justo o en el Posadas.

De acuerdo a la información recibida, la derivación al Hospital Posadas es relativamente más compleja que a las instituciones con internación de los partidos vecinos. Asimismo, se identifica la existencia de redes o acuerdos institucionales de tratamiento y derivación que no encuentran su correlato en un plan de implementación eficaz. A modo de ejemplo, no se cuenta con un sistema en-línea de camas libres, a pesar de existir un sistema diseñado con anterioridad. En general, las derivaciones recurren a mecanismos informales o a la decisión directa de los pacientes.⁸

Del mismo modo, el sistema no cuenta con contra-referencia adecuada. El Posadas, de acuerdo a la opinión de los entrevistados, no envía la información necesaria y los partes diarios de los procedimientos que realizan. Se declara que no existe la misma relación simétrica con las instituciones de los otros partidos que con las autoridades del Hospital Posadas.

A pesar de ello, se evolucionó en una red que centraliza la lectura de paps en el Posadas. El diseño permite al Hospital Nacional recibir muestras, analizarlas y cargar los resultados en la red (SITAM), permitiendo acceder a los resultados desde una computadora remota.

Los principales desafíos se vinculan, al igual que en Ituzaingó, con la falta de recursos humanos, particularmente pediatras, clínicos y ginecólogos. En los municipios, no se renuevan los cargos, de modo que la jubilación de trabajadores de la salud pone en peligro la sustentabilidad de los servicios. Las autoridades sanitarias consideran que los programas nacionales Sumar y Remediar constituyen un aporte importante, tanto en términos económicos como en la obligación de generar una atención continua bajo el incentivo de mantener el padrón de beneficiarios y continuar cobrando.

⁸ El Colegio Médico (que reúne a Morón, Hurlingham e Ituzaingó) procura avanzar en una formalización de los modos de atención, mediante la aplicación de una Guía de Procedimientos. La misma tiene su origen en la necesidad de instrumentar un fondo de reaseguramiento de reciente implementación.

Moreno es un partido con más de 500.000 habitantes, un 70% de ellos sin cobertura formal, lo que representa una gran presión sobre la capacidad pública de garantizar derechos sanitarios. Frente a ello, el municipio da cuenta de cuarenta centros de salud financiados principalmente por recursos municipales, más allá de los aportes de la provincia -principalmente insumos y becas-, y el Ministerio nacional-mediante los programas Remediar, Sumar y Médicos Comunitarios. Adicionalmente, *Moreno* cuenta con un centro específico de salud mental, uno de enfermedades de transmisión sexual, un vacunatorio y un centro de violencia, todos dentro de la Secretaría de Salud local. A pesar de los diferentes niveles de complejidad identificados entre los CAPs, ninguno se constituye en nodo de la red se estructura como institución intermedia a la fecha. Tienen red de emergencia propia de tres móviles, y existe un estrecho vínculo laboral con el director del hospital del municipio.

El Hospital provincial Luciano y Mariano de la Vega es la institución donde se realizan las derivaciones formales. Cuenta con unas ciento ochenta camas, por lo que aún existe un déficit de infraestructura sanitaria a ser abordado. Si bien existen planillas de referencia y contra-referencia administradas por personal del municipio en instalaciones del mismo hospital de la Vega, no existe un mecanismo único y universal de derivación. En general esta institución logra absorber gran parte de los requerimientos; sin embargo en ocasiones el paciente busca mecanismos propios de cuidado, dirigiéndose por propia decisión a otras instituciones.

Asimismo, y como se indica en otros municipios, el criterio de derivación informal es frecuente. Ello ocurre particularmente con el Hospital Posadas -con quien se refiere una buena historia de trabajo conjunto-, el área de guardias del nuevo Hospital Carlotto, de *Moreno*, y al hospital de General Rodríguez (Vicente López y Planes). Con todos ellos existen acuerdos-marco institucionalizados, pero los modos más usados de referencia son mediante el conocimiento interpersonal.

No existen normas o protocolos que delimiten los servicios que debe prestar cada nivel de atención de acuerdo a su nivel de complejidad, ni modos de derivación. Por ello, los médicos tienen problemas para identificar la oferta de servicios (el menú de opciones) para derivar, y desde el sistema falta capacidad para comunicar a los efectores las pautas a partir de las cuales ellas deben hacerse.

De los diez mil partos al año ocurridos en *Moreno*, aproximadamente 3.500/4.000 tuvieron lugar en el Hospital Luciano y Mariano de la Vega, unos mil nacimientos se realizaron en el Posadas, setecientos en el Hospital de Rodríguez, 1.500 en establecimientos privados, y el resto se distribuyen muy atomizadamente en Capital Federal y el Conurbano.

Administrativamente, todos los municipios adhieren a la ley que rige los procesos de compras, existiendo al decir de los entrevistados, pautas de auditoría por parte del tribunal de cuentas provincial. Se considera que el sistema de compras de insumos es muy lento, no identificándose inconvenientes en la disponibilidad de equipamiento, contando con equipo de rayos, ecógrafos y un laboratorio municipal en proceso de ampliación. Se verifica, sin embargo, mayor necesidad para la realización de estudios complementarios, ya que el partido no cuenta con un segundo nivel propio que pueda absorber tales demandas. Asimismo, se requiere de ampliar la atención de

especialidades, particularmente oftalmología y cardiología. A pesar de ello, el desarrollo del sector privado, tanto en Moreno como en Hurlingham, resulta ser escaso, según las opiniones de los entrevistados.

El elemento crítico, reflejado a lo largo de los municipios, resulta ser el recurso humano. Las autoridades municipales de Moreno indican la gran rotación del personal sufrida durante los últimos años, y la presencia marcada de planta temporaria. Tal rotación alcanzó en el 2013 a cincuenta médicos, lo que representa un tercio del total del plantel en el primer nivel de atención. La búsqueda de personal surge de las residencias en ciudad de Buenos Aires, y fundamentalmente de médicos del Posadas.

Se reconoce que la falta de arraigo requiere mejorar la política de recursos humanos, tanto en el ingreso al sistema como también en los incentivos a la formación y capacitación. Finalmente, el problema de enfermería no es el arraigo, sino la formación, que podría facilitar el cumplimiento de otras responsabilidades, por ejemplo, seguimiento a menores de un año y niños sanos.

Tres de Febrero, con cuatrocientos mil habitantes, 30% de ellos sin cobertura formal, cuenta con catorce centros de salud municipales, tres con concentración materno-infantil, y dos hospitales provinciales. Los fondos destinados al sostenimiento de los recursos humanos provienen mayoritariamente -70%- de las arcas municipales, en tanto que el resto se origina en el presupuesto provincial -programa Atamdos⁹, plan Muñiz, Seguro Público de Salud, becarios provinciales y residentes. El municipio no aplica el plan de médicos comunitarios.

El modelo de atención de Tres de Febrero no ofrece una estructura típica de atención primaria en la zona oeste. Pueden avanzar en temas de segundo nivel como ecografías, mamografías, psiquiatra infanto-juvenil, psicopedagoga, autismo. Asimismo cuenta con infraestructura para realizar análisis clínicos, con tres laboratorios propios en Villa Bosh, Ciudadela, un tercero en la Secretaría de Salud. Los servicios de traslados en ambulancias son subcontratados.

Existen estatutos municipales que definen la instalación y habilitación de establecimientos de salud en el territorio municipal, pero no se han desarrollado protocolos de atención, elemento común en todos los municipios entrevistados. El partido cuenta con áreas programáticas y rutas de geo-referenciamiento, donde el flujo de pacientes se realiza con mayor fluidez con el Hospital Bocalandro que con el Carrillo de Ciudadela.

⁹Los ATAMDOS fueron centros de Atención Ambulatoria y Domiciliaria que se implementaron en entre los años 1988 y 1989, en la provincia de Buenos Aires. Constituían el primer nivel de atención y se integraban al hospital de la zona, al que sólo llegaban las patologías de mayor complejidad. No se esperaba a que el paciente solicitara atención sino que el equipo médico se dirigía casa por casa. La atención era brindada por equipos multidisciplinarios compuestos por un médico, una enfermera, un psicólogo, una trabajadora social, un bioquímico y por un odontólogo cada dos ATAMDOS. Cada equipo de especialistas tenía a su cargo 300 familias, las cuales decidían por medio de asambleas sobre el presupuesto del equipo.

En este sentido, se instrumentan reuniones frecuentes entre las obstétricas de los centros de salud y el Bocalandro, donde se concentra el mayor porcentaje de derivaciones en obstetricia, quedando en un segundo plano el Hospital Carrillo. Debido a ello, muchas pacientes de Ciudadela se dirigen directamente a instituciones de la Capital Federal como los Hospitales Santojanni, Vélez Sarsfield, y Zubizarreta.

El vínculo con el Hospital Posadas, particularmente, no muestra ser conflictivo, aunque con éxito variado de acuerdo a la especialidad a analizarse. A modo de ejemplos, el programa de seguimiento de niños prematuros iniciado con los hospitales Bocalandro y Posadas debió interrumpirse por los costos involucrados de traslado. Sin embargo, los pacientes críticos en infección respiratoria aguda y toxicología se derivan sistemáticamente al Posadas sin demasiados inconvenientes. Por otra parte, el plan de citología propuesto dentro de la red Posadas (concentrar la toma de muestras en el primer nivel y remitirlas al laboratorio del Hospital para su análisis) no prosperó: las 800 citologías mensuales se resuelven en el municipio, mediante los Hospitales provinciales en el partido. En general el espacio de referencia es informal, con escasa contra-referencia asociada con la descalificación del papel desempeñado por los centros de atención primaria.

Paralelamente, el vínculo con otros municipios se resume específicamente a casos puntuales, resueltos a nivel político o inter-personal, no institucionalizado. Ello se refleja en altas tasas de sobre-derivación al Posadas, por sobre el espacio horizontal de la región.

En términos financieros, la compra de insumos no constituye una limitación al sistema de salud, y se realiza mediante un fondo de recursos municipal, con una proporción mínima apoyada con los fondos del plan Nacer/Sumar. En el presupuesto municipal, el área de salud representa la segunda en orden de importancia, reflejándose en la disponibilidad de insumos y la actualización de equipamiento. Adicionalmente, empresas radicadas localmente aportan al sostenimiento de la estrategia de salud pública (Sevel, Johnson y Johnson).

Finalmente, y como resulta recurrente, el desafío más relevante ocurre en el área de recursos humanos. Las remuneraciones resultan escasas, tanto en enfermería como en profesionales médicos, los cuales muestran habitualmente doble empleo público, en centros de primer nivel municipales y hospitales de la provincia, en ocasiones “auto-derivándose” pacientes entre niveles. De este modo, el inconveniente a resolver excede en ocasiones el marco del sistema sanitario, invadiendo el espacio de la política salarial del municipio y las brechas de ingreso entre empleos provinciales, municipales y nacionales en ámbitos altamente sindicalizados. Los déficits más significativos se encuentran en los renglones de recursos humanos y equipamiento de intervenciones prioritarias, tales como oncología infantil y neurología infantil (discapacidades, adicciones, hijos de padres adictos, intoxicaciones, etc.), encontrando muchas de ellas en el Hospital Posadas la única fuente de atención.

Merlo, con unos 520.000 habitantes es probablemente el municipio con mayor capacidad instalada en el área sanitaria en la región VII, y de la zona oeste, junto con La Matanza.

Cuenta con 27 centros de atención primaria, tres SICs, tres hospitales municipales (el Pontevedra, en González Catán, el Chutro en San Antonio de Padua, y el Eva Perón) y el Héroes de Malvinas, de jurisdicción provincial, reflejando la mayor tasa de camas hospitalarias cada mil habitantes de los municipios cercanos al Hospital Posadas. Sin embargo el Hospital Chutro se encuentra en proceso de reacondicionamiento por parte del gobierno provincial, funcionando al momento de realizar este estudio, únicamente un servicio de ambulancias que reorientan la consulta espontánea.

La estructura de operación de los CAPs se organiza mediante la articulación de centros con ocho salas de cabecera, existiendo una guía de pautas que identifica los casos para tratar en cada unidad de cuidado o a ser derivados a los centros de mayor complejidad correspondientes. Estos centros que funcionan como nodos de la red fueron reforzados incorporando particularmente obstétricas y psicólogos.

El sistema de derivaciones se reporta operando de modo deficiente, con esperas extensas para obtener derivación, incluso en casos críticos. Los cuellos de botella se identifican especialmente en las consultas pediátricas de alto riesgo. A partir de ello se planea implementar un esquema de pautas de alarma de embarazadas, reforzar obstétricas y manzanas en salas, facilitando la reorientación de derivaciones, con acento en salud sexual y reproductiva, salud del niño y embarazo adolescente.

La estructura de redes se organiza con eje en el Hospital Héroes de Malvinas, provincial, al cual derivan el Eva Perón y el Chutro, en menor medida. Sin embargo, la caída en el personal en el Héroes lleva a una mayor absorción de riesgo de las instituciones municipales, y a la búsqueda de mecanismos de atención alternativa. Ello incrementa el uso de mecanismos informales de referencia de pacientes, los cuales son asistidos mediante un sistema de emergencias que contrata el municipio, a las que se suman las unidades propias de traslado.

Con el Hospital Posadas se generó un acuerdo en el área materno infantil, mediante el cual se procuraba organizar la distribución de los pacientes de riesgo. Sin embargo, al momento de implementarse no fue posible contar con las camas necesarias y el convenio cayó en desuso. A partir de ello, el único vínculo formal con el Posadas es el que articula el envío de paps tomados en los centros de salud para su lectura, aunque las demoras en la recepción de resultados se han incrementado.

En términos de calidad de atención, las autoridades municipales consultadas consideran que en el Hospital Posadas la calidad de atención es adecuada. Ello lleva -según la percepción del personal entrevistado- a que los pacientes en ocasiones lo usen como primera fuente de atención, o ante la falta de respuesta del Héroes se dirijan sin derivación formal al hospital nacional. El resultado es que las fallas en el funcionamiento de la red hacen que la infraestructura del Posadas se concentre en atender casos de bajo nivel de complejidad, reduciendo las posibilidades de abordar cuadros más complejos.

Habitualmente se incorpora personal “cooperativista” (aquellos cuyas actividades son financiadas por cooperativas, y desarrollan tareas en los centros de atención primaria y en los hospitales). Ello permite aumentar la captación de pacientes, pero las limitaciones de infraestructura atentan contra la oportuna atención. Particularmente, el

cierre por reformas del Hospital Chutro y el Hospital Carlotto aún no habilitado aumentan los requerimientos de cuidado en el Posadas, ante la falta de capacidad del Héroes de absorber todos los casos.

Los déficits más relevantes identificados dentro del partido de Merlo se asocian fundamentalmente con la falta de recursos humanos, y en especial de enfermería hospitalaria, donde se calcula un requerimiento de aproximadamente sesenta trabajadores, fundamentalmente debido al bajo nivel de remuneraciones.

Paralelamente se verifica la escasez de médicas/os en centros de salud alejados, donde los profesionales de la salud prefieren no llegar. Las fallas más críticas ocurren en el área pediátrica y de epidemiología, que permitan establecer un corredor de tratamiento y referencia entre con el Eva Perón, el Posadas y el Hospital Pediátrico Gutiérrez en Ciudad de Buenos Aires.

Coyunturalmente, el incremento de la demanda en los hospitales en operación lleva a una mayor necesidad de insumos en general y de psicofármacos en particular.

La Matanza, con más de 1.700.000 habitantes, es el único partido analizado en este estudio que no pertenece a la Región Sanitaria VII, y constituye por sí solo, una unidad sanitaria individual (Región XII). La escala poblacional y geográfica de este partido lo separa del resto de los espacios políticos discutidos previamente, encontrándose tres regiones a su interior, con realidades muy distintas: un área semi-rural, con el Hospital Equiza como nodo, con sesenta camas; una segunda área central, altamente poblada y pocos efectores públicos, con el Hospital Germani de Laferrere (treinta y cinco camas obstétricas y similar complejidad que el Equiza) como nodo, y una tercera región, de mayor nivel socioeconómico, con una población que masivamente opta por consumir servicios de salud ofrecidos en la Ciudad de Buenos Aires. El Hospital de Niños brinda cobertura pediátrica a toda La Matanza, con ciento cuarenta y cinco camas totales, doce de terapia intensiva infantil y dieciséis de neonatología. . Adicionalmente La Matanza cuenta con un policlínico, operando con sólo seis camas de emergencias. Dentro de este esquema se agregan tres instituciones provinciales: el Hospital Balestrini, en proceso de acondicionamiento, hoy funcionando al 30% de su capacidad, el Simplemente Evita (Hospital 32) con ciento sesenta camas, diez de terapia intensiva, y el Paroissien, en el kilómetro 21, con 350 camas.

La oferta matancera se completa con ocho centros de guardia de veinticuatro horas y cincuenta y dos centros de atención primaria a lo largo de su superficie. Se efectúan talleres comunes mensuales, reuniones entre centros municipales habitualmente, y menos frecuentemente coordinación con hospitales. Más allá de ello, la comunicación informal es la norma.

La articulación de esta infraestructura sanitaria dentro del partido resulta un desafío de coordinación en política sanitaria, tanto hacia su interior como en la relación con el Hospital Nacional Posadas, presentando una mirada más amplia sobre la necesidad de abordar una estrategia de cuidados que contribuya a fortalecer un sistema regional de salud.

Esta estrategia requiere, particularmente en un espacio de la envergadura de La Matanza, de una red de promotores de salud que faciliten la llegada del sistema sanitario a los hogares. Ello se enfrenta con dos elementos comportamentales que hacen al diseño del sistema regional de salud: por un lado, la percepción de los usuarios acerca de la calidad recibida en los centros de atención primaria, y su inclinación en buscar servicios en ámbitos donde cuenten con médicos, tomógrafos y ambulancias, ante cualquier nivel de complejidad en sus demandas.

En segundo lugar, que la red de promotores de salud se inserta en una lógica que va más allá del ámbito sanitario, incursionando en el terreno político, conviviendo el puntero con el agente de salud.

En esta dirección, recientemente se avanzó en una prueba piloto (en conjunto con la provincia de buenos aires) de atención primaria, donde un grupo de veinte promotores concentran su accionar en el Barrio Latinoamérica, con baja cobertura de vacunas. Allí el municipio desarrolló un centro de cuidados -con médico, ginecólogo, obstetra, enfermera, y horario de atención de 8 a 14 horas-, para que tanto la población como los promotores se relacionen con el efector.

En todo caso, las autoridades sanitarias municipales reconocen la necesidad de informatizar historias clínicas para comunicar centros, salas y hospitales, desarrollando inicialmente un mapa municipal de derivación, con menú de turnos, categorización de urgencias, eficaz en el uso de la información. De ser posible avanzar en esta dirección, el desafío político para el municipio consistiría en trabajar un circuito de comunicación y conseguir el equipo de recursos humanos que puedan gestionar esta iniciativa.

Actualmente, esta iniciativa no se cumple, en tanto el control de embarazo no alcanza el número de controles por falta de turnos, llevando a que las usuarias acudan a los servicios fuera del municipio, donde perciben que recibirán cuidado. En 2012, de los 27.000 nacidos vivos sólo 8.500 tuvieron lugar en los hospitales públicos del partido y 1.500 ocurrieron en establecimientos privados de La Matanza.

Se intenta hacer el corredor mantancero, para lo cual se cuenta con doce ambulancias propias y un convenio con una empresa privada que cubre el Camino de Cintura, y la accidentología en la vía pública.

Con el Hospital Posadas, el modelo de referencia es fuertemente informal, con contactos puntuales con jefes de servicios y días específicos en los cuales se reciben pacientes de los centros periféricos. El vínculo con el Hospital Garrahan se encuentra más desarrollado, en base a un convenio formal que involucró años de implementación, y mejor manejo de la estructura de contra-referencia.

Esta informalidad en los modos de referencia y contra-referencia, como se viera también en los otros municipios, no se circunscribe al Hospital Posadas, sino que involucra a los vínculos entre centros y hospitales municipales, y entre éstos últimos y los provinciales radicados en La Matanza.

La provisión de insumos no resulta, en general, ser fuente de conflicto. Tanto la capacidad de compra del municipio como los vínculos -formales e informales- con las autoridades nacionales y provinciales en sus respectivos ministerios, garantiza el interés

y la capacidad de trabajo conjunto. Ello, sin embargo, no se traduce en una planificación conjunta de presupuestos, compras y estructuras de gastos. Particularmente, tanto la provincia como el municipio cuentan con dificultades en la convocatoria a licitaciones, con crecientes llamados declarados vacantes. Ello se acentúa particularmente en épocas de mayor variación de precios en la economía. Ello lleva a la compra de pequeña escala, incluso en medicamentos, lo que lleva a crear un espacio donde la posibilidad de generar ganancias de eficiencia es amplia.

Circunstancialmente, La Matanza cuenta con déficit en el número de camas disponibles. Se espera cerrar esta brecha con la apertura de hospitales en los próximos dos años, que agregarán 450 camas al sistema público. El desafío entonces se concentrará en la contratación de recursos humanos, argumento esgrimido por todas las autoridades sanitarias de la zona oeste.

Los motivos que generan este problema se basan en dos argumentos, de distinto origen. El primero de ellos es la seguridad: médicos que no se muestran interesados en radicar su consulta en centros de salud alejados, inconveniente creciente en los últimos años. En segundo lugar -aunque no en orden de importancia- se encuentra la temática remunerativa que, con los años, agudiza el conflicto gremial y aumenta las demandas salariales, afectando también la organicidad del sistema y el plan de referencia de pacientes. La necesidad de recurrir a recursos humanos locales, comprometidos con el territorio, llevó a la creación de la carrera de medicina en la Universidad de La Matanza. Se espera que los egresados permitan cubrir vacantes en el sistema local, reduciendo las limitaciones asociadas con la ubicación geográfica de los centros de atención y el potencial riesgo en hospitales.

Sin embargo, surge un tema a ser resuelto en acuerdo entre municipios y provincia: redefinir la norma que rige la contratación de recursos humanos, tanto en términos de los fondos existentes como de las estructuras y grillas de remuneración. La redefinición del uso de los recursos de planes nacionales como el Sumar, y el debate sobre la ley de coparticipación provincial deben ser explorados dentro de un plan regional de salud.

Como fuera señalado, algunos trabajadores de la salud manifiestan trabajar en un empleo municipal y otro provincial o nacional en el Hospital Posadas u otras instituciones. Ello incide potencialmente en las horas dedicadas a cada función como también refuerzan los vínculos informales de conocimiento entre trabajadores de la red, facilitando referencias y auto-referencias de un mismo médico entre instituciones.

7.- Estructura de los Hospitales de la Zona Oeste y Líneas de Cuidado Priorizadas

Una vez analizadas las estructuras de los sistemas municipales de salud, se desprenden los siguientes elementos característicos:

- La falta de coordinación entre el primer y el segundo nivel lleva a mecanismos informales de derivación, con poca probabilidad de contra-referencia.
- Los déficits en los registros clínicos dificultan la atención acorde a la necesidad del paciente.

Documentos de Trabajo CEDES 127/2017

- La estructura informal, en ocasiones ineficaz en la asignación de recursos, se replica en el vínculo entre los hospitales de segundo y tercer nivel y el centro de mayor complejidad de la Red -el Hospital Posadas-, en incluso con otros centros de alta complejidad en Ciudad de Buenos Aires y La Plata, principalmente.
- Las secretarías de salud no identifican limitaciones significativas en la provisión de insumos y equipamiento, para lo cual cuentan con suficientes recursos locales, y transferencias de algunos programas nacionales y provinciales.
- La falta de una norma acorde a las necesidades del sistema sanitario marca fuertes barreras institucionales para la contratación y el pago de los recursos humanos. Este déficit de personal se identifica en todos los municipios entrevistados, aunque existen sesgos específicos vinculados con médicos generalistas, ginecólogos y pediatras, principalmente, en los municipios de menores ingresos relativos, argumento que vira hacia la necesidad de recursos de enfermería en los partidos de relativamente mayor ingreso. Problemas de inseguridad en espacios específicos lleva a incrementar el déficit de personal en algunos casos.
- Finalmente, la opinión sobre el Hospital Posadas resulta ambigua. En todos los casos se refieren a la presencia de cuellos de botella en la referencia de pacientes, y en ocasiones se mencionan iniciativas truncas de trabajo conjunto. Sin embargo, la comunicación informal con colegas y compañeros de residencia hace que se generen espacios particulares de coordinación con ciertos servicios específicos del Posadas, abriendo oportunidades de referencia exitosa y cooperación.

El propósito de esta sección es doble. Por un lado, se procura contrastar estos resultados surgidos con los Secretarios de Salud, con los dichos de las autoridades hospitalarias, a fin de identificar elementos y demandas comunes, como también establecer diferencias entre ambas perspectivas.

En segundo lugar, esta sección busca resumir los resultados alcanzados de las encuestas de capacidad resolutive en líneas priorizadas, de acuerdo a un formulario diseñado por el equipo del proyecto en conjunto con la Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales del Ministerio de Salud de la Nación.

Este ejercicio resumió en un formulario las necesidades de información requeridas para identificar capacidad resolutive de cada institución en las áreas prioritarias de oncología, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal, trauma y rehabilitación, embarazo de bajo y alto riesgo, y salud mental.

Las instituciones entrevistadas fueron doce, las cuales representan la gran mayoría de los establecimientos de segundo y tercer nivel del área de influencia del Hospital Posadas, tanto bajo la órbita provincial como municipal. Ellos son:

Partido de Merlo: Hospital Eva Peron y Pontevedra (municipales) y Hospitales Heroes de Malvinas y Paroissien (provincial)

Partido de Moron: Hospital Guemes (provincial)

Partido de Moreno: Hospital Luciano y Mariano de la Vega (municipal)

Partido La Matanza: Hospital Esquiza y Simplemente Evita (provinciales) y Hospital de niños (municipal), Paroissien (provincial)

Partido de Hurlingham: Hospital San Bernardino (municipal)

Partido de Tres de Febrero: Bocalandro y Carrillo (provinciales)

Quedaron fuera del trabajo de campo realizado, los hospitales Chutro de Merlo, en proceso de refacción, el Balestrini de La Matanza y el Estela Carlotto, ambos en construcción, y el Municipal de Morón¹⁰.

Para cada caso, fue posible relevar información sensible en las líneas de cuidado escogidas por su alta carga sanitaria y establecer la capacidad de resolución de cada institución así como la escala de atención al momento de realizar esta investigación. Las Tablas 7.1 a 7.8 resumen los resultados obtenidos.

En términos generales, existen una marcada consistencia entre los dichos de las autoridades municipales y la de los hospitales. En general, los directores consideran que no hay norma legal (integrantes, responsabilidades, roles, etc.) que oriente el funcionamiento de la red de servicios y el sistema de derivaciones, por lo que se depende fuertemente de las voluntades personales de médicos.

Para que funcione la red se considera clave fortalecer la comunicación interna del hospital, generando una plataforma informática on-line con la región sanitaria, provincia y municipio, con un adecuado sistema de información que brinde los insumos necesarios para orientar las derivaciones. Los hospitales deben ofrecer los servicios que están preparados sin sobrecargarse con servicios de menor complejidad.

Asimismo, los directores de hospital en general consideran que los centros de atención primaria en ocasiones suelen solicitar el turno o envían nota al médico tratante. Sin embargo, se evidencian limitaciones en identificar al paciente de alto riesgo, por lo que la referencia no siempre se la considera oportuna, recargando innecesariamente al primer nivel.

Por su parte, los usuarios no entienden el funcionamiento de la red de servicios y desean que se les resuelva el problema de salud. La falta de respuestas en ocasiones en el primer nivel, sumada a la percepción que más allá de los tiempos de espera los hospitales logran resolver la necesidad de cuidado, llevan a los pacientes a saltar instancias de atención y “auto-referirse” a instituciones de mayor nivel. La presencia de medios de locomoción de fácil acceso facilita este proceso y facilita la complejidad de los espacios de referencia.

Particularmente, los hospitales consideran que las regiones sanitarias no suele fiscalizar la disponibilidad de camas en los hospitales con el propósito de ordenar el sistema de derivaciones. Asimismo, las secretarías de salud no se aplican sanciones a centros o

¹⁰ El cambio de autoridades en la Secretaría de Salud al momento de hacer este estudio impidieron poder abordar tanto al responsable municipal del partido como al Hospital dependiente del municipio.

profesionales que no colaboren con el buen funcionamiento de la red de servicios de salud.

Se suma a este escenario que los jefes de emergencias y médicos no ofrecen voluntad para que funcione el sistema de derivaciones. No hay definiciones claras sobre responsabilidades a lo largo de la red. Las derivaciones por la vía formal no suelen funcionar, a diferencia de las informales.

La falta de dirección sobre los espacios de coordinación y las responsabilidades a ser asumidas por cada institución lleva a la desmotivación, la falta de identificación con metas conjuntas y la pérdida de compromiso.

La baja estructura de salarios ofrece el espacio ideal para facilitar el desplazamiento hacia otras actividades complementarias, y la falta de información a lo largo de la red lleva a la ineficacia de la gestión en su conjunto.

De este modo, los comportamientos individuales operan retroalimentando círculos viciosos o virtuosos de acción sanitaria, dependiendo del contexto en el que se desarrollan las tareas. La falta de control del ausentismo, las limitaciones en el flujo de información, la influencia de determinantes sociales en las conductas de los pacientes que exceden -y en ocasiones frustran- el trabajo en territorio, se unen a la informalidad en la toma de decisiones. Se deja en el espacio de lo individual las decisiones que requieren de una acción colectiva.

En cuanto a la capacidad de resolución de los establecimientos de la zona oeste, la información recogida brinda un panorama de amplios contrastes. En algunas líneas de cuidado se verifica un desarrollado esquema de servicios a ser articulados, mientras en otras ocasiones la carencia de espacios de tratamiento es particularmente evidente.

La Tabla 7.1 presenta un resumen sobre la capacidad de diagnóstico y tratamiento de los hospitales provinciales y municipales en las líneas de cuidado establecidas por su alta carga sanitaria. Se procuró ordenar el cuadro de modo que la institución de la izquierda fuera la de mayor capacidad de resolución a partir del auto-reporte, en tanto que la institución de la derecha es la de menor estructura de atención. La brecha entre establecimientos provinciales y municipales en cuanto a capacidad resolutoria resulta clara, aunque no es posible establecer líneas particulares de cuidado no cubiertas, o sistemáticamente desplazadas.

La Tabla 7.2 refleja esta diferencial entre hospitales municipales y provinciales: sólo el efector municipal Eva Perón cuenta con servicios de oncología, patrón común en las instalaciones provinciales. Sin embargo, el cuadro pone de manifiesto las limitaciones en el área de cuidados paliativos, donde sólo el Paroissien, dentro de un grupo de doce instituciones, reporta capacidad de cobertura. Se muestra también la dependencia en la gestión de drogas oncológicas por parte del Ministerio de Salud de la Provincia, y la satisfacción en su abastecimiento en cuatro de siete servicios.

La Tabla 7.3, por su parte, refleja la brecha en la capacidad de atención entre diferentes tipos de cáncer. Los tumores de mama descansan en general en servicios con capacidad de cobertura, mientras que la oferta pública en cáncer de colon es significativamente menor. En el otro extremo, el cáncer de pulmón cuenta con una

Documentos de Trabajo CEDES 127/2017

cobertura particularmente limitada, con cierta capacidad resolutive en el Hospital Luciano y Mariano de la Vega de Moreno.

Tabla 7.1
Resumen Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital

Hospital	Heroes Malv.	Paroissien	Bocalandro	Guemes	De la Vega	Simpl.Evita	Carrillo	Eva Peron	San Bernardino	Equiza	Pontevedra	Niños
Partido	Merlo	La Matanza	Tres de Febrero	Moron	Moreno	La Matanza	Tres de Febrero	Merlo	Hurlingham	La Matanza	Merlo	La Matanza
Referencia Institucional	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal
Problemas de salud asistidos	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.	Diagn. Tratam.
Cáncer de mama	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X	X X		
Cáncer de Pulmón	X X	X X	X X	X X			X X	X X	X			
Cáncer de Colon	X X	X X	X X	X X	X		X X	X X	X	X X		
Enfermedad cerebrovascular y ppales f.riesgo	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X	X X	X			
Problemas prevalentes en salud mental	X X	X X		X X			X	X X	X X		X X	
Embarazo normal	X X	X X	X X		X X	X X	X		X X	X X	X X	
Embarazo de alto riesgo	X X	X X	X X		X X	X X			X X	X X	X X	
Enfermedad renal crónica	X X	X	X X	X X	X	X X	X		X			X X
Trauma y rehabilitación	X X	X X		X X	X X	X X	X	X X	X X			X X

Tabla 7.2

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital: Oncología

Hospital Partido Referencia Institucional	Héroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños			
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza			
	Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal			
Onconología	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no		
Existencia del Servicio en el Hospital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conformación del equipo:																										
- número de oncólogos	0		1		1		5		2		1		2		2			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- número de enfermeras especiales	0		4		0		2		1		0		2		1			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- número de enfermeras generales	0		20		1		0		0		0		0		2			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
- número de psicólogos	6		3		3		0		0		0		0		3			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Existencia de Servicio de Hospital de día para quimioterapia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Servicios de Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Disponibilidad de drogas oncológicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fuente:																										
- Ministerio de Salud Pcia de Buenos Aires	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Ministerio de Salud de la Nación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Ministerio de Desarrollo Social Pcia. De Buenos Aires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Compra directa por parte del Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- Donaciones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Existen dificultades en el abastecimiento de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tabla 7.3

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Cáncer por Tipo

Hospital Partido Referencia Institucional	Heroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños	
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza	
	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal
Cáncer de mama	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Capacidad de tomar Mamografía digital para screening informada por score bi-rads c de personal calificado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de pacientes mamografiadas por año	960				750		300		1.200		1.000		1.394		nd		1.500							
Cantidad de mamógrafos disponibles	1		1		1		2		1		1		1		1		1							
Cantidad de especialistas en diagnósticos x imágenes	1		4		1		2		3		3		2		3		4							
Tomografía de alta resolución para estadificación	1		1		1		1		1		1		-		1		-							
Cantidad de tomógrafos			1		1		2		1		1		1		1		-							
Biopsia del ganglio centinela	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reconstrucción mamaria pos mastectomía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inmunohistoquímica para marcadores tumorales y receptores	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer de colon	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
para screening	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de pacientes estudiados anuales			200		nd		nd		120		nd				nd									
Capacidad para realizar Videocolonoscopia con sedación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cada 10 años en pacientes 50-75 años asintomáticos: Se realiza la	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
En todos los casos de SOMF positivos. Se realiza la práctica en el	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de endoscopistas	1		4		3		4			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2		2			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de torres de endoscopia	1		3		2		1			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	2		2			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
RMN (Resonancia magnética nuclear)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacidad de realizar RMN	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de resonadores		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	1			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Inclusión de marcadores tumorales en diagnostico y seguimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer de pulmón	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Bupropion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cantidad de pacientes anuales bajo programa									360															
Existencia de recurso humano capacitado	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Provee el Hospital del Bupropión?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacidad de realizar Biopsia guiada por TAC (Tomografía axial)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tabla 7.4

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Enfermedades Cerebro vasculares

Hospital Partido Referencia Institucional	Héroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños		
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza		
	Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	
Presencia de Unidad de Stroke (US) que incluya servicio de neurocirugía.																									
Conformación de la US:																									
cantidad de medicos							11					9			1										
cantidad de neurocirujanos															5										
cantidad de neurólogos															3										
cantidad de enfermeras															3										
Realización de procedimientos estandarizados																									
Cantidad de casos de ACV/año	nd						200					nd			90					180					
Qué proporción (en %) de los pacientes reciben trombolisis en caso	nd						nd					nd													
Existencia del Servicio de Hemodinamia en el Hospital																									
Número de casos anuales													3500												
Dispone el Hospital de un "Arco en C"?																									
Dispone el Hospital de abastecimiento adecuado de stents? Fuente:																									
- Ministerio de Salud Pcia de Buenos Aires																									
- Ministerio de Salud de la Nación																									
- Ministerio de Desarrollo Social Pcia. De Buenos Aires																									
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación																									
- Compra directa por parte del Hospital																									
- Donaciones																									
- Otros.																									
Qué proporción (en %) de los pacientes con síndrome coronario													90												
Realiza el Hospital prácticas de neurointensivismo?																									

Tabla 7.4 (cont.)

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Enfermedades Cerebro vasculares (cont.)

Hospital Partido	Heroes Malv. Merlo	Paroissien La Matanza	Bocalandro Tres de Febrero	Guemes Moron	De la Vega Moreno	Simpl.Evita La Matanza	Carrillo Tres de Febrero	Eva Peron Merlo	San Bernardino Hurlingham	Equiza La Matanza	Pontevedra Merlo	Niños La Matanza						
Referencia Institucional	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal						
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO (cont.)																		
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Existencia de Servicio de Cirugía Cardiovascular en el Hospital																		
Número de casos anuales		4						140	10									
Cantidad de cirujanos cardiovasculares					1			3	1									
Existencia de Servicio de Cardiorehabilitación en el Hospital																		
número de kinesiólogos											1							
número de casos anuales											nd							
Tratamiento farmacológico de los factores de riesgo (HTA, DBT,																		
Origen de los medicamentos:																		
- Ministerio de Salud Pcia de Buenos Aires	x		x	x	x	x	x	x	x	x								
- Ministerio de Salud de la Nación				x							x							
- Compra directa por parte del Hospital									x		x							
- Donaciones											x							
- Otros.											producción hospital							
Realización de Trombolisis hospitalaria en el Hospital																		
Qué proporción (en %) de pacientes con eventos con IAM (Infarto			nd	100%	100%	nd	20											
Existencia de Unidad Coronaria en el Hospital																		
Cantidad de casos anuales			nd	240	26		2190											
Cantidad de camas			4	3			6											
Servicio de Rehabilitación																		
Existencia de Unidad de Rehabilitación en el Hospital																		
Cantidad de casos anuales																		
Conformación del equipo:																		
- cantidad de fisiatras			0															
- cantidad de terapeutas ocupacionales			0															
- cantidad de psicólogos			1															
- cantidad de trabajadores sociales			1															
- cantidad de fonoaudiólogos			1															

Tabla 7.5

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Enfermedad Renal Crónica

Hospital	Heroes Malv.	Paroissien	Bocalandro	Guemes	De la Vega	Simpl.Evita	Carrillo	Eva Peron	San Bernardino	Equiza	Pontevedra	Niños
	Merlo	La Matanza	Tres de Febrero	Moron	Moreno	La Matanza	Tres de Febrero	Merlo	Hurlingham	La Matanza	Merlo	La Matanza
Referencia Institucional	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Provincial	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no	si no
Cantidad de casos anuales							1020		640			500
Cantidad de Nefrólogos con que cuenta el Hospital	1	2	1	7		2	1		2			10
Reciben derivación regulada/protocolizada al nefrólogo?												
Características de la derivación:	Por Clinica Medica											no esta regulado
Existenci de Unidades de Hemodiálisis crónicas en el Hospital												
Cantidad de casos anuales			0	240			89					30
Cantidad de puestos / asientos		3	3	8			27					4
Es el Hospital una institución donante de órganos?												

Tabla 7.6

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Rehabilitación (*)

Hospital Partido Referencia Institucional	Héroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños		
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza		
	Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		
REHABILITACION	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	
<i>Guardia hospitalaria</i>																									
Presencia de Emergentólogo en el Hospital																									
Cantidad de casos anuales	20.000		40.000				60.000		150.000		950				324.000		189.349				20.000				36.000
% de casos de trauma severa o politraumatismo	13%		10%				30%		12%		nd		20%		2%		1%				1%				7%
Existencia de Shock Room en el Hospital																									
cantidad de casos anuales	nd		200				720		1.200		nd		750		8.000		712		720		1.000				350
Presencia de personal capacitado en ATLS (<i>advanced trauma life</i>)																									
<i>Unidad de terapia intensiva</i>																									
Existencia de Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital																									
Cantidad de casos anuales	360		520				500		8		650		nd		4.844										210
cantidad de camas	8		15				12				14		8		13										12
<i>Servicio de Rehabilitación</i>																									
Existencia de Servicio de Rehabilitación en el Hospital																									
cantidad de casos anuales	930		nd				nd										23.683								nd
Cantidad de camas específicas paa rehabilitación																									
Existencia de Gimnasio en el Hospital																									

(*) Esta línea de cuidado involucra la continuidad de la atención desde el trauma a la rehabilitación.

Tabla 7.7

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Embarazo Normal y de Alto Riesgo

Hospital Partido Referencia Institucional	Héroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños			
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza			
	Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal			
EMBARAZO NORMAL Y DE ALTO RIESGO																										
si no																										
Embarazo Normal																										
Cuenta el Hospital con Maternidad?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de Camas Obstétricas	40		45		30				60		20		25				22		27		26				nd	
Número de Camas Neonatológicas	30		20		nd				26		13		nd				8		12		9				16	
Cantida de Obstetras	13		21		18				16		18		12				21		14		16				nd	
Cantidad de Obstétricas	14		14		14				19		16		7				3		19		20				nd	
Servicio de embarazo y parto de alto riesgo																										
Cuenta el Hospital con Terapia Intensiva Neonatal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
número de partos anuales de alto riesgo	4000		300		150				1600		1000		120				1500		450		195				sd	
Cantidad de Incubadoras	12		16		12				12		10		10				8		8		4				16	
Conformación del equipo:																										
- número de médicos neonatólogos	9		30		5				13		12		7				8		6		7				15	
- número de enfermeras	36		50		nd				42		25		26				12		7		6				20	
Qué proporción de sus partos son de alto riesgo?	20%		15%		25%				40%		40%		10%				40%		30%		12%					
Guía de aborto no punible																										
¿Utilizan alguna guía?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
cuál?	Ministerio de Salud- Provincia/Nación																									
Controles pre natales																										
Realización de la práctica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
% de controles realizado a embarazos de alto riesgo	20%		15%		20%				12		145		12%				20%		23%		5/6 %					
Cantidad de ecógrafos	2		4		2				2		5		2				3		3		1					
Laboratorio																										
Realización de la Práctica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tabla 7.8

Líneas de Cuidado Prevalente, por Hospital. Salud Mental

Hospital Partido Referencia Institucional	Héroes Malv.		Paroissien		Bocalandro		Guemes		De la Vega		Simpl.Evita		Carrillo		Eva Peron		San Bernardino		Equiza		Pontevedra		Niños	
	Merlo		La Matanza		Tres de Febrero		Moron		Moreno		La Matanza		Tres de Febrero		Merlo		Hurlingham		La Matanza		Merlo		La Matanza	
	Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Provincial		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal		Municipal	
SALUD MENTAL																								
si no																								
<i>Camas para internación abreviada en salud mental</i>																								
Cuenta el Hospital con este servicio?																								
Cantidad																								
<i>Servicio de psicología</i>																								
Existencia del servicio																								
Cantidad																								
<i>Servicio de psiquiatría</i>																								
Existencia del servicio																								
Cantidad																								
<i>Servicio de salud mental integrado (psicología – psiquiatría – trabajo social)</i>																								
Existencia del servicio																								
Cantidad																								
<i>Capacitación para resolver cuadros agudos en servicio de emergencia</i>																								
Existencia del servicio																								
Cantidad																								

Por su parte, la Tabla 7.4 evidencia los requerimientos de equipos e infraestructura en la resolución de temáticas cardiovasculares. Con la excepción del Hospital Carrillo de Tres de Febrero, y en menor medida el Hospital Héroes de Malvinas y el Hospital Güemes de Morón, la dotación existente es especialmente pobre.

La única excepción está dada por la disponibilidad de drogas para el tratamiento farmacológico, disponible en todos los hospitales provinciales con excepción del Hospital Paroissien, y parte de los municipales.

La capacidad instalada de abordaje en Enfermedades renales crónicas se resume en la Tabla 7.5. Sólo cuatro unidades de hemodiálisis se identificaron en la zona oeste del conurbano, donde la mayor participación la capitaliza el Hospital Carrillo, con un servicio privado subcontratado al interior del hospital y 27 sillones de tratamiento.

La Tabla 7.6 muestra la falta de información y recursos existentes en el área de traumatología y rehabilitación. Sólo cinco servicios reportan contar con infraestructura sobre el particular, pero llamativamente ningún hospital declara contar con camas específicas para su tratamiento.

A diferencia de la línea cardiovascular, la atención del parto (Tabla 7.7) pone en evidencia la gran prioridad de este servicio en los hospitales públicos de la zona oeste. Sólo dos de los doce servicios no cuenta con infraestructura propia (el Güemes de Morón y el Eva Perón de Merlo).

Finalmente, la Tabla 7.8 refiere a la estructura de servicios de salud mental. Se muestra que diez de los doce hospitales cuentan con servicios de psicología, y en ocho casos se accede a servicios de psiquiatría. En contraste, la calidad de la información sobre producción es limitada,

8.- La visión del personal de los servicios de salud

En las secciones previas se han presentado las características de la gestión municipal de la salud y las capacidades de la estructura hospitalaria desde la visión de los Secretarios de Salud de la zona oeste, y los Directores de las instituciones localizadas en ella.

A fin de brindar un planteo comprehensivo de las posibilidades de acción de la red desde las capacidades actuales, se recurrió a la opinión de los trabajadores de la salud de estas instituciones y de sus usuarios. En esta sección se introducen los principales resultados para el caso de los recursos humanos, dejando para el acápite siguiente la perspectiva de los pacientes.

Como fuera mencionado, la información que se vuelca en esta sección corresponde a las respuestas recibidas mediante un cuestionario auto-administrado de opción múltiple y carácter voluntario confidencial, distribuido desde la dirección del hospital a los servicios.

De las doce instituciones incluidas en este estudio, se recabaron 309 encuestas, 161 originadas en los seis hospitales provinciales y el resto -148 opiniones-, en las otras seis instituciones municipales.

Del total, un tercio (100 encuestas) fueron respondidas por enfermeras¹¹, en tanto que 94 formularios fueron contestados por médicos de sala y de guardia. Completan la muestra unas 31 opiniones de licenciado/as en enfermería, 41 residentes y los restantes 43 cuestionarios fueron recibidos de otros trabajadores de la salud.

Para el total de la muestra, 30,42% son médicas/os, 32,36% son enfermeras/os, 13,27% residentes, 10,03% enfermeras/os con título profesional y 13,92% se agrupan en el rubro de otros trabajadores de la salud. Estos valores, separando las instituciones entre provinciales y municipales resultan similares al global aunque con un leve sesgo hacia la enfermería y en contra de los médicos de sala. Para una información más detallada, se anexa la apertura por institución.

Con la excepción el Hospital Simplemente Evita, el sesgo femenino del personal hospitalario es marcado, con un promedio de hombres del 29% en el total de la muestra, y un 36% específicamente en los municipales. La edad promedio de los respondentes fue de 42 años, similar entre instituciones, con baja dispersión entre ellas.

La encuesta auto-administrada revela asimismo que más de la mitad de los trabajadores de la salud desarrollan tareas fuera del hospital y que las mismas involucran un promedio de 25 horas semanales, con un mínimo de 21 en el Hospital Güemes de Morón y un máximo en el Eva Perón de Merlo, con 31.

Considerando que el reporte de horas trabajadas en el hospital es de 37 horas semanales, se infiere que el trabajador promedio insume 62 horas de empleo, de las cuales un 40% las ejerce fuera del hospital (Tabla A3 del Anexo).

Las encuestas procuran capturar los niveles de satisfacción del personal con respecto a una serie de rubros tradicionales en la operatoria hospitalaria, tales como la provisión de insumos, la presencia de equipamiento y su mantenimiento, y la disponibilidad de recursos humanos en la institución.

En cada caso, las opciones ofrecidas para elegir era las categorías de “siempre”, “frecuentemente”, “a veces”, y “nunca”, donde la primera refleja total satisfacción del trabajador sanitario con la disponibilidad del recurso preguntado.

En general, las encuestas reflejan un escaso nivel de satisfacción en todos los rubros considerados. A pesar que la respuesta más votada es sistemáticamente “a veces”, con algunas excepciones, el peso porcentual de esta opción en términos absolutos y relativamente con las alternativas disponibles varían significativamente entre hospitales. A continuación se presentan algunos de los resultados alcanzados.

La Tabla 8.1 refleja los resultados ante la pregunta de satisfacción con el equipamiento. Puede observarse que la respuesta “a veces” recibe el 46,6% de las elecciones, con diferencias entre el promedio de los hospitales provinciales y el promedio de los municipales de un 9% a favor de la satisfacción de los primeros. Sin embargo, las brechas entre instituciones son amplias.

¹¹ Corresponden a las enfermeras profesionales que tienen tecnicatura (estudio terciario).

El 71,43% de los trabajadores del hospital de Hurlingham muestran su pobre satisfacción con este rubro, seguido por el Hospital Malvinas de Merlo (61,29%) y el Hospital de Moreno (60,61%).

En el extremo opuesto se ubican dos instituciones municipales, el Eva Perón de Merlo y el Equiza de La Matanza, aunque por razones opuestas. En el primer caso muestran una amplia satisfacción con el equipamiento (la excepción en las percepciones de este cuadro, con el 52,38%), en tanto que en La Matanza ello sucede debido a que la opción más votada es la falta total de equipos, con el 39,13%.

Agregando resultados, los hospitales provinciales reflejan un nivel de satisfacción muy bajo, con una relación entre respuestas positivas (siempre y frecuentemente) contra respuestas negativas (a veces y nunca) de 24,57% a 75,44%. Estas proporciones son relativamente menos críticas en los hospitales municipales, con una relación de 45,13% a 54,87% a favor de las opciones “a veces” y “nunca”.

Tabla 8.1

Satisfacción del personal de servicios con el equipamiento del hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	3.23	9.68	61.29	25.81	100
Paroissien (LM)	13.64	13.64	40.91	31.82	100
Bocalandro (TF)	21.74	8.7	47.83	21.74	100
Güemes (Mo.)	20.83	25	41.67	12.5	100
S. Evita (LM)	14.81	25.93	44.44	14.81	100
De la Vega (Mo.)	3.03	3.03	60.61	33.33	100
Carrillo (TF)	4.35	4.35	47.83	43.48	100
Promedio Htales. Provinciales	11.66	12.90	49.23	26.21	100
Eva Perón (Me.)	52.38	23.81	19.05	4.76	100
B. De Siena (H)	19.05	9.52	71.43	0	100
Pontevedra (Me.)	17.24	37.93	41.38	3.45	100
Del Niño (LM)	23.53	11.76	41.18	23.53	100
Equiza (LM)	17.39	13.04	30.43	39.13	100
Promedio Htales. Municipales	25.92	19.21	40.69	14.17	100
Total	16.33	15.65	46.6	21.43	100

Tabla 8.2

Satisfacción del personal de servicios con el mantenimiento del equipamiento del hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	3.23	6.45	51.61	38.71	100
Paroissien (LM)	4.35	0	39.13	56.52	100
Bocalandro (TF)	13.04	8.7	60.87	17.39	100
Güemes (Mo.)	12.5	29.17	41.67	16.67	100
S. Evita (LM)	12	20	44	24	100
De la Vega (Mo.)	2.94	2.94	50	44.12	100
Carrillo (TF)	0	0	26.09	73.91	100
Promedio Htales. Provinciales	6.87	9.61	44.77	38.76	100
Eva Perón (Me.)	25	15	45	15	100
B. De Siena (H)	9.52	14.29	57.14	19.05	100
Pontevedra (Me.)	10	33.33	53.33	3.33	100
Del Niño (LM)	21.05	0	31.58	47.37	100
Equiza (LM)	17.39	4.35	39.13	39.13	100
Promedio Htales. Municipales	16.59	13.39	45.24	24.78	100
Total	10.14	11.49	45.61	32.77	100

Similares resultados se verifican al consultar sobre el mantenimiento del equipo. En todos los casos, las respuestas más frecuentes son “a veces” y “nunca”, y el promedio para el total de las instituciones, es de 45,61% en la respuesta “a veces”, equiparable al 46,6% de la disponibilidad de equipos. En este caso, cuatro hospitales revelan opiniones extremas negativas.

Ellos son el Paroissien de La Matanza, con un 56,52% de su personal opinando que el mantenimiento nunca se realiza. Valores algo inferiores se observan en el hospital del niño de La Matanza 47,37% de las respuestas negativas.

El Hospital Carrillo de Ciudadela, finalmente, es la institución con mayor peso de las opiniones negativas, con un 73,91% de las opiniones reflejando que nunca se lleva a cabo el mantenimiento de sus equipos, en tanto que el 26,09% considera que el mismo se realiza “a veces”. Ninguno de los recursos humanos encuestados considera que el control del equipo ocurre siempre o frecuentemente.

A fin de identificar sesgos por tipo de recurso humano, la Tabla 8.3 muestra las mismas respuestas que la Tabla anterior, pero abiertas por profesión. Los/as médicas/os residentes y las/os enfermeras/as son los grupos más críticos, aunque con dispersiones relativamente poco significativas entre tipos de trabajadores.

Tabla 8.3

Satisfacción con el mantenimiento del equipamiento del hospital. Valores expresados en porcentajes por tipo de personal

Función	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
Médico/a de Sala	11.43	8.57	37.14	42.86	100
Médico/a de Guardia	10.71	8.93	44.64	35.71	100
Médico/a Residente	0	17.5	47.5	35	100
Licenciado/a en Enfermería	10.34	13.79	41.38	34.48	100
Enfermero/a sin título	13.79	11.49	52.87	21.84	100
Otro Personal de la Salud	11.11	11.11	36.11	41.67	100
Total	10.25	11.66	45.23	32.86	100

Estas opiniones no necesariamente coinciden con aquellas expresadas por algunas de las autoridades hospitalarias y secretarios/as de salud de los municipios entrevistados. Ello refleja la necesidad de recabar mayor información sobre las necesidades y desafíos de las instituciones hospitalarias al momento de articular un plan de inversiones en el conjunto de la red. Si bien estas respuestas no resultan diferentes de las opiniones recabadas en otros estudios de redes (ver Maceira y Palacios, 2012, y Maceira, Palacios y Urrutia, 2013), en el caso particular de este estudio se identifica que en cada instancia de la estructura de una red amplia como la estudiada, el nivel de satisfacción es bajo.

En la medida que en cada una de las instituciones se encuentran opiniones alineadas en torno a la calidad de resolución de su equipamiento, los procesos de referencia entre ellos y al Hospital Posadas (y a otras instituciones de Buenos Aires y La Plata) se profundizan en cantidad, atentando contra la calidad del conjunto.

Las dos Tablas siguientes abundan en la caracterización de los hospitales a la luz de las opiniones de sus trabajadores. La Tabla 8.4 presenta los juicios de los recursos humanos sobre la disponibilidad de insumos, en tanto que la Tabla 8.5 hace lo propio en el área de recursos humanos.

Como se observa, y salvo excepciones, las visiones no alteran significativamente lo observado en el caso de los medicamentos, con promedios por tipo de opinión similares entre sí. A modo de ejemplo, 44,78% y 25,93% son los valores que reflejan los promedios de las opiniones “a veces” y “nunca”, respectivamente.

Las opiniones favorables en el cuadro de insumos resulta marginalmente más optimista que en el de equipamientos, y se destacan las opciones en promedio positivas de los Hospitales Eva Perón (con un 57% de respuestas positivas) y el de Hurlingham (con un 38,1% de respuestas que muestran la alta frecuencia de la disponibilidad de materiales de trabajo).

Tabla 8.4

Satisfacción del personal de servicios con la disponibilidad de insumos en el hospital.
Valores expresados en porcentaje del personal respondente.

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	6.45	16.13	48.39	29.03	100
Paroissien (LM)	0	0	30.43	69.57	100
Bocalandro (TF)	17.39	8.7	56.52	17.39	100
Güemes (Mo.)	8.33	25	58.33	8.33	100
S. Evita (LM)	7.69	0	69.23	23.08	100
De la Vega (Mo.)	6.06	3.03	54.55	36.36	100
Carrillo (TF)	0	8.33	29.17	62.5	100
Promedio Htales. Provinciales	6.56	8.74	49.52	35.18	100
Eva Perón (Me.)	57.14	28.57	14.29	0	100
B. De Siena (H)	28.57	38.1	28.57	4.76	100
Pontevedra (Me.)	10	33.33	46.67	10	100
Del Niño (LM)	22.22	22.22	38.89	16.67	100
Equiza (LM)	17.39	8.7	47.83	26.09	100
Promedio Htales. Municipales	27.06	26.18	35.25	11.50	100
Total	13.8	15.49	44.78	25.93	100

El extremo opuesto es planteado en esta oportunidad en el Paroissien y en el Carrillo, donde las respuestas más frecuentes son las de nula disponibilidad de insumos, que concita el 69,57% y el 62,5% de las opiniones, respectivamente.

Importante notar en este particular que la dotación de insumos (a diferencia de equipamiento e incluso recursos humanos), descansa en decisiones, prioridades y presupuestos de distintas jurisdicciones. Ello posibilita una mayor dispersión en las opiniones recibidas, y facilita el incremento de la brecha de atención entre grupos poblacionales y municipios.

Por otra parte, la satisfacción con respecto a la dotación de recursos humanos muestra un patrón relativamente más homogéneo. A pesar de ello, tres hospitales refieren a la nula disponibilidad como la situación prevalente en su institución: el Paroissien y el Carrillo, al que se suma el Equiza de La Matanza.

Sólo cuatro de los doce hospitales identifican opiniones positivas mayores al 20%: Eva Perón, Pontevedra (ambos municipales), Simplemente Evita y Bocalandro (provinciales).

Tabla 8.5

Satisfacción del personal con la disponibilidad de RRHH en el hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	3.23	3.23	58.06	35.48	100
Paroissien (LM)	0	4.35	30.43	65.22	100
Bocalandro (TF)	8.7	17.39	56.52	17.39	100
S. Evita (LM)	11.54	19.23	50	19.23	100
Carrillo (TF)	0	4.17	33.33	62.5	100
Promedio Htales. Provinciales	4.69	9.67	45.67	39.96	100
Eva Perón (Me.)	23.81	23.81	33.33	19.05	100
B. De Siena (H)	0	20	55	25	100
Pontevedra (Me.)	13.79	24.14	55.17	6.9	100
Del Niño (LM)	10.53	5.26	52.63	31.58	100
Equiza (LM)	0	8.7	39.13	52.17	100
Promedio Htales. Municipales	9.63	16.38	47.05	26.94	100
Total	7.11	12.97	46.86	33.05	100

9.- La visión de los usuarios de la red

El estudio propició el desarrollo de encuestas de usuarios en las guardias hospitalarias y en las salas de espera de los servicios priorizados en los doce hospitales analizados. Ello dio lugar a la obtención de 296 entrevistas, de las cuales 197 se realizaron en instalaciones de establecimientos provinciales (un 66.55%) y las restantes 99 en hospitales municipales. Salvo en el Hospital Bocalandro, donde el número de encuestas no superó la veintena, en el resto de las instituciones provinciales se alcanzó un piso de treinta entrevistas. El promedio de encuestas municipales es relativamente menor, en el entorno de las 25 unidades.

El porcentaje de mujeres asistentes a las guardias y consultorios hospitalarios es mayoritario y cercano al 80%, con una edad promedio de 35 años. El nivel educativo (interpretado no como años de educación, si no como máximo grado alcanzado) es, en promedio, de 4, lo cual equivale a secundaria incompleta, en tanto que la presencia de cobertura es baja, cercana al 23% de los encuestados. Sin embargo, se observan diferencias, con extremos en los hospitales Güemes (39%) y el Equiza (6%). Para un detalle de esta información, se adjuntan en el Anexo las Tablas A6 y A7.

A diferencia de las respuestas recibidas en el ámbito de los trabajadores de la salud, los usuarios de los hospitales muestran niveles de aceptación particularmente elevados. La Tabla 9.1 resume para el total de las instituciones, la capacidad de cada una de ellas de atender y satisfacer las necesidades de sus pacientes.

Los valores hallados sorprenden por su efectividad, y en ocasiones entran en contradicción con los resultados expuestos previamente. El hospital de Pontevedra y Carrillo muestran una satisfacción del 100%, seguidos por el Héroes de Malvinas (95%), el Simplemente Evita (91%), Güemes (90,62%), Paroissien (90%) reflejan niveles de aceptación (muy satisfechos o satisfechos) por sobre el 90% de los/as entrevistados/as. Asimismo, los hospitales Eva Perón, San Bernardino, Bocalandro, y del Niño evidencian porcentajes similares (89,47%, 87,5%, 78,57% y 76,92%, respectivamente).

Sólo dos hospitales muestran niveles de satisfacción menores. Ellos son el de la Vega y el Equiza, con 38,46% y 43,75% de la muestra, considerando sus servicios poco satisfactorios o muy insatisfactorios.

Tabla 9.1

Nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con el servicio recibido en general en el hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Muy insatisfecho	Total
H. Malvinas (Me.)	0	95	5	0	100
Paroissien (LM)	10	80	10	0	100
Bocalandro (TF)	28.57	50	14.29	7.14	100
Güemes (Mo.)	25	65.62	9.38	0	100
S. Evita (LM)	4.55	86.36	9.09	0	100
De la Vega (Mo.)	7.69	53.85	23.08	15.38	100
Carrillo (TF)	20	80	0	0	100
Promedio Htales. Provinciales	13.69	72.98	10.12	3.22	100
Eva Perón (Me.)	15.79	73.68	5.26	5.26	100
B. De Siena (H)	0	87.5	12.5	0	100
Pontevedra (Me.)	0	100	0	0	100
Del Niño (LM)	0	76.92	23.08	0	100
Equiza (LM)	12.5	43.75	37.5	6.25	100
Promedio Htales. Municipales	5.66	76.37	15.67	2.30	100
Total	11.58	73.16	12.63	2.63	100

Las tres tablas siguientes proponen analizar estos niveles de satisfacción por algunos de los componentes de la consulta: insumos, equipamiento y tiempos de espera. A pesar de la buena calificación del servicio en general, los pacientes de los hospitales Paroissien y Pontevedra muestran críticas a la provisión de insumos (Tabla 9.2), en tanto que en los hospitales de Equiza, Pontevedra y Carrillo las fallas de equipamiento alcanzan el 50% de insatisfacción (Tabla 9.3).

Tabla 9.2

Nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con la dotación de insumos en el hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Muy insatisfecho	Total
H. Malvinas (Me.)	0	78.57	21.43	0	100
Paroissien (LM)	0	47.83	47.83	4.35	100
Bocalandro (TF)	61.54	30.77	7.69	0	100
Güemes (Mo.)	5.56	83.33	5.56	5.56	100
S. Evita (LM)	4.35	73.91	21.74	0	100
De la Vega (Mo.)	15.79	68.42	5.26	10.53	100
Carrillo (TF)	0	60	40	0	100
Promedio Htales. Provinciales	12.46	63.26	21.36	2.92	100
Eva Perón (Me.)	8.33	83.33	8.33	0	100
B. De Siena (H)	0	64.71	35.29	0	100
Pontevedra (Me.)	0	53.33	46.67	0	100
Del Niño (LM)	0	60	40	0	100
Equiza (LM)	8.33	50	41.67	0	100
Promedio Htales. Municipales	3.33	62.27	34.39	0	100
Total	8.52	63.64	25.57	2.27	100

Tabla 9.3

Nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con el equipamiento del hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Muy insatisfecho	Total
H. Malvinas (Me.)	6.67	73.33	20	0	100
Paroissien (LM)	3.85	61.54	30.77	3.85	100
Bocalandro (TF)	38.46	61.54	0	0	100
Güemes (Mo.)	4.17	87.5	8.33	0	100
S. Evita (LM)	4.35	65.22	26.09	4.35	100
De la Vega (Mo.)	15	60	25	0	100
Carrillo (TF)	14.29	42.86	42.86	0	100
Promedio Htales. Provinciales	12.40	64.57	21.86	1.17	100
Eva Perón (Me.)	15.38	69.23	15.38	0	100
B. De Siena (H)	0	60	35	5	100
Pontevedra (Me.)	0	50	50	0	100
Del Niño (LM)	0	50	50	0	100
Equiza (LM)	0	41.67	58.33	0	100
Promedio Htales. Municipales	3.08	54.18	41.74	1	100
Total	7.61	62.94	27.92	1.52	100

Finalmente, la mayor fuente de insatisfacción resulta hallarse en los tiempos de espera en la atención de la guardia y el consultorio externo, al punto que en ocho de los doce hospitales ningún paciente mostró encontrarse muy satisfecho. Los niveles de aceptación en la Tabla 9.4 se desplazan del área de “satisfacción” a la de “poco satisfacción” en una relación porcentual total de 43,97% a 36,19%, con pocas diferencias entre instituciones municipales y provinciales.

Sin embargo, el análisis por institución refleja hospitales con mejor tratamiento de la espera que otros, destacándose el Hospital del Niño de La Matanza (57,14% de satisfacción), seguidos por el Héroes de Malvinas, Eva Perón, Pontevedra y Güemes, por sobre el 45% de opiniones positivas. En el extremo opuesto se vuelven a encontrar el Equiza y el de la Vega (25% y 30,77% de los pacientes bajo la categoría de “muy insatisfecho”), seguido por el hospital de Hurlingham y el Simplemente Evita, con porcentajes en torno del 22-23%.

Tabla 9.4

Nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con el tiempo de espera en el hospital. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Muy insatisfecho	Total
H. Malvinas (Me.)	0	47.83	43.48	8.7	100
Paroissien (LM)	3.23	38.71	48.39	9.68	100
Bocalandro (TF)	6.25	37.5	31.25	25	100
Güemes (Mo.)	12.5	46.88	28.12	12.5	100
S. Evita (LM)	3.23	25.81	48.39	22.58	100
De la Vega (Mo.)	0	15.38	53.85	30.77	100
Carrillo (TF)	0	36.36	45.45	18.18	100
Promedio Htales. Provinciales	3.60	35.50	42.70	18.20	100
Eva Perón (Me.)	0	47.37	47.37	5.26	100
B. De Siena (H)	0	23.81	52.38	23.81	100
Pontevedra (Me.)	0	47.06	35.29	17.65	100
Del Niño (LM)	0	57.14	35.71	7.14	100
Equiza (LM)	0	18.75	56.25	25	100
Promedio Htales. Municipales	0	38.83	45.40	15.77	100
Total	2.72	36.19	43.97	17.12	100

De las conversaciones con los pacientes en las salas de espera, se lograron extraer enseñanzas adicionales para el análisis. Dentro de los pacientes que ingresan por primera vez al hospital, los comentarios fueron particularmente negativos, en contraposición a quienes ya habían realizado visitas previas, quienes tenían una valoración positiva del cuidado recibido en términos generales.

Quizás esta diferencia se asocia con la percepción del tiempo de espera como única información sobre la calidad de la atención en los pacientes primerizos, aspecto que se completa con una asistencia eficaz en aquellos que no concurrían por primera vez.

Dentro de este segundo grupo, los pacientes diferenciaban claramente dos sectores del personal del hospital: personal médico y personal administrativo. De los primeros, tanto los nuevos pacientes como los ya "frecuentes", marcaban buena predisposición en detrimento de los segundos.

En relación al los dos espacios donde el equipo de trabajo abordó las entrevistas (guardia y consultorios privados), las reacciones de los pacientes eran por lo general contrapuestas. En guardia la inexistencia de turnos daba usualmente lugar a una mayor demora en la atención, desprendiéndose diferentes reacciones. En algunos casos, al identificar al equipo de investigación del proyecto como parte del Ministerio de Salud de la Nación, se esbozaban fuertes críticas en torno a la demora, contestando la encuesta como vehículo para volcar su malestar. Más allá de ello, la buena predisposición de los usuarios a contestar y a participar de la encuesta fue la reacción más usual.

Finalmente, los usuarios entrevistados no cuentan con conocimiento sobre los centros de salud cercanos a su casa, y aquellos que los conocen, expresan haber encontrado que los mismos no resolvían sus necesidades. En general, la población usuaria en gran parte de las entrevistas realizadas considera que los hospitales "resuelven sus problemas" en tanto en los centros de salud "los despachan" porque no cuentan con personal y los insumos necesarios. A partir de ello, los pacientes prefieren esperar horas en el hospital para ser atendidos, confiados en que recibirán el trato adecuado.

El funcionamiento de la red requiere entonces, no sólo avanzar en el desarrollo de un segundo nivel que contenga la derivación, sino también un primer nivel cuyos CAPs construyan una relación más cercana con el paciente. La siguiente sección propone avanzar en la caracterización de este vínculo, a partir de las percepciones de los trabajadores hospitalarios y los usuarios de estas instituciones.

10.- Derivaciones intra-red.

Como puede observarse en la Tabla 10.1, y para el total de los usuarios entrevistados, la mayoría (55%) de ellos/as acude a la institución de referencia como primera fuente de atención, y 22,58% llega derivado de otra institución de segundo nivel.

Tabla 10.1

Lugar donde el usuario encuestado buscó originalmente ayuda (en % de respuestas válidas).

Hospital	Centro de salud	Este establecim.	Clinica privada	Otro hospital	Farmacia	Agente de salud	Otro	Total
H. Malvinas (Me.)	19.35	54.84	0	25.81	0	0	0	100
Paroissien (LM)	23.08	38.46	7.69	30.77	0	0	0	100
Bocalandro (TF)	18.18	72.73	0	9.09	0	0	0	100
Güemes (Mo.)	0	81.48	7.41	11.11	0	0	0	100
S. Evita (LM)	17.39	47.83	4.35	26.09	0	0	4.35	100
De la Vega (Mo.)	33.33	33.33	4.76	28.57	0	0	0	100
Carrillo (TF)	28.57	42.86	0	28.57	0	0	0	100
Promedio Htales. Provinciales	19.99	53.08	3.46	22.86	0	0	0.62	100
Eva Perón (Me.)	14.29	50	7.14	28.57	0	0	0	100
B. De Siena (H)	13.33	66.67	0	20	0	0	0	100
Pontevedra (Me.)	35.71	57.14	0	7.14	0	0	0	100
Del Niño (LM)	15.38	61.54	0	23.08	0	0	0	100
Equiza (LM)	6.67	60	6.67	26.67	0	0	0	100
Promedio Htales. Municipales	17.08	59.07	2.76	21.09	0	0	0	100
Total	17.97	55.3	3.69	22.58	0	0	0.46	100

Sólo el 18% de los/as pacientes refiere que su primera fuente de asistencia fue un centro de salud, y ninguno declara haber estado en contacto con un agente sanitario. Este porcentaje resulta relativamente uniforme entre instituciones, con algunas excepciones: el Hospital Pontevedra, el de la Vega y el Carrillo, todos ellos con un porcentaje de derivación cercano al treinta por ciento.

Consultados sobre los motivos de la no-consulta al centro de salud como primera instancia de cuidado, el 16% de las/os entrevistados/as declaran un factor de distancia, aunque estos valores están fuertemente influidos por el 60% manifestado por los pacientes del Carrillo, y en menor medida de los asistentes al Equiza y el San Bernardino de Siena, en Hurlingham, ambos cercanos al 35%.

Un 12% solamente acude al argumento de falta de recursos humanos y en el entorno del 6% de los respondentes se ubican los comentarios sobre falta de insumos, mala atención u horario limitado. Llamativamente el argumento "otros" recibe el 56% de las respuestas válidas. Al indagar sobre el motivo específico, las respuestas giran en el entorno de tres argumentos principales: uno de ellos, la falta de especialistas, lleva a considerar la necesidad de dotar a los centros de mayor capacidad resolutoria. Sin embargo, los otros dos ejes están vinculados con factores comportamentales: la "costumbre" y la "falta de confianza" en el primer nivel.

Tabla 10.2

Motivo por el cual el usuario encuestado no acudió en primera instancia al CAPS (en % de respuestas válidas).

Hospital	Queda lejos	No tiene insumos	El médico no está	Horario limitado	Mala atención	Suelen cobrar	Otro	Total
H. Malvinas (Me.)	22.58	3.23	9.68	9.68	3.23	0	51.61	100
Paroissien (LM)	5	10	10	15	10	0	50	100
Bocalandro (TF)	0	0	0	0	27.27	0	72.73	100
Güemes (Mo.)	3.85	11.54	7.69	3.85	3.85	0	69.23	100
S. Evita (LM)	19.05	4.76	4.76	0	4.76	0	66.67	100
Del Valle Vega (Mo.)	15.38	0	23.08	15.38	0	0	46.15	100
Carrillo (TF)	60	0	0	0	20	0	20	100
Promedio Htales. Provinciales	17.98	4.22	7.89	6.27	9.87	0	53.77	100
Eva Perón (Me.)	0	8.33	8.33	0	8.33	0	75	100
B. De Siena (H)	37.5	12.5	6.25	6.25	6.25	0	31.25	100
Pontevedra (Me.)	9.09	0	27.27	0	9.09	0	54.55	100
Del Niño (LM)	15.38	0	23.08	0	0	0	61.54	100
Equiza (LM)	35.71	7.14	7.14	0	0	0	50	100
Promedio Htales. Municipales	19.54	5.59	14.41	1.25	4.73	0	54.47	100
Total	16.58	5.7	10.36	5.18	6.22	0	55.96	100

Desde la percepción de los trabajadores de la salud que desarrollan tareas en el ámbito hospitalario, por su parte, el argumento de la falta de trato adecuado en el primer nivel recibe buena recepción. De acuerdo a los resultados resumidos en la Tabla 10.3, más del 78% de las opiniones de los trabajadores de la salud consideran que los derivados de un centro de salud nunca, o con poca frecuencia, cuentan con historias clínicas completas al momento de ser recibidos en el hospital.

Sólo los hospitales Equiza de La Matanza y el Pontevedra de Merlo refieren que frecuentemente o siempre más del 30% de las derivaciones de centros de primer nivel cuentan con la información adecuada.

Tabla 10.3

Derivados de CAPS que llegan al hospital con historia clínica completa(en % de respuestas válidas del personal hospitalario).

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	5.26	15.79	57.89	21.05	100
Paroissien (LM)	0	13.33	40	46.67	100
Bocalandro (TF)	5.56	22.22	27.78	44.44	100
Güemes (Mo.)	0	14.29	50	35.71	100
S. Vita (LM)	5	5	25	65	100
De la Vega (Mo.)	0	7.41	44.44	48.15	100
Carrillo (TF)	8.7	8.7	39.13	43.48	100
Promedio Htales. Provinciales	3.50	12.39	40.61	43.50	100
Eva Perón (Me.)	0	20	33.33	46.67	100
B. De Siena (H)	11.11	11.11	50	27.78	100
Pontevedra (Me.)	33.33	12.5	37.5	16.67	100
Del Niño (LM)	11.11	11.11	50	27.78	100
Equiza (LM)	0	36.36	31.82	31.82	100
Promedio Htales. Municipales	11.11	18.22	40.53	30.14	100
Total	7.3	14.59	40.34	37.77	100

Esta tradicional falla de funcionamiento de una red sanitaria se complementa con la falta de comunicación formal entre instituciones al momento de efectuar una referencia. Según la Tabla 10.4 el 38,36% de los trabajadores de la salud considera que es poco frecuente la comunicación formal previa, en tanto que un 34,05% refiere a la misma como inexistente.

Más allá de las diferencias entre instituciones, la información vertida en estos cuadros sustenta la necesidad de avanzar en un debate estratégico acerca de cómo refundar las redes de atención, empoderando los prestadores del primer nivel y garantizando la retroalimentación entre los eslabones de la red.

Coincidente con estos resultados, la presencia de protocolos o guías clínicas compartidas entre hospitales muestran ser inexistentes en el 57% de las opiniones recibidas, e infrecuentes en un complementario 31%. Sólo menos del doce por ciento de los/as encuestadas/os consideran que estos instrumentos necesarios para el planeamiento de un modelo en red existen en la práctica.

Estos resultados reproducen aquellos hallados en otros estudios de redes en Argentina, y que indican la importancia de las estructuras informales y de los mecanismos individuales entre médicos de distintas instituciones como los ejes a partir de los cuales se vinculan las instituciones sanitarias. La misma pregunta realizada con respecto a los centros de atención primaria encuentra respuestas similares, no sólo en dirección sino en intensidad.

Tabla 10.4

Existencia de comunicación formal previa entre el CAPS derivador y el Hospital (en % de respuestas válidas del personal hospitalario).

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	10.53	31.58	42.11	15.79	100
Paroissien (LM)	20	20	20	40	100
Bocalandro (TF)	11.11	22.22	27.78	38.89	100
Güemes (Mo.)	0	7.14	64.29	28.57	100
S. Evita (LM)	10	25	35	30	100
De la Vega (Mo.)	3.7	3.7	33.33	59.26	100
Carrillo (TF)	4.35	8.7	30.43	56.52	100
Promedio Htales. Provinciales	8.53	16.91	36.13	38.43	100
Eva Perón (Me.)	0	13.33	46.67	40	100
B. De Siena (H)	11.11	22.22	33.33	33.33	100
Pontevedra (Me.)	24	16	44	16	100
Del Niño (LM)	11.76	11.76	47.06	29.41	100
Equiza (LM)	4.76	38.1	42.86	14.29	100
Promedio Htales. Municipales	10.33	20.28	42.78	26.61	100
Total	9.48	18.1	38.36	34.05	100

Tabla 10.5

Presencia de protocolos o guías de práctica clínica compartidas entre hospitales para el seguimiento de casos derivados entre instituciones (en % de respuestas válidas del personal hospitalario).

Hospital	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
H. Malvinas (Me.)	0	11.11	33.33	55.56	100
Paroissien (LM)	6.25	0	25	68.75	100
Bocalandro (TF)	4.76	14.29	19.05	61.9	100
Güemes (Mo.)	0	6.67	20	73.33	100
S. Evita (LM)	4.17	8.33	37.5	50	100
De la Vega (Mo.)	3.7	7.41	29.63	59.26	100
Carrillo (TF)	0	4.35	39.13	56.52	100
Promedio Htales. Provinciales	2.70	7.45	29.09	60.76	100
Eva Perón (Me.)	0	6.25	18.75	75	100
B. De Siena (H)	0	15	45	40	100
Pontevedra (Me.)	15	25	40	20	100
Del Niño (LM)	0	5.56	44.44	50	100
Equiza (LM)	0	0	11.11	88.89	100
Promedio Htales. Municipales	3	10.36	31.86	54.78	100
Total	2.86	8.98	31.02	57.14	100

Como corolario de esta sección, y aportando datos específicos desde la mirada de los recursos humanos involucrados en los doce hospitales que forman parte de la red, la Tabla 10.6 inquiriere sobre la importancia de la voluntad individual para llevar a cabo exitosamente una derivación de alto riesgo. El 34,36% de los encuestados aduce estar muy de acuerdo con este planteo, en tanto que 44,02% del total está de acuerdo con esta aseveración. Sólo el 5,41% se muestra muy en desacuerdo.

Tabla 10.6

"Que los antecedentes clínicos completos de un paciente de riesgo derivado lleguen correctamente al hospital depende en gran medida de la voluntad individual del personal de los centros de salud que de cuestiones institucionales". Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	Total
H. Malvinas (Me.)	34.62	38.46	19.23	7.69	100
Paroissien (LM)	33.33	52.38	9.52	4.76	100
Bocalandro (TF)	19.05	66.67	14.29	0	100
Güemes (Mo.)	33.33	33.33	16.67	16.67	100
S. Evita (LM)	39.13	34.78	26.09	0	100
De la Vega (Mo.)	42.86	42.86	14.29	0	100
Carrillo (TF)	45.83	29.17	20.83	4.17	100
Promedio Htales. Provinciales	35.45	42.52	17.27	4.76	100
Eva Perón (Me.)	29.41	52.94	17.65	0	100
B. De Siena (H)	55	10	20	15	100
Pontevedra (Me.)	30.77	53.85	11.54	3.85	100
Del Niño (LM)	33.33	55.56	5.56	5.56	100
Equiza (LM)	13.04	56.52	17.39	13.04	100
Promedio Htales. Municipales	32.31	45.77	14.43	7.49	100
Total	34.36	44.02	16.22	5.41	100

11.- Hospital Posadas: La Mirada desde el centro de mayor complejidad de la Red

A lo largo del presente trabajo se ha podido identificar la estructura de la red del oeste del conurbano bonaerense. Se revisó la disponibilidad de sus hospitales provinciales y municipales de intervenir en la atención de problemas de salud prioritarios, y cómo desde las Secretarías de Salud municipales y las Regiones provinciales se intenta articular el funcionamiento de tales estructuras, y coordinar sus tareas con los centros de salud dependientes de los municipios.

A lo largo del trabajo se identificaron cuellos de botella y las necesidades de otorgar mayor capacidad resolutoria a algunos hospitales en base a los requerimientos de la población a cargo.

Sin embargo, los desafíos de construir una red de atención se enfrenta con rigideces institucionales y normativas, separación de tareas y funciones entre los municipios y las provincias, y una historia evolutiva que ha logrado establecer pautas comportamentales, reglas no escritas y mecanismos de absorción y transferencia de riesgos sanitarios y financieros entre sus diferentes eslabones.

Estos riesgos, sumados a las pérdidas de eficiencia originadas en las propias fallas de red, motivan la propuesta de organizar un diseño funcional que abarque desde los prestadores de primer nivel hasta el hospital de mayor complejidad de la zona de influencia en el Oeste del Gran Buenos Aires: el Hospital Nacional Posadas.

Más allá de las capacidades formales identificadas en cada hospital, la información provista en las últimas tres secciones, presenta una marcada insatisfacción del recurso humano hospitalario con el equipamiento y su mantenimiento, como también en lo referido a la dotación de recursos humanos y la disponibilidad de insumos para su operatoria. Esta perspectiva no resulta ser compartida por los usuarios, que si bien presentan quejas y demandas de cambio, muestran una relativamente alta satisfacción con respecto a la prestación de servicios. El factor de conflicto no es generalmente la calidad percibida de la prestación, sino los tiempos de espera para ser atendidos/as.

Estas demoras son, en gran medida, originadas en las propias conductas que llevan a los pacientes a acudir al hospital en vez de iniciar su incursión en el campo sanitario a través de sus centros de salud de referencia. Guardias saturadas, falta de historias clínicas, ausencia de protocolos, informalidad en las derivaciones, llevan a una estructura de toma de decisiones basada en la urgencia, en vez de organizarse en un esquema prestacional donde cada institución tiene un papel a desempeñar en el conjunto.

Este espacio de debate entre primer y segundo nivel llega al Hospital Posadas, y se traduce en demandas a ser cubiertas, falta de coordinación e insatisfacción de prestadores y en ciertas ocasiones, usuarios. Las redes informales cobran vigor en el contacto entre médicos del Hospital Posadas y colegas, compañeros de residencia, etc., que permiten estar presentes al momento de resolver necesidades de salud.

De las entrevistas en el campo surge la pregunta acerca de cuál es la capacidad del Hospital Posadas de operar como nodo de tan vasta red de instituciones, y cómo identificar si es un generador de tensiones adicionales o, por el contrario, un espacio de absorción de riesgos.

A fin de responder esta pregunta, se propone un ejercicio que permita identificar el nivel de complejidad desarrollado en los servicios del Posadas, y en cuánto logra cumplir con las pautas a ser seguidas por los nodos de la red sanitaria: dar respuesta a la alta complejidad, descansando en que el primer y el segundo nivel absorban los casos de mediano y bajo riesgo.

Las autoridades del Hospital Posadas brindaron información para el 2012 asociada con el número de egresos por tipo de evento, y por lugar de residencia del/la paciente. A partir de ello, y en combinación con otros datos originados en el Censo Nacional del 2011, y fuentes accesorias, se procuró capturar los determinantes de la consulta/egreso en el Hospital.

La Tabla 11.1 permite establecer los motivos de egreso que ocupan la atención del Hospital Posadas. Se observa que Obstetricia, Pediatría y Clínica Médica se ubican en los primeros tres puestos, con participaciones de 25,31%, 18,07% y 17,93%, respectivamente. En suma, estos grupos de atención, generalmente asociados al cuidado de bajo riesgo, dan cuenta del 61,31% del total de los egresos de la institución.

Adicionalmente, se decidió asociar las categorías de egresos con el bajo y mediano riesgo, por un lado, y separarlas de aquellas que podrían ser vinculadas con el alto riesgo, por otro. En la medida que la información disponible identificaba el servicio del cual surgía cada egreso, se optó como criterio de corte el riesgo esperado en cada uno de ellos. Los resultados hallados fueron contrastados con opiniones de profesionales que desarrollar tareas en el hospital, que avalaron la relación alto/bajo riesgo obtenido.

Dentro del grupo de alto riesgo se encuentran las categorías recién nacidos con cuidados especiales, terapia intensiva neonatal y cualquier otro tipo de terapia intensiva, la hematología oncológica pediátrica, las unidades coronarias y neurocirugías, y las emergencias. La categoría cirugía fue distribuida entre ambos grupos de riesgo, siendo el 92% de estos egresos asignados a bajo y mediano riesgo, y el 8% restante a alto riesgo.

Tabla 11.1

Egresos atendidos en el hospital según el área de servicio. Año 2012.

Servicio		Pacientes	Participación porcentual
Obstetricia		4.932	25,31
Pediatría		3.520	18,07
Clínica Médica		3.494	17,93
Cuidados Especiales del Recién Nacido	*	1.676	8,6
Cirugía		1.632	8,38
Terapia Intensiva Neonatal	*	654	3,36
Ginecología		645	3,31
Hematología Onco-Pediátrica	*	474	2,43
Traumatología		342	1,76
Urología		285	1,46
Unidad Coronaria	*	285	1,46
Neurocirugía	*	275	1,41
Hospital de Día - Pediatría		268	1,38
Emergencia Adultos	*	210	1,08
Rec. Cardiológico Pediátrico.	*	173	0,89
Aislamiento	*	167	0,86
Terapia Intermedia Adultos		141	0,72
Terapia Intensiva Adultos	*	137	0,7
Terapia Intermedia Pediátrica		64	0,33
Terapia Intensiva Pediátrica	*	64	0,33
Feto muerto	*	42	0,22
Emergencia Pediátrica	*	5	0,03
Total		19.485	100

Nota: asumiendo "*" como intervenciones de alto riesgo, la razón bajo/alto riesgo internado en el Hospital Posadas es aproximadamente 74,44/25,56.

La suma total de las patologías de alto riesgo suma el 25,56% de los casi 19.500 egresos tratados, lo cual no necesariamente refleja el perfil de una institución de alto riesgo.

En tanto el Posadas no constituye un hospital cerrado, es viable encontrar niveles de riesgo que no alcanzan el perfil de alta complejidad de la institución. Aunque el 25,56% hallado no resulta particularmente alto, se procuró identificar a los pacientes por su área de residencia, y separarlos entre bajo/mediano y alto riesgo en función del criterio planteado más arriba. Esa información fue contrastada con la dotación de camas hospitalarias en el sector público de cada municipio, las cuales fueron expresadas cada mil habitantes de cada localidad.

La hipótesis que se procura testear es que el nivel de egresos tratados (ya sean ellos derivados o de consulta espontánea) en el Hospital Posadas están "mediados" por la capacidad de resolución de cada municipio. En la medida que la infraestructura en la zona de residencia es más amplia, debiera reducir la cobertura del Posadas en los caso de mediano y bajo riesgo, absorbiéndolos. Caso contrario, los pacientes saltean al prestador de primer nivel y de nivel intermedio, o son derivados al Posadas, transfiriendo el riesgo al paciente y a la institución de mayor complejidad de la red.

Tabla 11.2

Egresos atendidos en el Hospital según el partido de procedencia y el nivel de riesgo asociado. Año 2012.							
Partido	Bajo y med. riesgo ⁽¹⁾⁽²⁾		Alto riesgo ⁽²⁾⁽³⁾		Total		Camas cada mil habitantes
	N	%	N	%	N	%	
Región Sanitaria VII	10,602	76.53	3,251	23.47	13,853	100	
Morón	2,386	77.44	695	22.56	3,081	100	2.5
Merlo	2,291	75.11	759	24.89	3,050	100	0.94
Moreno	2,192	74.81	738	25.19	2,930	100	0.42
Hurlingham	1,457	79.66	372	20.34	1,829	100	0.23
Ituzaingó	1,223	76.84	369	23.16	1,591	100	0
Tres de Febrero	833	78.24	232	21.76	1,064	100	0.7
Marcos Paz	148	78.88	40	21.12	187	100	2.03
Gral. Rodríguez	46	67.65	22	32.35	68	100	9.54
Luján	18	51.43	17	48.57	35	100	0.02
Gral. Las Heras	10	52.78	9	47.22	18	100	4.7
Región Sanitaria XII	2,519	73.00	932	27.00	3,450	100	
La Matanza	2,519	73.00	932	27.00	3,450	100	0.45
Resto de Prov. Bs. As.	1,188	66.75	592	33.25	1,779	100	
Resto del país	197	49.25	203	50.75	400	100	
Países limítrofes	2	66.67	1	33.33	3	100	
Total	14,507	74.45	4,978	25.55	19,485	100	

Coefficiente de correlación Camas/1000 hab. % Pacientes con bajo/mediano riesgo = 0,2808

Notas:

⁽¹⁾ Son consideradas de bajo y mediano riesgo las prestaciones brindadas por los siguientes servicios: Clínica Médica, Ginecología, Gtal. Día, Ped., Obstetricia, Pediatría, Terap. Interm. Ad., Terap. Interm. Ped., Traumatología, Urología.

⁽²⁾ Son consideradas de alto riesgo las prestaciones brindadas por los siguientes servicios: Aislamiento, Emergencia Adultos, Emergencia Ped., Feto muerto, Hemato. Onco. Ped., Neurocirugía, R. N. Cuid. Espec., Rec. Card. Ped., Terap. Int. Ad., Terap. Int. Neo., Terap. Int. Ped., Unidad Coronaria.

⁽³⁾ Las prestaciones brindadas por el Servicio de Cirugía fueron distribuidas entre ambos grupos de riesgo, siendo el 2% de estos egresos asignados a bajo y mediano riesgo, y el 18% restante a alto riesgo.

La Tabla 11.2 resume los resultados de este ejercicio. Para cada partido de la región VII y la región XII se muestran, en valores absolutos y en porcentajes sobre el total de cada localidad, la cantidad de pacientes que egresaron del Posadas en el 2012. La última columna contrasta estos valores con el indicador de camas hospitalarias públicas cada mil habitantes.

Claramente, la dotación de infraestructura pública entre municipios es particularmente desigual. Los extremos se encuentran en General Rodríguez, con 9,54 camas cada mil habitantes, e Ituzaingó, sin efectores públicos residentes en su territorio.

Se evidencia que, salvo en los casos de Luján y Las Heras donde la relación alto/bajo riesgo tratado es similar (y en menor medida, General Rodríguez), el patrón predominante es 77% bajo/mediano riesgo y 23% alto riesgo. Estos departamentos son los relativamente más alejados del Hospital.

A partir de estos datos se obtuvo un coeficiente de correlación entre el porcentaje de egresos de bajo/mediano riesgo y el índice de camas/000 habitantes. Ambos indicadores logran neutralizar la influencia de la escala poblacional en el resultado. Se espera que el coeficiente cuente con un signo negativo, en tanto mayor cantidad de camas/000 habitantes debería generar menor uso del Hospital Posadas en casos de bajo/mediano riesgo.

El coeficiente efectivamente tiene el signo esperado, pero refleja una baja correlación (-0,2808), lo que brinda un indicio que las instituciones locales, tanto provinciales como municipales no “filtran” la consulta en los niveles de menor complejidad de la red, ya sea porque sobre-derivan pacientes al Posadas o, posiblemente, porque los pacientes saltan los niveles de atención previos.

Si la capacidad resolutoria teórica no encuentra correlación significativa con la absorción de pacientes de bajo riesgo por parte del Hospital Posadas, una explicación posible es que tal proporción se encuentre asociada con la escala poblacional, o con la distancia entre el Hospital Posadas y el lugar de residencia del paciente. La Tabla 11.3 propone avanzar en esa dirección.

La Tabla refleja, para cada partido, el número de pacientes recibidos por el Hospital Posadas, la participación porcentual sobre el total de pacientes de la institución, y contrasta esta información con tres indicadores, dos de ellos vinculados con población (escala de residentes en cada municipio, y pacientes en el Posadas cada mil habitantes de cada municipio), mientras que el último mide la distancia en kilómetros entre el Hospital Posadas y la cabecera de cada partido¹².

Tabla 11.3

Egresos atendidos en el Hospital según el partido de procedencia. Año 2012.

Partido	Pacientes	Participación porcentual	Pacientes/mil habitantes	Población municipal (1)	Distancia en km (2)
Región Sanitaria VII	13,854	71.10	6.15		
Morón	3,081	15.81	9.59	21,109	0.0
Merlo	3,051	15.66	5.77	28,494	11.5
Moreno	2,930	15.04	6.48	52,505	18.7
Hurlingham	1,829	9.39	10.09	81,241	7.2
Ituzaingo	1,591	8.16	9.48	67,824	6.4
Tres de Febrero	1,064	5.46	3.13	40,071	11.5
Marcos Paz	187	0.96	3.45	4,181	30.6
Gral Rodríguez	68	0.35	0.78	7,185	38.2
Luján	35	0.18	0.33	106,273	50.8
Gral Las Heras	18	0.09	1.21	4,889	49.4
Región Sanitaria XII	3,450	17.71	1.94		
La Matanza	3,450	17.71	1.94	775,816	18.0
Coefficiente de Correlación: (población Municipio-%pacientes del Municipio)					+0,68
Coefficiente de Correlación: (población Municipio-pacientes del Municipio)					-0,10
Coefficiente de Correlación: (distancia en Km-%pacientes del Municipio)					+0,75
Coefficiente de Correlación: (distancia en Km-pacientes del Municipio)					-0,74

Fuentes: Información provista por el Hospital Posadas (1) Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 2010 (2) Google maps: www.google.com.ar/maps

¹²Idealmente se debiera considerar el domicilio de residencia del/a paciente.

El coeficiente de correlación entre el porcentaje de pacientes del municipio egresados del Hospital Posadas y la población municipal es positiva y con valor +0,68, lo que refleja el vínculo entre escala poblacional y peso del partido en la atención de la cabecera de red.

Complementariamente, el coeficiente de correlación entre el porcentaje de egresos del municipio y la distancia entre el municipio y el Hospital Posadas muestra ser positivo y significativo, con valor de +0,75.

Si bien se requiere de esfuerzos adicionales en el análisis de cada situación en particular, la información brindada ofrece un relato consistente con los resultados de las encuestas a usuarios y a personales de los hospitales, que refieren a una transferencia de riesgos aguas arriba en la cadena prestacional, del centro de salud al hospital de segundo nivel y de allí -o directamente desde el paciente- hacia el centro de mayor complejidad de la red. Ello constituye una asignación socialmente ineficiente de los recursos en salud, en tanto deja capacidad ociosa en niveles de menor complejidad y saturación en los de mayor estructura resolutive, incluso a expensas de los pacientes de mayor riesgo.

13.- Conclusiones

De manera preliminar, se presentan a continuación una serie de referencias con el objeto de enmarcar las conclusiones que se desarrollan posteriormente.

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

- (i) Contar con una estrategia, definida en la planificación de la red,
- (ii) Establecer una estructura, que implica por un lado tener una población y un territorio definido a cargo, y por otro contar con un sistema de atención integral basado en la 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.

Complementariamente, y desde el lado de la oferta, la derivación temprana desde un centro de atención primaria puede vincularse con dos grandes grupos de situaciones: (i) fallas en el mecanismo de derivación, recayendo en la calidad de la consulta, asociada principalmente con el recurso humano residente en el CAPs, o (ii) limitaciones en los recursos físicos, equipamiento o insumos disponibles en el primer nivel, que obligan a trasladar “aguas arriba” la consulta hacia el hospital de referencia.

Bajo una mirada de red de servicios, no es viable evaluar el desempeño a partir de la posibilidad de transferir o absorber riesgos en la cadena de servicios porque el “producto” o resultado esperado es común. En la medida que la red no sea observada como tal por aquellos involucrados en la gestión cotidiana de la misma, se tiende al establecimiento de estructuras compartimentadas entre espacios de acción al interior de

dicha red, lo que concluye en la definición de esquemas de transferencia y absorción de riesgos financieros y sanitarios entre los eslabones de la cadena de cuidados, afectando la eficiencia de los servicios.

En el trabajo se seleccionaron una serie de líneas de cuidado priorizadas por su alta carga sanitaria, sobre las cuales se definieron prestaciones que son puntos de apalancamientos que permitieron avanzar en la definición de las capacidades hospitalarias para lograr su satisfacción.

A partir de la información recogida por este estudio, la estructura de hospitales y centros de atención de la zona oeste del conurbano, en general, no muestra un comportamiento de red:

- No existen protocolos y reglas de referencia,
- Raramente se identifican estructuras de contra-referencia,
- Falta articular mecanismos sistemáticos de información,
- Falta de planificación en formación, rotación y definición de carrera sanitaria entre los recursos humanos de la red,
- La descentralización y pluri-pertenencia institucional de las instituciones de la red aumentan los desafíos de coordinación,
- Inexistencia de organismos intermedios de planificación y organización de los recursos de la red.

Ello se evidencia en falta de planes estratégicos conjuntos, programas de inversión coordinados, y normativas homogéneas.

Los Secretarios de Salud, salvo excepciones, cuentan con baja capacidad de operación en la contratación y retención de recursos humanos: bajas remuneraciones y zonas alejadas atentan contra la estructuración de planteles estables y el presentismo, como fuera señalado por los directores de hospitales municipales. Ello limita la capacidad del primer nivel de retener pacientes, que abandonan los CAPs y algunos hospitales municipales como fuente primaria de atención. Como consecuencia, las instituciones de menor nivel de complejidad no logran capturar toda la necesidad de su nivel de atención, lo que genera directamente (sobrerderivación) o indirectamente (el paciente saltea el CAPs y centros intermedios) una transferencia de riesgos. Paralelamente, la capacidad instalada en CAPs y hospitales no parece una limitante, contando incluso en ocasiones con capacidad ociosa, no mostrandoprincipalmente demandas de equipamiento e insumos¹³.

Los Secretarios de Salud y autoridades regionales solicitan mayor coordinación con el Hospital Posadas en términos de agenda conjunta, aunque reconocen intervenciones exitosas. Sin embargo, las opiniones de los/as Directores/as de Hospitales, no son homogéneas al referirse al Posadas como centro de mayor complejidad (nodo) de la red, mostrando altos niveles de contraste. Como fuera señalado, la red tiene nodos, sin

¹³Sin perjuicio de que algunos hospitales identificaron necesidades puntuales de equipos e insumos.

cabeceras, y el centro de mayor complejidad no se convierte en la institución cabecera de la red.

No existe, salvo excepciones, reconocimiento de los Hospitales de segundo nivel sobre su necesidad de avanzar en una mayor resolución de problemas de mediana complejidad. El déficit de camas de la región y de la red, por su parte, no parece ser una de las principales demandas de los centros de salud relevados, particularmente ante la perspectiva de nuevas instituciones de ingreso (o reingreso) próximo al sistema. Sin embargo, se observan necesidades en algunos hospitales municipales (Materno Infantil de Pontevedra y Niños de La Matanza) y en provincial Héroes de Malvinas (obstétricas), principalmente asociadas a la línea de cuidado “embarazo”. Al respecto, en las entrevistas a los directores de hospitales frecuentemente se advirtió sobre el descreimiento acerca de la disponibilidad de camas informadas ante un pedido de derivación, lo cual atenta la integridad de la red.

Conclusiones alcanzadas por línea de cuidado

En general, en algunas líneas de cuidado se verifica un desarrollado esquema de servicios a ser articulados, mientras en otras ocasiones la carencia de espacios de tratamiento es particularmente evidente. La brecha entre establecimientos provinciales y municipales en cuanto a capacidad resolutive resulta clara, aunque no es posible establecer líneas particulares de cuidado no cubiertas, o sistemáticamente desplazadas.

Sólo el efector municipal “Eva Perón” cuenta con servicios de oncología, patrón común en las instalaciones provinciales. Se destacan las limitaciones en el área de cuidados paliativos, donde sólo el Paroissien, dentro de un grupo de doce instituciones, reporta capacidad de cobertura.

En cuanto a la brecha en la capacidad de atención entre diferentes tipos de cáncer, los tumores de mama descansan en general en servicios con capacidad de cobertura, mientras que la oferta pública en cáncer de colon es significativamente menor. En el otro extremo, el cáncer de pulmón cuenta con una cobertura particularmente limitada, con cierta capacidad resolutive en el Hospital Luciano y Mariano de la Vega de Moreno.

Por su parte, la evidencia en los requerimientos de equipos e infraestructura para la resolución de temáticas cardiovasculares, indica que con la excepción del Hospital Carrillo de Tres de Febrero, y en menor medida el Hospital Héroes de Malvinas y el Hospital Güemes de Morón, la dotación existente es especialmente insatisfactoria. La única excepción está dada por la disponibilidad de drogas para el tratamiento farmacológico, disponible en todos los hospitales provinciales con excepción del Hospital Paroissien, y parte de los municipales.

A diferencia de la línea cardiovascular, la atención del parto pone en evidencia la gran prioridad de este servicio en los hospitales públicos de la zona oeste. Sólo dos de los doce servicios no cuenta con infraestructura propia (el Güemes de Morón y el Eva Perón de Merlo).

Respecto a la capacidad instalada de abordaje en Enfermedades renales crónicas, sólo cuatro unidades de hemodiálisis se identificaron en la zona oeste del conurbano, donde la mayor participación la capitaliza el Hospital Carrillo.

Para el área de traumatología y rehabilitación, sólo cinco servicios reportan contar con infraestructura específica, pero llamativamente ningún hospital declara camas específicas para su tratamiento.

Finalmente, la estructura de servicios de salud mental muestra que diez de los doce hospitales disponen de servicios de psicología, y en ocho casos se accede a servicios de psiquiatría. En contraste, la calidad de la información sobre producción es limitada.

Por otro lado, se evidencia una transferencia de riesgos sanitarios hacia el Hospital Posadas y otras instituciones fuera de la red (instituciones públicas en La Plata y Ciudad de Buenos Aires).

Los recursos humanos en los hospitales provinciales y municipales muestran en general, poca satisfacción con el equipamiento y los insumos disponibles, en mayor proporción a las opiniones de sus directivos.

La estructura de derivación de pacientes constituye un profundo desafío para los recursos humanos del hospital, más allá de su complejidad. La falta de estructuras formales fomenta la presencia de redes informales de derivación. No obstante, estas redes facilitan el funcionamiento institucional y resuelven parte de las necesidades.

La presencia de doble empleo en instituciones dentro de la misma red, y la presencia de una “red de ex-residentes” del Posadas facilita el vínculo informal. Al mismo tiempo, las “autoderivaciones” de pacientes se reflejan en guardias saturadas en hospitales de mayor complejidad (Posadas y algunos hospitales provinciales de la zona oeste).

Ante este escenario, el documento expone un costeo de equipamiento mínimo que se concentra en gastos de la red y un plan de trabajo que se sustenta en cuatro vectores: (i) diseño e implementación de historia clínica en red, (ii) formación de recursos humanos para la gestión, (iii) diseño de una unidad de gestión a partir de un tablero regional de comando, e (iv) instrumentación de una unidad de monitoreo y evaluación. La presupuestación del equipamiento por líneas de cuidado involucra un trabajo posterior junto a los secretarios de salud, directores de hospitales y actores clave, con el objeto de establecer consensos acerca de pautas de especialización y prioridades de la Red.

Estos elementos contribuirán a alimentar una unidad coordinada de gobernanza regional, que lleve a cabo la estrategia de implementación de un programa común de atención en red.

A fin de operativizar este proyecto se sugiere el desarrollo de una unidad operativa que genere, como se mencionó anteriormente, consensos en base al material recogido sobre los niveles de equipamiento y especialización a ser implementados a futuro. A su vez, que se establezca un sistemático diseño de protocolos que garantice el funcionamiento de la unidad de gestión, y específicamente proponga mecanismos de financiamiento y pago complementarios a la situación actual, revisando la literatura sobre incentivos, como así también la normativa vigente a nivel provincial y municipal sobre distribución de fondos en salud.

14.- Apéndice. Experiencias Argentinas en Redes de Patologías Seleccionadas

14.1.- Redes de Atención para el Tratamiento de la Enfermedad Cardiovascular Global

El modelo más claro para la atención de enfermedades cardiovasculares mediante la organización de los servicios en Redes puede observarse en el programa del Ministerio de Salud de Argentina Remediar + Redes. El trabajo realizado por el equipo de salud nacional promueve una estrategia de atención basada en el documento RISS, de OPS. El programa comienza con la firma de convenios entre la Nación y cada provincia. Para la firma de estos acuerdos las provincias realizan un diagnóstico inicial, donde establecen un proyecto que busca construir, fortalecer o formalizar redes de atención. Cada provincia ha seleccionado una o varias regiones que reúnen el 30% de la población y dentro de este territorio se busca enlazar a los centros de salud de todos los niveles, fortaleciendo la estrategia de trabajo en RED de los servicios de salud.

Para el seguimiento del proyecto se definieron 26 indicadores de fortalecimiento de las redes. Del total de indicadores se seleccionaron 6 que deben ser cumplidos en forma obligatoria. También cada provincia debe elegir cuatro indicadores más según la estrategia que quiera implementar para solucionar aspectos seleccionados en el diagnóstico. Los 6 indicadores obligatorios son: Cantidad de personas nominalizadas, cantidad de efectores con R-CR documentadas, cantidad de efectores con un sistema de turnos programados, Centros de primer nivel donde pueden realizar extracciones de sangre, cantidad de extracciones realizadas, y cantidad de consultas programadas. Las provincias formaron equipos de trabajo denominados Unidad de Gestión Provincial (UGP) y son las encargadas de la gobernanza de las redes en su territorio.

Cada provincia diseñó su propia estrategia de captación de pacientes para detectar hipertensión arterial (HTA) y diabetes (DBT), ambas consideradas como las trazadoras de la RED. Las estrategias consistieron básicamente en “salir a buscar” personas con riesgo cardiovascular global (RCVG) aumentado, encontrar personas con patología establecida en las HC del centro de atención, y por último incluir a las personas que ya estaban en seguimiento dentro del programa. La siguiente etapa, luego de la captación, es la clasificación del individuo según su riesgo cardiovascular (CV) en bajo, medio, alto y muy alto. Los pacientes con riesgo alto y muy alto forman la población de pacientes “Seguidos”. El programa prevé un pago por cada persona nominalizada, otro por cada persona clasificada y un pago por cada seguimiento realizado. Tanto la clasificación como el seguimiento se realizan en base a las guías de práctica clínica propuestas desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación. El trabajo con estas guías incluyó, principalmente, actividades de capacitación y entrenamiento de los equipos médicos y no médicos.

Entre los problemas más comúnmente detectados por las redes se encontró la fragmentación de las redes, la ausencia de formalización de los procesos de referencia y contra referencia, aun cuando estos existieran escritos o no. Como causa pero a la vez también como consecuencia de esta problemática se encontró superposición en la recolección de información, debido a que diversos programas provinciales y nacionales requieren la misma información para diferentes programas y en muchas provincias no hay un sistema unificado de recolección de información. De este modo, el problema de

la formalización de la R y CR se veía acentuado por el rechazo de los médicos y el personal sanitario a completar más planillas en el momento de la consulta.

Algunas provincias, como Jujuy, asumieron como prioridad la resolución del problema de la multiplicidad de planillas buscando unificarlas en un solo formulario provincial que luego fue informatizado. Este proceso fue llevado a cabo desde la Dirección de Atención Primaria, dando origen al Sistema de Información “Más Salud”, un caso exitoso a seguir por el resto de provincias.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta en el trabajo en redes se refiere a la informática. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, el programa se desarrolla en la Región sanitaria VI donde hay 9 municipios. Los objetivos que se definieron están básicamente relacionados con la R y CR, y los recursos informáticos para el fortalecimiento de la organización y la gestión de la red.

Asimismo, gran parte de la estrategia consistió en la capacitación del equipo de la UGP a fin de que pudieran potenciar los procesos de R y CR, en caso de que ya existieran, y generarlo en caso contrario. El éxito en la definición de procesos formales y su aplicación efectiva se puede explicar por el consenso logrado con los trabajadores de la red, quienes participaron activamente en el análisis y la evaluación de la capacidad resolutoria de la R y CR.

Por último se destaca la utilización de diversos medios masivos de comunicación como parte de la estrategia para motivar a los equipos de trabajo, poner al alcance fácilmente los recursos del programa e informar a la población. El plan de equipamiento y conectividad, a su vez, formó parte de la estrategia global y no sólo permitió aumentar el potencial de estos recursos, sino también la utilización del sistema de información geográfica (SIG) para gestionar y ordenar la red.

Surge entonces uno de los problemas más frecuentes en nuestro país y en otros de la región: la subestimación del primer nivel de atención (PNA) como un buen efector de salud. Para posicionar al PNA como puerta de entrada al sistema de salud, es necesario entonces, no sólo capacitar al recurso humano y equipar a los centros, sino también promover su uso a través de las estrategias masivas de comunicación como lo ejemplifica el caso de la Provincia de Buenos Aires. De todos modos, la experiencia indica que aún queda mucho espacio por recorrer al respecto. También es posible la utilización de otros medios de comunicación, como por ejemplo los mensajes de texto, a fin de promover la interacción entre la población que se atenderá en el CAPS y los gestores de la RED. En la provincia de Santiago del Estero, este método permite además que los pacientes reporten irregularidades en su centro, realicen consultas básicas y reciban novedades sobre actividades no sólo en los centros de salud sino también en actividades externas que realizan, como gimnasia en las plazas y otras actividades recreativas que hacen al tratamiento de las enfermedades crónicas en forma transversal.

14.2.- Inclusión de la Enfermedad Renal Crónica.

A pesar de que hemos presentado los lineamientos generales de la atención en redes, debemos mencionar la enfermedad renal crónica como otra de las enfermedades fuertemente asociada a la DBT. En Argentina, se estima que un 90% de la ERC se debe al daño del sistema vascular. Al igual que muchas enfermedades crónicas, la enfermedad renal crónica (ERC) se presenta asintomática en las primeras fases de su evolución. Algunos de los principales factores de riesgo son los mismos que se encuentran en las enfermedades cardiovasculares como el tabaquismo y, a su vez, tanto la HTA como la diabetes constituyen factores de riesgo para adquirir ERC. La ERC coexiste con las ECV, la DBT y la dislipemia. Es por ello que el control de los factores de riesgo cardiovascular constituye una de las principales estrategias en la prevención de la ERC y su avance. Otros factores específicos de riesgo son: antecedentes de ACV, infarto agudo de miocardio, antecedentes de enfermedades urológicas o renales y proteinuria, entre otros. Entre los factores de riesgo particulares de la enfermedad se encuentran, en gran medida, el consumo prolongado de medicamentos, consumo de drogas nefrotóxicas, litiasis renal, infecciones urinarias repetidas, otras enfermedades urinarias y otras enfermedades renales (INCUCAI, 2013).

La ERC se define por la “presencia de daño renal por un período mayor a 3 meses, evidenciado por alteraciones de la función renal o presencia de marcadores de daño renal” (INCUCAI, 2013). La enfermedad se ordena según el daño del riñón en estadio que van desde el 1 al 5, siendo el 1 el más leve y el 5 el más grave que representa insuficiencia renal crónica (IRC). En el año 2003 el *American College Of Physicians* publicó un artículo que declaró la Enfermedad renal como una enfermedad crónica. La publicación de esta guía estableció criterios de diagnóstico, prácticas válidas de laboratorio, asociación con otras enfermedades crónicas y estratificación del riesgo según la pérdida de capacidad de funcionamiento de los riñones (Levey A, 2003). En el año 2005 la guía fue actualizada y constituye la base de información para las guías nacionales difundidas por el INCUCAI.

Por otra parte el Ministerio de Salud de la Nación aprobó en 2011 una Guía de Práctica Clínica para la detección precoz y la prevención de la enfermedad renal crónica (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Entre las guías de prevención y tratamiento de diferentes países existe consenso en cuanto a los factores de riesgo, aunque se puede resaltar por ejemplo el caso de Uruguay donde se clasificó a los factores de riesgo y de evolución según las diferentes etapas de la enfermedad en: Factores de susceptibilidad, factores de inicio, factores de progresión y factores en la etapa terminal de la enfermedad (Ministerio de Salud de Uruguay. Programa de Salud Renal). En el caso de Cuba, en cambio la clasificación de los factores de riesgo se divide en tres grupos solamente: predisponentes, de iniciación o causales y modificables de progresión o complicaciones (Pérez-Oliva Díaz, 2008)

Estas clasificaciones pueden ser muy útiles a la hora de organizar los servicios de atención primaria y la referencia y contra-referencia con los niveles superiores ya que permiten identificar rápidamente cuales son las estrategias deseables a adoptar según los riesgos evaluados y priorizados. A su vez, los riesgos priorizados dependerán de las condiciones socio-cultural y económicas de cada región.

En el caso de la Guía para Argentina, el documento se enmarca en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y constituye una herramienta para el trabajo dentro del PNA, lo que significa que es aplicable para los estadios “precoces” 1 y 2 de la enfermedad en personas mayores de 18 años.

Esta guía establece dos estrategias básicas: (i) La prevención primaria que acentúa los aspectos de educación para la salud y la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular. (ii) La prevención secundaria busca diagnosticar precozmente la enfermedad e intervenir terapéuticamente con fármacos y educación para el paciente, a fin de demorar el avance y los efectos de la misma. Debe destacarse entonces que comparte la misma estrategia global que se aplica en el Programa REDES y, en este contexto, basándose en el documento de RISS - OPS, los aspectos asistenciales como los aspectos organizacionales toman un rol clave en la captación temprana y el seguimiento de las personas que se atienden en el PNA. Dado que el principal método de detección precoz es a través del análisis de muestras de orina, las redes de atención deben contemplar el fortalecimiento de las relaciones con los laboratorios, ya sea que los mismos se encuentren en los centros del PNA o que sean necesarias derivaciones hasta otros niveles de atención. En el caso de que los centros de atención primaria no cuenten con laboratorios propios, la consolidación de la referencia constituye un accionar fundamental para el proceso. La CR puede presentarse en diversas formas (mediante nota formal o informal, mediante reserva de turno en el PNA, etc.) pero si lo que se busca es la descentralización de las actividades hacia el PNA deberá asegurarse que el paciente retornará y solamente continuará su tratamiento en niveles superiores una vez que haya sido referenciado por el médico del primer nivel y no por una motivación propia del paciente. El mismo criterio deberá aplicarse en el caso de que se requieran ecografías y donde haya derivaciones al nefrólogo (es decir, cuando se sospecha de daño renal). Por último queda decir que el tratamiento de la ERC al igual que otras crónicas requiere de asistencia psicológica de modo tal que los pacientes puedan comprender, desarrollar y sostener cambios en el estilo de vida que complementan fuertemente los tratamientos y detienen el avance de la enfermedad. Es recomendable que el servicio de atención psicológica esté disponible en el PNA para fomentar la comunicación de los médicos que tratan al paciente y así poder brindar una asistencia global. Por último, queda por hacer una importante referencia al recurso humano. Varios estudios demostraron que los médicos que atienden en el primer nivel no suelen sentirse seguros o no cuentan con las herramientas técnicas necesarias para hacer un seguimiento de la ERC (Tahir, 2011) (Pacheco Dominguez, 2011) (Blakerman Tom, 2012). Se podría aventurar entonces la necesidad de capacitar al equipo médico en la detección y el tratamiento de ERC en el estadio 1 y 2.

La experiencia llevada a cabo en otros países respecto a la atención de ERC no es abundante debido principalmente a que se trata de una enfermedad crónica recientemente incorporada a los programas de Atención Primaria. Las experiencias documentadas surgen de pequeños estudios difícilmente extrapolables. Estos estudios refieren principalmente a los tratamientos de reemplazo en la enfermedad renal y que se desarrollan en niveles de mayor complejidad.

14.3.- Prevención, Detección y Tratamiento del Cáncer en Redes

Las recomendaciones en el caso de las derivaciones (C y CR) y prestaciones a cargo de cada nivel de atención del cáncer, según la OMS se extienden de modo general para cualquiera sea la forma en que se presente. Los programas de cáncer suelen dividir sus estrategias de atención en cuatro grandes aspectos: La prevención, la detección temprana, el tratamiento y por último los cuidados paliativos. Asimismo, existen lineamientos generales para los programas nacionales que sirven a modo de introducción para el trabajo en redes de atención según el modelo de APS.

Vale notar que, debido a que la condición socio-económica funciona como factor de riesgo tanto para la adquisición de la enfermedad como para la no recuperación, la estrategia sanitaria basada en APS toma especial relevancia en zonas de escasos recursos. La estrategia más costo-efectiva dirigida a la prevención del cáncer, en general, continúa siendo la educación.

Específicamente, la educación sobre los factores de riesgo relacionados con los hábitos personales y la exposición a sustancias tóxicas ambos factores que inciden en el desarrollo de los cánceres más frecuentes. La ausencia de actividad física, el tabaquismo y la alimentación constituyen tres factores críticos relacionados a los hábitos, mientras que la exposición a carcinógenos y algunos factores biológicos también han sido identificados como causantes de la enfermedad, como por ejemplo la Hepatitis B, el virus de papiloma humano, y algunos virus relacionados con cáncer bucal (OMS, 2002).

Al igual que en las ECV, cabe destacar la relevancia que tiene la promoción de la vida saludable para todas las patologías que fueron mencionadas. La segunda forma de educación está dirigida a la detección temprana de indicadores de presencia de enfermedad. Esta forma de educación busca instruir a las personas para que puedan detectar por sí mismas anomalías en su cuerpo y busquen asistencia sanitaria tempranamente. Estas dos estrategias, por los recursos demandados, se corresponden con los fondos que suelen disponer los países de ingreso medio. Pueden ser desarrolladas tanto desde el PNA como en actividades extramuros, ya sea en ámbitos laborales, escolares y otras asociaciones de la sociedad civil.

En cuanto a detección temprana, la segunda estrategia propuesta es el tamizaje de poblaciones asintomáticas pero con riesgo. Estas acciones ya son llevadas a cabo en el primer nivel de atención y actualmente el mercado ofrece algunos test que pueden incorporarse en este nivel para el caso de detección temprana de cáncer colon-rectal y cáncer cérvico-uterino.

A diferencia de la prevención y la detección temprana, el tratamiento del cáncer es realizado en niveles superiores de complejidad. Las derivaciones tempranas y el acceso a tratamientos apropiados y a tiempo son los dos factores que más inciden en el restablecimiento de la salud y en la calidad de vida de las personas que padecen cáncer. Es por eso que los sistemas que promueven el PNA como puerta de entrada al sistema, deben asegurar los mecanismos de coordinación (R y CR) con los servicios hospitalarios que recibirán las consultas. Esto implica mantener informado al médico de cabecera del PNA, sobre la evolución del paciente una vez que éste retorna al PNA.

Por último, en cuanto a cuidados paliativos y, en particular, el tratamiento del dolor, la opinión de los expertos se encuentra dividida. Por un lado, existe literatura que sostiene que los médicos del PNA deben estar capacitados en los tratamientos de personas terminales y sobre todo porque el tratamiento del dolor no solamente se refiere a pacientes con cáncer, sino también a otras patologías que son del ámbito del PNA, como por ejemplo el dolor crónico del anciano o el dolor lumbo-sacro.

15.- Referencias

- Adrienne Allen, e. a. (2010). *Primary Care Management of Chronic Kidney Disease*. Obtenido de Society of General Internal Medicine.
- 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.
- Blakerman Tom, e. a. (2012). Understanding the management of early-stage CKD in primary care. A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 233-242.
- British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. (s.f.). *Common Mental Health Disorders. Identification and Pathways to Care* (Vol. National clinical Guideline Number 123). Great Britain.
- CDC. (s.f.). *Centro para el Control y la Prevención de enfermedades*. Recuperado el November de 2013, de Cáncer de Pulmón.: http://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm
- Crojethovic, M. y Maceira, D. (2009) “Los Límites del Sistema Burocrático y las Prácticas Informales en las Organizaciones Hospitalarias”, *Medicina y Sociedad*, Año 29, N°2.
- Dabas, E. (2001) “Redes sociales, niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Panorama.
- Evangelina Gouveia de Oliveira, e. a. (2011). Acces to cancer care: mapping hospital admissions and high-complexity outpatient care flows. The case of breast Cancer. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 317-326.
- INCUCAI. (2013). www.INCUCAI.GOV.AR. Obtenido de <http://www.incucai.gov.ar/erc/erc.jsp>
- Field, J. e. a. (2013). Prospects for population screening and diagnosis of lung cancer. *The Lancet*, 382, 732-41.
- Levey A, e. A. (2003). National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Statification. *American College of Physicians. Annals Of Internal Medicine*, 139(2), 137-147.
- 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. (2011) "Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta", La Revista del ITAES, Volumen 13, N° 2, Junio.
- 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 CEDES.
- Maceira, D., Palacios, A. y Urrutia, M. (2013) Desempeño de Cabeceras de Redes Perinatales en la Provincia de Salta, mimeo CEDES.
- Marcio José Matin Alves, e. a. (2010). Regionalization and organization of the care networks in the southeast macro-region of Minas Gerais: Limitations for challenges for the programming of breast cancer services. Revista APS, Juiz de Fora, 13, s26-s34.
- Mendes, E. V. (2010). Health Care Networks. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 2297-2305.
- Ministerio da Saúde. Governo do Brasil. (s.f.). *Portal da Saúde*. Recuperado el Agosto de 2013, de <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Guías de Práctica Clínica. Dirección Nacional de Enfermedades Crónicas*. Recuperado el Octubre de 2013, de <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (s.f.). Plan Estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009-2011. http://www.asumen.org.ar/pdf/plan_mortalidadmaterna.pdf. Argentina.
- Ministerio de Salud de Uruguay. Programa de Salud Renal. (s.f.). *Programa de Salud Renal*. Obtenido de <http://www.nefroprevencion.org.uy/>
- OPS, (2005) "Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas". Montevideo, Uruguay: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/aps_agenda.htm
- OPS (2009a) "Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias" Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?producid=95&js=n>
- OPS (2009b) "Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS", 49 Consejo Directivo, 28 Septiembre- 2 Octubre, mimeo.
- Pacheco Dominguez, e. a. (2011). Diagnóstico de la ERC como trazador de la capacidad técnica en la atención médica en 20 estados de México. *Salud Pública de México*, 53, 499-505.
- PAHO. (2010). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

- Pérez-Oliva Díaz, e. A. (Ene-Mar de 2008). ¿Cómo mejorar el manejo de la enfermedad renal crónica? Consideraciones y recomendaciones prácticas. *Revista Habanera Médica*, VII(1), 1-9.
- 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. SaludReproductiva Materna Perinatal. AtenciónPrenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Pub. Cient. CLAP N° 1321.01, 1995.
- Silva, S. F. (2010). The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. *Ciencia & Saude coletiva*, 16(6), 2753-2761.
- Sonia Ioyama Venancio, E. a. (2011). Management practices of regional referencing: a comparative study of five cases in the State of Sao Paulo, Brazil. *Ciencias & Saúde Coletiva*, 16(9), 3951-3964.
- Taggart Frances, e. a. (2012). Options for early breast cancer follow-up in primary and secondary care. A Systematic review. *BMC Cancer*, 12:238.
- Tahir, e. a. (2011). Confidence and quality in managing CKD compared with other CVD and DBT mellitus: a linked study of questionnaire and routine primary care data. *BMC Family*.
- Tahir, e. a. (2011). Confidence and quality in managing CKD compared with other cardiovascular diseases and diabetes mellitus: A linked study of questionnaire and routine primary care data. *BMC Family Practice*, 12(83), 1-9.
- Terragosa Maicas, e. a. (2013). Avanzando en el manejo de la enfermedad renal crónica: Resultados de la implantación de una consulta de rápida resolución". *Revista de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Valencia*, 93-99.
- Villar J y col. Forthe WHO Antenatal Care Trial ResearchGroup.WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *TheLancet*. 2001; 357: 1551, 1564.
- Waller, J. y Hodgkin, P. (2000) "Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? *Family Practice*, vol.17, no.3, Oxford University Press.
- Wilkinson, MJ (1994) "Effecting change in frequent non-attendees", *British Journal of General Practice*, 44.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*.
- World Health Organization. (2011). *Mental Health Atlas*. Washington DC.
- World Health Organization and Disease Control Priorities Project . (2006). *Disease Control Priorities Related to Mental, Neurological, Developmental and Substance Abuse Disorders*. Switzerland.

World Health Organization. (s.f.). *mhGAP Intervention Guide*. 2011.

ANEXO

Tabla A4.1

Población total, variación intercensal absoluta y relativa, participación en la provincia, superficie y densidad poblacional.
Regiones sanitarias VII y XII, por partido

Partido	Población total		Var. intercensal absoluta	Var. intercensal relativa (%)	Part. en la Provincia (2010)	Superficie km2 (2010)	Densidad de población
	2001	2010					
Región sanitaria VII	2.044.823	2.253.772	208.949	10,22	14,42	2.844	792,43
General Las Heras	12.799	14.889	2.090	16,30	0,10	720	20,68
General Rodríguez	67.931	87.185	19.254	28,30	0,56	360	242,09
Hurlingham	172.245	181.241	8.996	5,20	1,16	35	5.115,47
Ituzaingó	158.121	167.824	9.703	6,10	1,07	38	4.388,70
Luján	93.992	106.273	12.281	13,10	0,68	777	136,75
Marcos Paz	43.400	54.181	10.781	24,80	0,35	455	119,05
Merlo	469.985	528.494	58.509	12,40	3,38	173	3.052,58
Moreno	380.503	452.505	72.002	18,90	2,90	186	2.431,12
Morón	309.380	321.109	11.729	3,80	2,06	56	5.769,12
Tres de Febrero	336.467	340.071	3.604	1,10	2,18	43	7.901,28
Región sanitaria XII	1.255.288	1.775.816	520.528	41,50	11,37	329	5.394,01
La Matanza	1.255.288	1.775.816	520.528	41,50	11,37	329	5.394,01

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

Tabla A4.2

Infraestructura Sanitaria
Regiones sanitarias VII y XII, y por partido

Partido	Establecimientos con internación cada 100,000 hab.			Establecimientos sin internación cada 10,000 hab.			Camas disponibles cada 1,000 hab.		
	2001	2010	Var. relativa	2001	2010	Var. relativa	2001	2010	Var. relativa
Región sanitaria VII	0,98	0,98	-0,20	0,79	0,79	-0,31	2,27	2,18	-4,17
General Las Heras	15,63	13,43	-14,04	2,34	2,69	14,62	5,39	4,70	-12,79
General Rodríguez	1,47	2,29	55,83	2,21	1,84	-16,89	5,36	9,54	78,09
Hurlingham	0,58	0,55	-4,96	0,58	0,66	14,04	0,03	0,23	549,42
Ituzaingó	0,00	-	-	0,44	0,54	21,14	-	-	
Luján	4,26	3,76	-11,56	2,02	2,07	2,41	26,13	0,02	-99,92
Marcos Paz	4,61	3,69	-19,90	1,15	0,92	-19,90	2,12	2,03	-4,23
Merlo	0,85	0,95	11,16	0,68	0,64	-5,51	0,79	0,94	18,97
Moreno	0,26	0,22	-15,91	0,92	0,84	-8,70	0,47	0,42	-9,30
Morón	0,97	0,93	-3,65	0,55	0,56	2,01	2,61	2,50	-4,13
Tres de Febrero	0,59	0,59	-1,06	0,56	0,59	4,15	0,89	0,70	-22,10
Región sanitaria XII	1,12	0,34	-69,71	0,45	0,41	-10,71	0,55	0,45	-19,34
La Matanza	1,12	0,34	-69,71	0,45	0,41	-10,71	0,55	0,45	-19,34

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

Tabla A4.3

Tasa de Mortalidad infantil y componentes. Años 2001, 2010 y variación relativa.
Regiones sanitarias VII y XII, por partido

Partido	Tasa de Mortalidad Infantil			Tasa de Mortalidad Neonatal			Tasa de Mortalidad Postneonatal		
	2001	2011	Var. relativa	2001	2011	Var. relativa	2001	2011	Var. relativa
Región sanitaria VII	15,52	11,80	-23,97	10,53	7,20	-31,62	4,99	4,60	-7,84
General Las Heras	20,20	8,00	-60,40	4,00	8,00	100,00	16,20	0,00	-100,00
General Rodríguez	18,90	12,80	-32,28	10,20	5,30	-48,04	8,70	7,50	-13,79
Hurlingham	11,00	11,10	0,91	8,10	8,30	2,47	2,90	2,90	0,00
Ituzaingó	16,00	9,20	-42,50	10,80	6,50	-39,81	5,20	2,70	-48,08
Luján	9,00	8,80	-2,22	6,40	4,10	-35,94	2,60	4,60	76,92
Marcos Paz	11,90	12,10	1,68	7,60	6,10	-19,74	4,30	6,10	41,86
Merlo	20,40	11,40	-44,12	14,20	6,90	-51,41	6,20	4,50	-27,42
Moreno	17,90	13,50	-24,58	11,50	7,90	-31,30	6,50	5,60	-13,85
Morón	16,30	9,90	-39,26	11,10	5,90	-46,85	5,20	4,00	-23,08
Tres de Febrero	10,00	13,30	33,00	7,00	9,50	35,71	3,00	3,80	26,67
Región sanitaria XII	15,90	10,10	-36,48	9,30	6,30	-32,26	6,60	3,90	-40,91
La Matanza	15,90	10,10	-36,48	9,30	6,30	-32,26	6,60	3,90	-40,91

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

Tabla A8.1

Personal encuestado por hospital y función. Valores absolutos.

Hospital	Función						Total
	Médico/a en sala	Médico/a en guardia	Médico/a residente	Licenciado/a en enfermería	Enfermero/a sin título	Otro personal de la Salud	
H. Malvinas (Me.)	1	1	2	6	20	2	32
Paroissien (LM)	0	8	5	4	2	2	21
Bocalandro (TF)	1	4	6	0	7	6	24
Güemes (Mo.)	5	0	0	0	15	6	26
S. Evita (LM)	4	7	4	5	4	3	27
Del Valle (Mo.)	3	8	4	0	16	0	31
Carrillo (TF)	2	8	6	1	3	5	25
Total Htales. Provinciales	16	36	27	16	67	24	186
Eva Perón (Me.)	3	3	4	1	9	1	21
B. De Siena (H)	1	3	6	6	6	7	29
Pontevedra (Me.)	3	7	2	4	14	1	31
Del Niño (LM)	7	6	1	2	1	1	18
Equiza (LM)	7	2	1	2	3	9	24
Total Htales. Municipales	21	21	14	15	33	19	123
Total	37	57	41	31	100	43	309

Tabla A8.2

Personal encuestado por hospital y función. Valores expresados en porcentaje.

Hospital	Función						Total
	Médico/a en sala	Médico/a en guardia	Médico/a residente	Licenciado/a en Enfermería	Enfermero/a sin título	Otro Personal de Salud	
H. Malvinas (Me.)	3.12	3.12	6.25	18.75	62.5	6.25	100
Paroissien (LM)	0	38.1	23.81	19.05	9.52	9.52	100
Bocalandro (TF)	4.17	16.67	25	0	29.17	25	100
Güemes (Mo.)	19.23	0	0	0	57.69	23.08	100
S. Evita (LM)	14.81	25.93	14.81	18.52	14.81	11.11	100
De la Vega (Mo.)	9.68	25.81	12.9	0	51.61	0	100
Carrillo (TF)	8	32	24	4	12	20	100
Promedio Htales. Provinciales	8.43	20.23	15.25	8.62	33.90	13.57	100
Eva Perón (Me.)	14.29	14.29	19.05	4.76	42.86	4.76	100
B. De Siena (H)	3.45	10.34	20.69	20.69	20.69	24.14	100
Pontevedra (Me.)	9.68	22.58	6.45	12.9	45.16	3.23	100
Del Niño (LM)	38.89	33.33	5.56	11.11	5.56	5.56	100
Equiza (LM)	29.17	8.33	4.17	8.33	12.5	37.5	100
Promedio Htales. Municipales	19.10	17.77	11.18	11.56	25.35	15.04	100
Total	11.97	18.45	13.27	10.03	32.36	13.92	100

Tabla A8.3

Caracterización del personal encuestado por hospital y estructura de las horas de trabajo

Hospital	Sexo (=1 hombre)	Edad	Médico (=1 Si)	Hs. Sem. Trabaja en hospital	Trabaja fuera hospital (=1 Si)	Hs. Sem. Trabaja fuera
H. Malvinas (Me.)	0.12	37.48	0.07	32.74	0.41	21.42
Paroissien (LM)	0.32	47.90	0.38	29.77	0.65	24.92
Bocalandro (TF)	0.13	41.76	0.50	43.82	0.43	28.50
Güemes (Mo.)	0.15	42.62	0.14	33.93	0.31	21.00
S. Evita (LM)	0.54	37.58	0.61	42.00	0.65	24.29
De la Vega (Mo.)	0.21	40.13	0.37	33.53	0.62	27.74
Carrillo (TF)	0.24	40.70	0.31	38.39	0.36	29.75
Promedio Htal. Provincial	0.24	41.17	0.34	36.31	0.49	25.37
Eva Perón (Me.)	0.38	45.10	0.31	45.48	0.48	31.00
B. De Siena (H)	0.27	42.63	0.33	44.59	0.48	21.64
Pontevedra (Me.)	0.41	41.97	0.31	29.00	0.57	26.53
Del Niño (LM)	0.37	48.37	0.37	36.00	0.74	23.57
Equiza (LM)	0.38	47.29	0.48	37.12	0.64	25.22
Promedio Htal. Municipal	0.36	45.07	0.36	38.44	0.58	25.59
Total	0.29	42.42	0.34	36.82	0.52	25.51

Tabla A8.4
Satisfacción con la disponibilidad de insumos en el hospital.
Valores expresados en porcentaje del personal respondiente.

Función	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
Médico/a de Sala	8.57	20	51.43	20	100
Médico/a de Guardia	10.91	10.91	47.27	30.91	100
Médico/a Residente	0	20	42.5	37.5	100
Licenciado/a en Enfermería	20	16.67	33.33	30	100
Enfermero/a sin título	23.86	13.64	47.73	14.77	100
Otro Personal de Salud	8.33	19.44	38.89	33.33	100
Total	13.73	15.85	44.72	25.7	100

Tabla A8.5
Satisfacción con la disponibilidad de RRHH en el hospital. Valores expresados en porcentajes del total del personal.

Función	Siempre	Frec.	A veces	Nunca	Total
Médico/a de Sala	7.69	15.38	42.31	34.62	100
Médico/a de Guardia	8.33	12.5	43.75	35.42	100
Médico/a Residente	2.78	19.44	47.22	30.56	100
Licenciado/a en Enfermería	3.33	10	56.67	30	100
Enfermero/a sin título	13.33	8.33	48.33	30	100
Otro Personal de Salud	0	16.67	50	33.33	100
Total	6.96	13.04	47.83	32.17	100

Tabla A9.1

Número de usuarios encuestados por hospital y participación porcentual sobre el total.

	N	%
H. Malvinas (Me.)	34	11.49
Paroissien (LM)	33	11.15
Bocalandro (TF)	19	6.42
Güemes (Mo.)	33	11.15
S. Evita (LM)	32	10.81
De la Vega (Mo.)	32	10.81
Carrillo (TF)	14	4.73
Total Htales. Provinciales	197	66.55
Eva Perón (Me.)	20	6.76
B. De Siena (H)	27	9.12
Pontevedra (Me.)	22	7.43
Del Niño (LM)	14	4.73
Equiza (LM)	16	5.41
Total Htales. Municipales	99	33.45
Total	296	100

Tabla A9.2

Caracterización de los usuarios encuestados por hospital: sexo, edad, condición de cobertura de salud, y nivel educativo.

Hospital	Sexo (=1= mujer)	Edad	Posee Cobertura (=1= Si)	Nivel Educativo
H. Malvinas (Me.)	0.79	36.15	0.35	4.13
Paroissien (LM)	0.82	29.76	0.18	4.79
Bocalandro (TF)	0.44	39.56	0.25	3.77
Güemes (Mo.)	0.70	53.58	0.39	4.33
S. Evita (LM)	0.75	36.47	0.16	3.71
De la Vega (Mo.)	0.86	23.93	0.07	4.85
Carrillo (TF)	0.64	41.91	0.36	4.27
Promedio Htales. Provinciales	0.71	37.34	0.25	4.26
Eva Perón (Me.)	0.80	46.05	0.35	5.11
B. De Siena (H)	0.91	29.44	0.27	5.05
Pontevedra (Me.)	0.89	29.16	0.16	4.84
Del Niño (LM)	0.71	31.07	0.07	4.79
Equiza (LM)	0.88	29.13	0.06	4.25
Promedio Htales. Municipales	0.84	32.97	0.18	4.81
Total	0.78	35.82	0.23	4.48