



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE

SALUD

“Sistematización de la implementación de una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), integral e interdisciplinaria en el Hospital San José (HSJ) de Cañada de Gómez, Santa Fe, para reducir la mortalidad materno-infantil. Durante los años 2.007-2.012”

Maestrando: Javier Aníbal Fernández

Directora: Mgter. María Natalia Echegoyemberry

Cañada de Gómez, 27 de agosto de 2020

RESUMEN:

El parto seguro es un derecho humano fundamental, pero sin embargo suele ser vulnerado y no implementado con la extensión y alcance que determina la ley y los tratados internacionales. Por ello, este trabajo busca realizar una sistematización de experiencias de la APS implementada en los efectores públicos para brindar una respuesta interdisciplinaria e integral en el HSJ durante el segundo quinquenio del nuevo milenio. Estrategia que permitió en primera instancia el Manejo Estándar de los Casos (MEC) en el control prenatal, el trabajo de parto y las mejoras en el Sistema Estadístico de Salud (SES).

A partir de este relato, se busca realizar un análisis crítico al presentar las ventajas y desventajas del cumplimiento de una estrategia, en términos de calidad, accesibilidad, sustentabilidad, y calidad técnica de la atención; una forma de visibilizar las buenas prácticas en gestión.

Palabras claves: Atención Primaria de la salud; Interdisciplina; Integralidad; Accesibilidad; Intersectorialidad.

PRIMERA PARTE

1.- Introducción	10
2.- Descripción del contexto institucional	12
2.1.- Momento de tiempo anterior	12
2.2.- Momento de tiempo real	13
3.- Reconocimiento y análisis de condiciones para la gestión	14
4.- Institucionalización de la calidad	19
4.1.- Enfoque en el usuario	20
4.2.- Organización como sistema de calidad	21
4.3.- Mejoramiento de la calidad	21
4.4.- Indicadores de calidad	22
4.5.- Análisis de problemas vinculados a gestión	24

SEGUNDA PARTE

5.- Formulación del problema de gestión. Diagnóstico	27
6.- Marco normativo	29
7.- Proceso de atención y su implementación	31
8.- Marco conceptual	34
9.- Punto de vista político, institucional, organizacional	36
10.- Respuesta política, institucional, organizacional	37
10.1.- Metas, objetivos, y metodología	37
10.1.1.- Metas	37

10.1.2.- Objetivos	38
10.1.2.1.- Objetivo general	39
10.1.2.2.- Pretensiones	39
10.1.3.- Método	39
10.2.- Logros organizativos	40
10.3.- Propuestas a las limitaciones de las acciones emprendidas	40
11.- La producción hospitalaria	41

TERCERA PARTE

12.- Sistematización de la experiencia	45
12.1.- La evaluación	45
12.2.- Resultados	46
12.2.1.- Egresos maternos con control precoz	47
12.2.2.- Egresos maternos con controles periódicos	47
12.2.3.- Egresos maternos con controles universales	48
12.2.4.- Indicador propuesto y limitaciones	48
12.3.- Repercusiones	48
12.3.1.- Mejorar la salud materna	48
12.3.2.- Reducir la mortalidad infantil	49
13.- Las prioridades programáticas y la organización de los procesos de reforma	51
13.1.- Mejoramiento de la calidad y eficiencia	51

13.2.- Solicitud de aprobación de formatos para el seguimiento	52
13.3.- Requisitos de calidad para actividades críticas	53
14.- Intervenciones	55
15.- Marco interpretativo	56
16.- Formatos para la implementación	58
16.1.- Requisitos de calidad para insumos y estructura	59
16.2.- Requisitos de calidad para el proceso	60
16.3.- Requisitos de calidad para los resultados	61

CUARTA PARTE

17.- Reorganización de los procesos de trabajo	64
18.- Nuestra visión y Diseño de auditoría interna	67
18.1.- Momento de propuesta contextualizada	68
18.2.- Momento del marco analítico	68
18.3.- Momento de evaluación de sistemas	69
18.4.- Momento de organización de los procesos y reforma	69
19.- Conclusión	72

<u>Bibliografía</u>	76
----------------------------	----

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n° 1: Situaciones problemáticas en el análisis causa efecto	14
Gráfico n° 2: Modelo de flujo detallado en la focalización de problemas	16

Gráfico n° 3: Una forma de relacionar los contextos	18
Gráfico n° 4: Organigrama del nuevo hospital	20
Gráfico n° 5: Niveles de atención	28
Gráfico n° 6: Etapas para la implementación	30
Gráfico n° 7: Trayectoria de la información	36
Gráfico n° 8: Evolución de las consultas médicas. Efectores públicos. Cañada de Gómez.Periodo1.998-2.005	41
Gráfico n° 9: Distribución de las consultas médicas por grupos de edad. Año 2005. Efectores públicos. Cañada de Gómez	42
Gráfico n° 10: Evolución de las consultas 2002-2005	42
Gráfico n° 11: Mortalidad materna (1.991-2.004). Metas proyectadas para los bienios 2007-2008 y 2015-2016	49
Gráfico n° 12: Mortalidad infantil (1.982-2.005). Metas proyectadas trianuales para 2006-2008 y 2015-2017	50
Gráfico n° 13: Modelo de sistema	59
Gráfico n° 14: Ciclo de monitoreo de la calidad. Donabedian y adaptado Juran (1.990)	62
Gráfico n° 15: Camino crítico	65
Gráfico n° 16: Diseño de un proceso de atención sectorizado.	71
Gráfico n° 17: investigación de problemas y raíces	73
Gráfico n° 18: Tabla maestra.	75

GLOSARIO:

APS: Atención Primaria de la Salud. **HSJ:** Hospital San José. **MEC:** Manejo Estándar de los Casos. **SES:** Sistema Estadístico de Salud. **UAI:** Unidad de Auditoría Interna. **UAE:** Unidad Académica de Enfermería. **ETSRBIO:** Equipo Técnico de la Subregión de Salud Belgrano e Iriondo Oeste. **FUDECA:** Fundación para el Desarrollo de Cañada de Gómez. **INDEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. **EPS:** Educación Permanente de Salud. **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio. **CoAPS:** Coordinador de la Atención Primaria de la Salud. **PFO:** Práctica Final Obligatoria. **MIR:** Medicato Interno Rotatorio. **MGF:** Medicina General y Familiar. **PAE:** Proceso de Atención de Enfermería. **EAP:** Equipo de Atención Primaria. **CCA:** Consejo Comunal Administrativo. **UAMID:** Unidad de Atención Médica Investigación y Docencia. **UST:** Unidad de Servicios Técnicos. **UAC; RH Y SG:** Unidad de Administración Contable; Recursos Humanos y Servicios Generales. **CMDB:** Conjunto Mínimo de Datos Básicos. **CP:** Carné Perinatal. **HCPB:** Historia Clínica Perinatal Base. **JHS:** Jefas de Hogar Para la Salud. **CA:** Consejo de Administración. **TMM:** Tasa de Mortalidad Materna. **TMI:** Tasa de Mortalidad Infantil. **CAPS:** Centro de Atención Primaria de la Salud. **DSMI:** Dirección de Salud Materna e Infantil. **CLAP:** Centro Latinoamericano de Atención Perinatal. **PPP:** Programa Provincial de Perinatología. **SIP:** Sistema Informático Perinatal. **OPS:** Organización Panamericana de la Salud. **OMS:** Organización Mundial de la Salud. **RDC:** Resumen Diario de Consultas. **GPC:** Guías de Práctica Clínica. **AI:** Auditoria Interna. **IDP:** Internación Domiciliaria Programada. **IEDI:** Informa Estadístico de Diagnóstico por Imágenes. **IEL:** Informe Estadístico de Laboratorio. **SIH:** Sistema Informático Hospitalario. **HCE:** Historia Clínica. **SIED:** Sistema de Ingreso Estructurado de Datos.

PRIMERA PARTE

Para la búsqueda de las hipótesis de solución, se necesitó de una “Masa Crítica”, y colocar en debate experiencias para mejorar la salud del género femenino; y sostenerlo en el tiempo.

Unidades móviles de capacitación, normas de atención por programas, estrategias integrales de atención, investigaciones operativas, el impacto de control de los trastornos nutricionales, la educación a distancia, y convenios interprovinciales; marcaron la necesidad de sistematización de las acciones de control.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Auditoria Interna (UAI), que se conformó con los integrantes de la Unidad Académica de Enfermería (UAE): Lic. Iadanza, Marta; la Lic. Boetto, Gladys; Lic. Mendoza, Gabriela; Enf. Pedemonte, Sergio; y la Enf. Arguello, Claudia. Sumado a ellos, los integrantes del Equipo Técnico de la Subregión de Salud Belgrano Oeste (ETSRBIO): Bioq. Oscar Molón (Ex. Jefe de Zona VI); Dr. Florentín, Elvio (Ex. Jefe de la Subregión de Salud Belgrano e Iriondo Oeste); Ing. Carra, Fernando; Lic. Ciccioli, Gabriela; Hab. Cont. Alanís, Gloria; Psic. Giroto, M. del Rosario; Lic. Monti, Mónica; y el Enf. Matos, Germán (Tec. En Estadística).

“Y a los rotantes de la Práctica Final Obligatoria (PFO), del Medicato Interno Rotatorio (MIR), y de la carrera de Medicina General y Familiar (MGF); que año a año durante el periodo 2.007-2.012 han sistematizado la que hoy fuera nuestro proyecto de atención”.

I.- INTRODUCCIÓN

Ubicados al sur de la provincia, cabecera del Departamento Iriondo, en el km 376 de la Autopista Rosario-Córdoba, a 75 km al noroeste de la ciudad de Rosario y a 200 km de la Capital provincial; distamos 400 km de Capital Federal, y lindamos con las localidades de Armstrong, Correa y Villa Eloísa, y a poca distancia hacia el oeste de la región central-este de la Provincia de Córdoba. En todo el departamento, no hubo el crecimiento esperado de la población, y como cabecera del mismo acogemos el 46% de la población (40 mil habitantes). Estudios de diferentes indicadores, con el objeto de conocer la situación social, demográfica y económica; la Fundación para el Desarrollo de Cañada de Gómez (FUDECA), cuenta con información actualizada para analizar evolución y resultados. Si comparamos los niveles de pobreza e indigencia con los indicadores dados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), para el Gran Rosario y el Total Urbano en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), se observa que nos encontramos en una condición más favorable que el resto de los conglomerados; sobre todo si comparamos con la región más cercana que es el Gran Rosario.

La ciudad tiene una población económicamente activa de 59,5%, una tasa de empleo de 57,4%, de desocupación de 3,5% y de subocupación de 8,4%; situación más favorable que en el país; siendo similares a las encontrada en otras regiones. El 8,9% de la población posee alguna Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), lo que equivale a 2.631 personas, con una distribución poblacional de pirámide regresiva (base angosta que indica un bajo índice de natalidad, y cúspide ensanchada, que denota ser envejecida), 48% de masculinos y 52% de femeninos. El 95% de viviendas construidas con materiales sólidos y resistentes, y el 64,5% incorpora además elementos de aislación y terminación; puede verse una mejor condición, especialmente en las construcciones no sólidas o sin terminaciones en todos los paramentos, que representan el 5% de las viviendas de la ciudad.

En cuanto a la evolución de la cobertura en salud, ha tenido un crecimiento de casi un 15%, desconociéndose la evolución actual, por ausencia de este relevamiento; sin embargo, puede percibirse a partir de 2004 un incremento mínimo en la contratación de cobertura de salud. La nueva metodología que se utiliza para medir los tipos de cobertura refiere a aquella utilizada con mayor frecuencia entre todas las coberturas contratadas por una persona. Es así que las más utilizadas son la obra social, frecuentemente prepagas, mutuales o servicios de emergencia como cobertura médica.

Se observa que en cuanto a los egresos de mayores de 15 años, los efectores más utilizados fueron, en primer lugar, el HSJ, el cual generó el 90% de los egresos, siendo Clínica y Obstetricia los servicios más utilizados. Dada la magnitud del grupo de causas obstétricas (un cuarto del total de egresos de mayores de esa edad) se analizó su composición atarea detectándose que 62 egresos (un 20 %) fueron de jóvenes que tenían entre 15 y 19 años.

Se abordó una estrategia en busca de propuestas donde las condiciones de vida diferentes y los procesos sociales más generales se tuvieron presentes, definiendo las características básicas de acciones con el cumplimiento de metas y actividades de monitoreo, en el conocimiento de la producción, su viabilidad, y adaptaciones que legitimaron esta planificación; reconociendo objetivos claros sobre los que se sustentó el enfoque premonitorio, con indicadores que legitimaron nuestro accionar, en función de las necesidades de los procesos comunitarios en la integración de sus principios; y contribuir con el aporte de nuestros propios Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil.

A través de la Coordinación de la APS (CoAPS), hemos recurrido al nuevo organigrama del HSJ, para pensarlo en: 1.- la gestión del sector internación, 2.- el conocimiento de los recursos, 3.- el relevamiento de los pacientes, 4.- la creación de un sector materno-infantil.

2.- DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

La estructura de nuestro sistema de salud¹, sumatoria de instituciones y recursos, interactuó como red integrada de efectores en el fortalecimiento de la APS como garantía de accesibilidad², proyectarse mediante la asignación de recursos, definiendo regiones sanitarias, y priorizando acciones según vulnerabilidad³. Proyectos, que pusieron en evidencia la necesidad de éste “Continuo de la atención” como forma de gestionar de modo eficiente, y priorizar al “Género femenino”; en particular a la gestante, que siempre la pensamos como usuarios de cuidados a la APS, y al sector de internación como un “continuo” para ello.

Profesionales de la PFO, MIR, y MGF, quienes acompañaron desde su ingreso, hasta el nacimiento del producto de su concepción; y que todo fue posible con el empoderamiento de los servicios: sociales, de estadística, farmacia y vacunas, y además, los importantes aportes del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), mejorando la coordinación entre niveles, y garantizando la continuidad del Equipo de Atención Primaria (EAP).

2.1.- Momento de tiempo anterior

Fueron las “Damas de la Beneficencia”, con el propósito de ayudar a los más necesitados, administrar los fondos recaudados; y en su momento, las integrantes de la “Comisión de Fomento” (1.887), las que recibieron del “Ferrocarril Central Argentino” la donación del predio actual; y una “Comisión Cooperadora”, decidió la construcción del antiguo “Hospital de la Caridad” (1.898). Hospital que fue sostenido por intendencias y vecinos; que comenzó a depender del Gobierno de la Provincia de Santa Fe (1.948).

¹ La “estructura”, se refiere a las características más establecidas e invariantes de cómo se establece y maneja el sistema de atención a la salud.

² Pensarla como un vínculo que se construye entre sujetos y servicios implica interesarse por condiciones y discursos de quienes la ofrecen, como las condiciones y representaciones de quienes la reciben (Stolkiner y Otros. 2.000).

³ El problema que tratamos de incluir en la investigación social participativa depende además de la accesibilidad a los sistemas y servicios de salud, la dignidad en la atención en efectores que dependen de nuestro hospital (componentes de la Protección Social en Salud. OMS/OIT. 2.002).

Acorde a las condiciones sanitarias de la ciudad y su amplia zona de influencia, a cien años de su fundación (1.983), se abrieron las puertas para socorrer a los necesitados, curar a los enfermos, y aliviar a los que sufren⁴; incorporando el enfoque epidemiológico, con énfasis en la promoción, prevención y protección de la salud en el año 2.002.

En la inquietud de afrontar nuevos equipamientos, se establece la tan discutida Sobretasa Sanitaria Municipal (SSM); y para ese fin se impulsa la formación de la Asociación Cooperadora con miembros de instituciones intermedias para su administración.

2.2.- Momento de tiempo real:

La renovación de los convenios con escuelas, colegios y universidades, contribuyó a la capacitación del recurso humano; fue allí la necesidad de un Concejo Comunal Administrativo (CCA), que actuó como un “Sistema colegiado”, homologando los proyectos anteriores con los actuales para la administración de dichos fondos. La creación de una “Sala de Situación Narrativa”, lo hizo extensivo a otras áreas programáticas, analizando otros servicios en la construcción de un futuro con ejecución presupuestaria⁵.

A pesar de los recursos ministeriales y los servicios adicionales con otros recursos, los ingresos promedios generaron un déficit mensual insostenible, que nunca se vio reflejado en las partidas ministeriales. Ello hizo necesaria la creación de la Unidad de Atención Médica Investigación y Docencia (UAMID) para asesorar en las prestaciones por servicios, y su seguimiento, la información estadística por la Unidad de Servicios Técnicos (UST), la elaboración y administración presupuestaria por la Unidad de Administración Contable, Recursos Humanos y Servicios Generales (UAC; RH y SG).

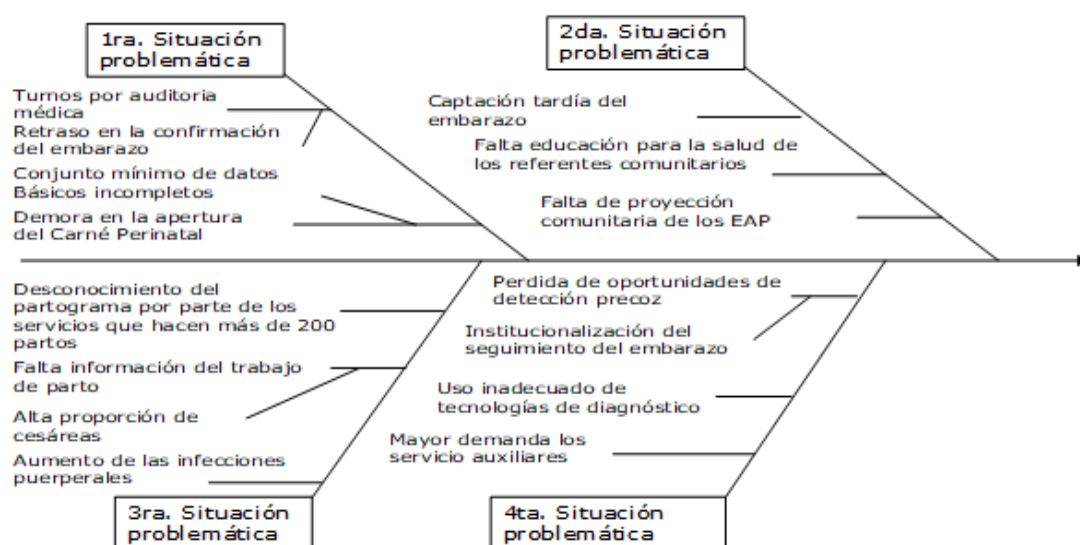
⁴ Como sujetos, también la construimos en esa posibilidad de encuentros y desencuentros, como un entramado de representaciones y prácticas de acercamientos. Guiada por el respeto a los derechos de los sujetos (OMS/OPS-Declaración del Milenio-ONU 2.000-ODM. “Erradicar la pobreza y respetar la dignidad humana).

⁵ “Estructura orgánico funcional hospital provincial de gestión descentralizada”. Organigrama Nivel VI, anexo: Programa de Informatización HSJ. Trabajo de costeo y producción de servicios. Primer semestre 2.006.

3.- RECONOCIMIENTO Y ANÁLISIS DE CONDICIONES PARA LA GESTIÓN

A pesar de la desaparición de los turnos para auditoría médica, y del Conjunto Mínimo Datos Básicos (CMDDB); la apertura precoz del Carné Perinatal (CP) fue la primera situación problemática. La captación tardía, el mal uso y accesibilidad en cuanto a la proyección de los EAP, por falta de difusión de contenidos o por pérdida del recurso Jefas de Hogar para la Salud (JHS), sería la segunda situación problemática. En la forma de finalización, el supuesto fue, si la alta proporción que terminan en forma quirúrgica disminuiría con el uso del “Partograma”; su no uso, sería la tercera situación problemática. La pérdida de oportunidades de detección del riesgo y la institucionalización del control del embarazo, de una u otra manera han aumentado la necesidad de recurrir a los servicios auxiliares para la confirmación de eventos que afectan al binomio, lo que sería la cuarta situación problemática; por el uso inadecuado de tecnologías de diagnóstico, como la tercer ecografía y la desinformación de segundas determinaciones de laboratorio.

GRÁFICO N° 1: Situaciones problemáticas en el análisis causa-efecto



FUENTE: Elaboración propia basada en el esquema del autor.

La recopilación y difusión de casos legales en los que los instrumentos de registros ocuparon un lugar determinante, nos motivó: 1.- El uso de un fichero calendario para la localización y búsqueda activa de la población susceptible de controles inadecuados. 2.- La capacitación de referentes vecinalistas, que mejoraría el uso que la población susceptible de quedar embarazada haría de los mismos. 3.- Al diseño de formatos para la observación de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) en control en cada uno de los servicios y sectores. 4.- Las modificaciones de las guías acotadas de supervisión, en cuanto a los triage de comienzo y “partograma”. Enfoque adaptado para la atención materna e infantil dentro de los establecimientos de salud, y evaluando en qué medida están acordes con la misión y visión⁶; diseñado para lograr mejores resultados, en la medida que se pudieron efectuar cambios⁷.

El ETSRSBIO y la CoAPS centraron los esfuerzos sobre las necesidades del usuario, del equipo, y los criterios de selección. Indicadores de un sistema de supervisión con énfasis en las actividades de implementación, que a pesar de las mejoras, la clarificación del problema y la credibilidad respecto de mejorar; identificaron soluciones recopilando conflictos en muchas de las actividades propuestas.

Históricamente se tuvo en cuenta la escasez del recurso especializado, y cierto grado de empirismo en el concepto de salud-enfermedad-atención, el momento epidemiológico, las condiciones socioeconómicas y sanitarias, y las expectativas de vida y de curación. Todo ello teniendo en cuenta los conceptos de eficacia, eficiencia y equidad, priorizando la APS en todos los efectores y en todos sus niveles⁸. Situación que contiene: 1.- Una selección

⁶ Basándonos en las ideas del Dr. Avedis Donabedian (1980), tanto los recursos, como las actividades que se llevaron a cabo, fueron abordadas en conjunto, para mejorar la calidad de la atención; una forma de considerarla en forma de insumos, procesos y productos/resultados.

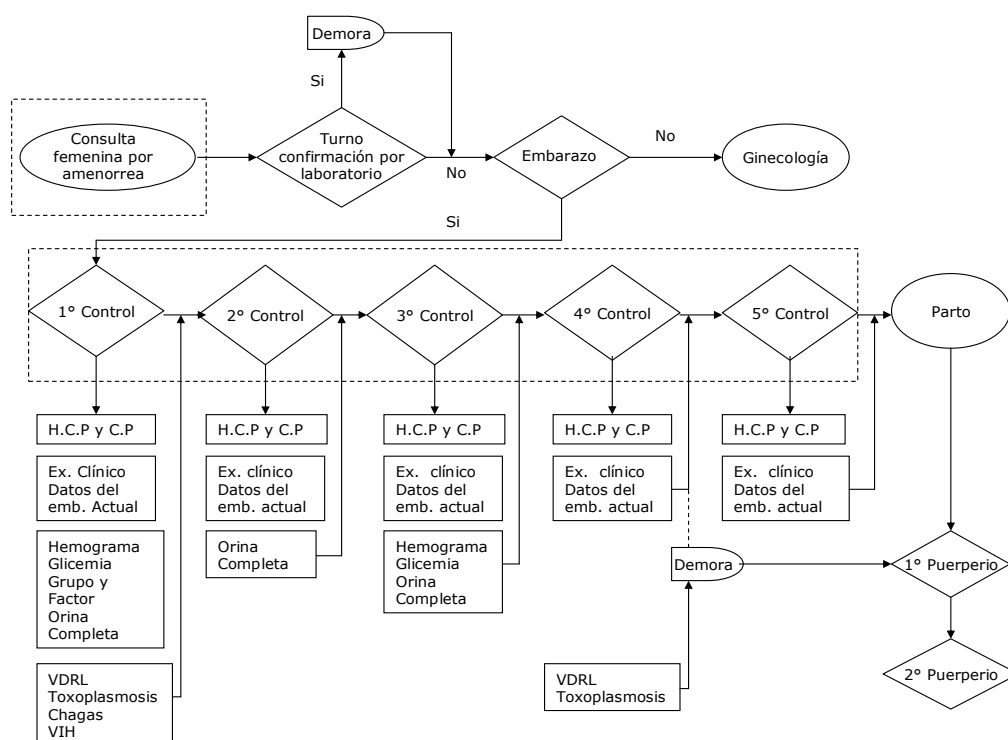
⁷ La sistematización de la atención de los últimos días u horas de gestantes que ingresan al sector de internación, reflejan tanto la vulnerabilidad de género, estado, vínculo, representaciones, condiciones, y modalidad de construcción entre ellas y el personal de salud como actores.

⁸ Buscando la forma que los servicios de salud se acerquen a la gente, pero eliminando las barreras que se interpongan (geográficas, económicas, administrativas, culturales); y que

de problemas. 2.- La enumeración de hechos que los describen. 3.- Una explicación de lo que ello produce.

En busca de la focalización de problemas, la aplicación de un “modelo de flujo detallando”, el total de actividades propuestas desde el comienzo, la situación de amenorrea y el seguimiento del embarazo; observamos la necesidad de aplicación de un triage en las situaciones de demora; es decir un “de comienzo”, y el “partograma”

GRÁFICO N° 2: Modelo de flujo detallado para focalizar los problemas.



FUENTE: Elaboración propia basada en el esquema del autor.

Atender la demanda, la evaluación de sus producciones⁹, y las inquietudes de funcionamiento, generaron situaciones¹⁰ que respondieron a parte de la coalición externa; el Consejo de Administración (CA) y la tecno estructura en

sean consideradas las representaciones, discursos y prácticas de la población. Para que no se consideren solo un problema de oferta.

⁹ “Guía de supervisión integral acotada para los efectores públicos locales”. Monitoreo de los PPS y Coordinación de la APS, y ETSRSBIO. 2.004.

¹⁰ Anexo del proyecto salud-enfermedad para la implementación del SSP. “una forma de subsidiar la demanda de los SILOS”. Cronograma de actividades, y presupuesto de actividades. 2.005-2.006.

el asesoramiento administrativo, y sus principales ventajas competitivas ha sido siempre la influencia de la cercana zona sanitaria¹¹, que priorizó la implementación de programas, las actividades de investigación, docencia y capacitación, la renovación de convenios preexistentes, y la Educación Permanente en Salud (EPS) en la capacitación del recurso humano¹².

El detalle de ingresos para gastos de funcionamiento, egresos y recursos propios se expresó con altibajos. Del total de las erogaciones en bienes y servicios, parte fue para gastos de funcionamiento, y para contratos; de los fondos de recursos propios, parte ha sido de lo facturado y por otros ingresos (personal contratado, obra social y otros gastos)¹³. Identificar y analizar problemas, nos llevó a utilizar fuentes de información “entrevistas a informantes claves”¹⁴, “observación directa”, e “información secundaria”¹⁵. Interesante fue enfocar la APS como de interés dentro de la organización; para la horizontalización de una estrategia que fue trabajada adhiriendo a regulaciones relevantes en el campo de la calidad.

La institucionalización de la calidad¹⁶ se priorizó en internación, organizando el funcionamiento de los servicios, buscando asegurar niveles continuos de eficacia, y eficiencia, evaluando el cumplimiento de los actos administrativos, observando niveles presupuestarios, e informando los resultados¹⁷; lo que involucró actores, recursos y productos, identificando enfoques para el

¹¹ Anexo proyecto salud-enfermedad para la implementación del SPS. “Distribución de los EAP por CAPS, que dependen del HSJ, y su distribución horaria. 2.004-2.006.

¹² Talleres sobre gestión de servicios para la APS. “100 años de teorías en la administración de las organizaciones”. UAE. HSJ. Julio 2.010.

¹³ El 51%, 22%, 22% y el 14% de los gastos propios se debieron al personal profesional contratado, al personal no profesional contratado, obra social empleados y otros gastos respectivamente. El 63%, y 36% de los recursos propios fue por lo facturado y por otros ingresos respectivamente. Y las erogaciones de bienes y servicios el 74% facturado, el 16% UTI, y el 10% contratos.

¹⁴ “Taller para la evaluación de los conocimientos, aptitudes y prácticas de la población en la posconsulta”, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud. 2.005.

¹⁵ Informe mensual de producción y recursos. CMDB de interés jurisdiccional. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Dirección general de estadística.

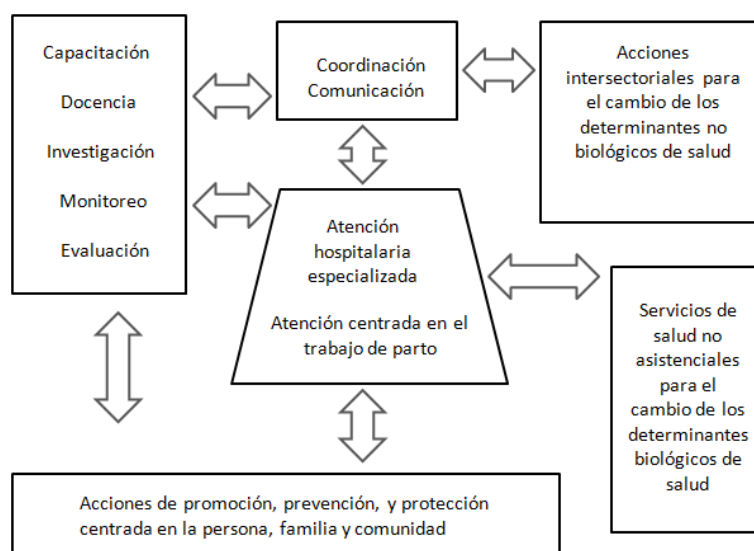
¹⁶ Reconocimiento y análisis de condiciones para la gestión de calidad. Niveles de análisis. Institucionalización de la calidad. Enfoque en el usuario. organización como sistema de calidad. Mejoramiento de la calidad. Indicadores de calidad. Análisis de problemas vinculados a la gestión.

¹⁷ “Información estadística de pacientes internados”. Sistema de Estadística de los servicios de salud”. SES. CMDB de interés nacional. MSMA. 2.005.

mejoramiento, con instrumentos para la evaluación desde el interior de la organización¹⁸.

Desde acciones de promoción, protección y prevención centradas en la familia y la comunidad, a través de la capacitación, docencia e investigación, el monitoreo y evaluación; la comunicación y coordinación de la atención especializada se centró en el trabajo de parto, y se favorecieron acciones intersectoriales para el cambio de los determinantes no biológicos, teniendo en cuenta los servicios de salud no asistenciales para el cambio de los determinantes biológicos de la salud.

GRÁFICO N° 3: Una forma de relacionar el contexto externo e interno.



FUENTE: Almeida y Macinko modificado.

¹⁸ “Guías de supervisión integrales, acotadas para los servicios locales de salud”. Adaptación hecha por el ETSRSBIO.

4.- LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA CALIDAD¹⁹

La tendencia a incorporar sistemas de calidad en la producción de los servicios, llevó a lograr un cambio en la cultura del proceso, anteponiendo la preocupación por el género femenino durante su periodo de vulnerabilidad extrema; siendo “enfermería” la que nos dio el eje en que se movilizaron nuestras acciones. Todo ello se correspondió en la dinámica sectorial con indicadores que horizontalizaron la estrategia: 1.- La UAMID, condujo las actividades en el continuo de la sistematización del MEC. 2.- La UST, proyectó y organizó prestaciones, el seguimiento, y controló información estadística por servicios y departamentos, durante y luego de la externación. 3.- La UAC; RH y SG, condujo lo administrativo, contable, el mantenimiento y producción, como los servicios generales, elaborando y administrando el presupuesto, al personal y reglamentaciones vigentes. 4.- Mantenimiento ha sido el de supervisar los servicios generales, recursos humanos y la distribución de las tareas del área²⁰.

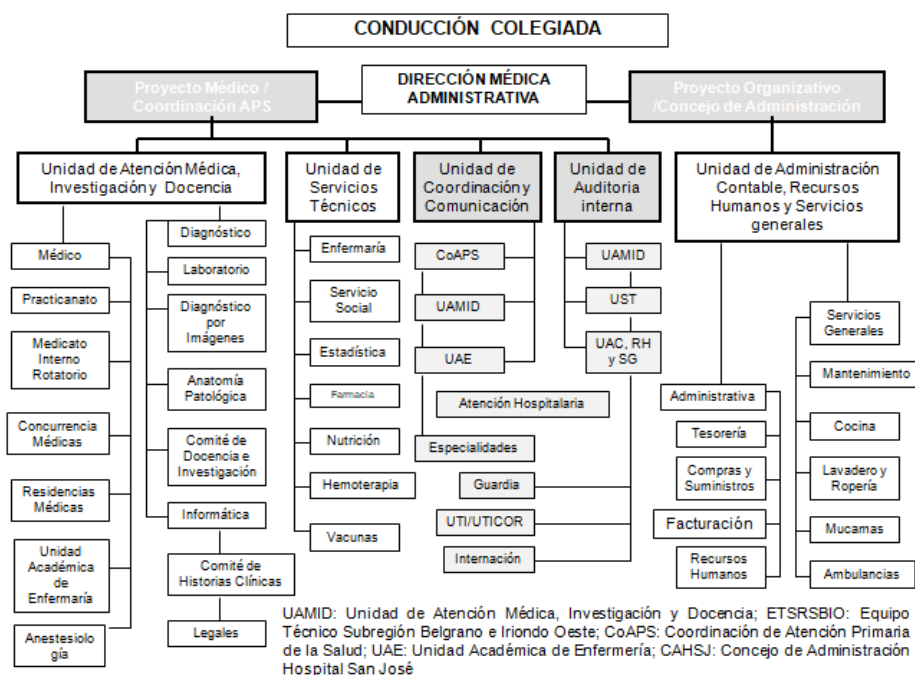
Proveedores de marcadores de consumo en el gerenciamiento de casos, necesitaron de recursos prestacionales y estadísticos, recolección de la información, y un diseño para la UAI; un proyecto de regulación de egresos y la supervisión programada del proyecto organizativo, necesitó de un consenso de criterios programáticos de los servicios involucrados. Del proyecto dependen el monitoreo de los CP, e HCPB, los ingresos de personas gestantes en trabajo de parto, prestaciones auxiliares, egresos maternos y las prestaciones domiciliarias; de la supervisión programada del proyecto organizativo, el relevamiento de los recursos físicos y humanos²¹.

¹⁹ Se distinguen dos grandes dominios de la investigación sobre la calidad de la atención, uno es clínico (esta investigación, se ocupa de fortalecer la relación proceso-resultado; y medir las características más obvias de la organización), y el otro socio-organizativo (la sistematización, la interpretación de la información, la observación epidemiológica del desempeño, y la experimentación controlada con diferentes planes de organización e instrumentos administrativos).

²⁰ Es una trama en la que se urden historias y experiencias en relación al significado de atención, derecho, y utilización de los servicios y sectores; ya que es un concepto que debería abarcar todo el proceso de atención.

²¹ En cuanto a la funcionalidad del organigrama, se trabajó en que los integrantes de la PFO, el MIR, concurrentes y residentes de la carrera de MGF, guiados por la UAE

GRÁFICO N° 4: Organigrama del nuevo hospital



FUENTE: Recreación gráfica del funcionamiento por departamentos

4.1.- Enfoque en el usuario

Desde la organización, el género femenino se representó como los que reciben el producto final, y se involucró con los que la producen (usuarios externos e internos), con entrevistas acordes a nuestras funciones y la vulnerabilidad, recabando información acerca del impacto que tiene este proyecto en la calidad, la problemática social, y la de los derechos humanos; y el objetivo, la identificación, opiniones, posicionamiento, y expectativas e intereses en la sistematización de la implementación²². La satisfacción fue evaluada a través de entrevistas²³ por sectores y servicios, incluidas en

gerencien la sistematización de las actividades inherentes a la comunicación y coordinación necesaria para la auditoría interna de los sectores de internación y externación.

²² El fenómeno de la mujer posee una gran complejidad, hay que pensarlo, medirlo, contarlo, escucharlo, entenderlo, historiarlo, desde diferentes perspectivas o métodos; tanto los que abordan el objeto de estudio desde el punto de vista cuantitativo como los que lo hacen desde una perspectiva cualitativa (Métodos y técnicas de la investigación cualitativa en salud pública. Carrasco/Febrél).

²³ La interpretación de cada entrevista tuvo en cuenta la situación temporal de la anterior centralización hospitalaria que comenzó con la inauguración del nuevo hospital en la última década del milenio y de la descentralización de la atención al comienzo del nuevo milenio.

guías de supervisión, y tomando decisiones para mejorar el desempeño, la eficacia y eficiencia en la prestación²⁴.

4.2.- La organización como sistema de calidad

Ayudó a cambios operativos en la realización y utilización del gerenciamiento de casos con el apoyo intensivo en el PAE; modelo que permitió clarificar un marco conceptual de secuencias entre actividades, y relaciones con el ETSRSBIO; que a nuestro entender desencadenó acciones de mejora.

Desde siempre se formularon propuestas de mejoramiento establecimiento objetivos, evaluación, determinación de los resultados, análisis y utilización de la experiencia; el seguimiento de la aplicación continua determinó ese “Camino Crítico”, ejecutando y controlando actividades, que a través de la prestación del control del trabajo de parto, nos hemos involucrado en unidades, sectores y servicios, con estándares que fuimos midiendo en la satisfacción.

4.3.- Mejoramiento de la calidad:

Aprendimos que en la solución sistemática de problemas se fortaleció la descentralización del primer nivel, hacia el segundo y tercero²⁵. Los medios que se utilizaron estarían dados por un CMDDB de interés del SES; marco teórico-conceptual que se apoya en el reconocimiento de la dinámica sectorial y que orientaron la dirección del cambio²⁶. Ello representó un cambio sustancial de cómo debía entenderse la calidad en condiciones de aquel momento; involucrando funciones gerenciales y a sus ejecutores: a) Hemos pasado de la fuerte vocación por el control estadístico, a los

²⁴ Del total de personas entrevistadas, la mayoría confirma que a pesar de tener los insumos correspondientes y estar debidamente capacitados para la atención de la consulta por amenorrea y el control del embarazo de bajo riesgo; se las excluye de la APS para hacerlas tan centralizadas como en otras épocas.

²⁵ El mejoramiento de la calidad identificó las discrepancias entre los servicios y las expectativas respecto de los mismos, basándose en principios que se centran en el cliente, en los sistemas, sus procesos, trabajo en equipo y la utilización de datos.

²⁶ El servicio de obstetricia esgrime en base a sus experiencias en cuanto a los riesgos de diferentes enfermedades que afectan al embarazo (Pre eclampsia, Diabetes Gestacional, etc.), su control por los EAP, los rotantes de la PFO y el MIR en la aplicación del MEC, no sería lo correcto, como el control de bajo riesgo en los CAPS.

conceptos de calidad total y el mejoramiento continuo. b) Se comprendió que “Ellas” fueron parte de la horizontalización de los servicios. c) Se comprendió que siempre debieron ser sujetos y objetos en la creación de nuestras voluntades, como un caso único e irrepetible (cuidarlas incluye, mejorar la calidad de sus “extensiones”).

La sistematización nos llevó a transitar la rígida estructura por sectores y servicios, pasando a un sistema que disminuyó la variabilidad cada vez más compleja y especializada, garantizando continuidad en los cuidados de sus necesidades y expectativas en la búsqueda de: ¿qué pasó?, ¿por qué pasó?, y ¿por quienes pasó?; y el punto del desvío, para ser rectificado.

4.4- Indicadores de calidad

Indicadores actuales desalientan la atención inapropiada de lo que definimos como conjunto de propiedades inherentes al cuidado del género femenino²⁷; es nuestro interés conocer la opinión de muchos de los usuarios, y esto se basó en la evaluación, planificación y redefinición una política sanitaria, midiendo la satisfacción de los usuarios por servicios. Es por ello que se midió la calidad del marco en que se prestan y el estado de sus recursos, calificación y organización del personal, calidad de la actividad llevada a cabo por los gerenciadore de casos, y al éxito alcanzado o cambios atribuidos a la atención recibida.

Cuando establecimos los ODM nos basamos en: “Indicadores centinelas”: El “evento centinela” (muerte materna), y el “indicador centinela” (el evento por número de partos). “Indicadores de datos agregados”: Las Tasas de Mortalidad Materna (TMM) o Tasa de Mortalidad Infantil (TMI). “Indicador trazador”: La “Sistematización de la implementación de una estrategia de APS, integral e interdisciplinaria en el HSJ de Cañada de Gómez, Santa Fe”.

²⁷ Medimos la calidad del marco en que se prestan los servicios y el estado de sus recursos, de acuerdo al número, calificación y organización del personal, a la calidad de la actividad llevada a cabo por los gerenciadore de casos, al nivel de éxito alcanzado o cambios atribuidos a la atención recibida.

Ello reflejó la globalidad de la asistencia brindada; y la opinión de los actores intervinientes el principal “Indicador basado en la opinión de los pacientes”²⁸.

Se obtuvieron cifras relativas por servicios y total en el último quinquenio, y dentro de ellos, los que miden procesos de producción con la finalidad de toma de decisiones en cuanto al análisis y resultados del producto de la organización²⁹. Cifras por efectores y áreas programáticas monitorearon la implementación y su comparación en cuanto a la captación precoz, controles adecuados, bajo peso, y hospitalización neonatal³⁰; y de las Guías de Supervisión, cifras de capacitación, provisión de suministros, supervisión, acceso y uso.

Los indicadores de proceso permitieron analizar la implementación del MEC en cuanto a la proporción de CAPS con personal capacitado, con provisión regular de suministros, con supervisión regular, y cuándo buscar atención la población³¹. Se midieron: 1. Las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos (estructura). 2. Se midió la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente (proceso). 3. Se midió el éxito alcanzado, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención (resultado).

Estos han sido los ejes centrales del proyecto. Nos referimos al beneficio que se logra, y también en términos de daño, o que no hemos logrado³²; en

²⁸ Donabedian señalaba: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.

²⁹ El promedio diario de ingresos, el promedio diario de egresos, la tasa de defunciones, el promedio pacientes por día, el promedio de camas disponibles aumentaron (1.3), (0.4), (1.5), (3.6), (0.1), y (10.2) respectivamente; y el promedio de días de estada (0.9).

³⁰ % de % de embarazadas con captación precoz, % de embarazadas con cinco o más controles descendieron un 2,2 y 0,9 respectivamente. y el % de RN con bajo peso, y el % de RN con hospitalización neonatal aumentaron el 0,9 y 0,8 respectivamente en el quinquenio 2.000-2.005.

³¹ La proporción de SS con personal capacitado y con provisión regular de suministros ha sido de un 80%. En cambio los SS con supervisión regular, MEC, acceso de la población que sabe buscar atención en un 50%.

³² Avedis Donabedian define como resultados a “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención previa o actual”. Y que incluyen otras consecuencias, como el

la oportunidad de valorar nuestras prácticas médicas, tanto en la evaluación de las tecnologías, como de evaluación de los proveedores de servicios.

Siguiendo a Gilmore y de Moraes, se transitaron características propias de esos indicadores: 1. No se evaluó directamente la calidad, sino que nos permitió deducir sobre el proceso y la estructura del sector y los servicios. 2. Todo dependió de la interacción con otros factores y la gravedad de las complicaciones. 3. Se reflejó la contribución de diferentes aspectos del sistema, pero al mismo tiempo no se visualizó lo que anduvo bien o mal (no deberíamos haber analizado separadamente el proceso de la estructura). 4. Se comprendió mejor a los pacientes y al público, que a los aspectos técnicos de estructura y proceso.

4.5.- Análisis de problemas vinculados a la gestión de la calidad

Se condujeron actividades desde lo sanitario y social en lo referente a la atención en todos los niveles, programas y actividades inherentes al área administrativa contable, de mantenimiento y producción, servicios generales y de personal. En la construcción de los cronogramas de capacitación, reconocimos el rol de la comunidad como actor en las políticas de salud, comprendiendo la planificación como estrategia de intervención, valorando el monitoreo, la evaluación y el control de los programas; promoviendo la integración de los EAP, y reconociendo un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario, a fin de generar algunas hipótesis acerca de los problemas de sistematización. En la necesidad de realizar un diseño de accesibilidad, y satisfacción como dimensiones aplicadas en diferentes niveles, nos abocamos a situaciones específicas para hacerlas medibles³³; profundizando datos, creando nuevos indicadores para la focalización en las acciones. Construcción que en forma dinámica y constante adaptación fortaleció, y garantizó accesibilidad desde el primer

conocimiento acerca de la enfermedad, y cambios de comportamiento que repercute en la salud o satisfacción de los pacientes.

³³ Enfocar la APS de interés organizativa, radicó en que horizontalizaría una estrategia para ser trabajada por diferentes unidades equipos, servicios y departamentos; pero al no existir políticas definidas no adhirió a regulaciones relevantes en ese campo, careciendo de destinatarios y objetivos con recursos asignados.

nivel a los más complejos en función de las necesidades, mediante la asignación de los recursos necesarios, adoptando el subsidio a la oferta, y mayor equidad asignativa como puerta de entrada a partir de la adscripción, y respuesta a cuidados críticos. Así fue evidente la necesidad de una CC, que gestione el proceso, incorporando a las unidades existentes, aquellas que horizontalizaron la atención orientada a la calidad de los servicios³⁴.

³⁴ Aporte de los rotantes del PFO, del MIR y concurrentes de la carrera de MGF, coordinando áreas, sectores y servicios; lo cual no hubiera sido posible sin los aportes técnicos de enfermería, servicios sociales, estadística, farmacia y vacunas; mejorando la coordinación con otros niveles como elemento de garantía de la continuidad de cuidados del EAP con la red social, en un PO del consejo administrativo de la organización.

SEGUNDA PARTE

Se centraron los esfuerzos en las necesidades de los usuarios y se definió el ETSRSBIO para: A.- la comunicación entre los niveles; B.- los criterios de selección de los indicadores; y, C.- un sistema de supervisión con énfasis en la reciprocidad y solidaridad de los servicios involucrados, para cooperar en la vigilancia, ilustrando la información, y observando el desempeño.

En el “Plan nacional de acción de la madre y el producto de su concepción” (1.993), se manifestó la elaboración de una propuesta normativa en forma consensuada con las provincias, para lo cual, la Dirección de Salud Materno Infantil (DSMI), convocó a todos los jefes de programas del país, a fin de lograr una adecuación

5.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE GESTIÓN. DIAGNÓSTICO

Se intentaron cambios para la “sistematización”, y el “seguimiento de la implementación”, con enfoques para evaluar en qué medida cada servicio estuvo acorde con su misión³⁵; paso previo a la construcción de un diseño que mejore los resultados, en la medida que podamos efectuarlos³⁶. Las mejoras logradas, la clarificación del problema y la credibilidad respecto la necesidad de mejorar, como la identificación de las posibles soluciones, dio la confianza necesaria para compartir el proyecto, y poder recopilar datos adicionales para analizar qué diferentes conflictos impidieron asociarse en muchas de las actividades propuestas³⁷.

Se entendió la planificación como estrategia de intervención, se valoró el monitoreo, la evaluación, el control de los programas de salud, en la promoción de la integración y reconocimiento de un espacio de participación para la transformación; a fin de generar hipótesis acerca de las posibles causas de los problemas en el proceso. La perspectiva autorreferencial de una realidad que rompe la autoridad de un presente que se manifestaba como lo único posible, conceptualiza desde la profundidad los problemas, el momento entre la realidad observada y el marco interpretativo de quienes intentamos describir fenómenos que afectan la salud, sus determinantes y sus condicionamientos³⁸.

³⁵ Para describir los diferentes obstáculos que impidieron la implementación correcta de las Normas de Atención Prenatal de Bajo Riesgo en el control de las mujeres que consultaron por amenorrea en los diferentes EAP y que fueron madres durante el periodo 2.006, se utilizó un modelo de flujo detallado para focalizar los problemas.

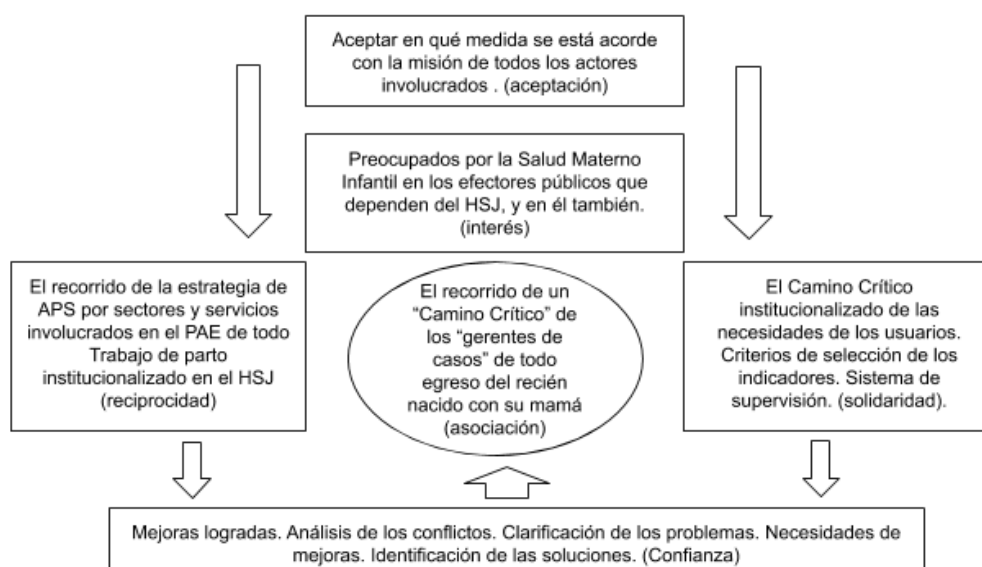
³⁶ “Identificación y análisis del proceso”. Implementación de una norma de atención en los efectores que dependen del HSJ. ETSRSBIO.

³⁷ De los egresos maternos, la utilización correcta de la HCPB, y de las mujeres captadas por los EAP; para describir en qué grado se logra la eficacia deseada, los resultados de la captación precoz, controles adecuados, bajo peso de nacimiento y hospitalización neonatal; y el grado de restricciones vinculares entre proveedores y usuarios, el uso correcto de un CMDB, para la correcta referencia y contrarreferencia (análisis de la información primaria).

³⁸ Para describir en qué grado se ofrecen restricciones de desempeño a los EAP, se analizarán los motivos de la baja cobertura de controles adecuados por los servicios de atención primaria que depende del Hospital San José. Para describir en qué grado se ofrecen restricciones en la seguridad, se analizarán las causas que demoran la información sobre los resultados de las segundas determinaciones de patologías infecciosas de transmisión perinatal. (Entrevistas a informantes claves).

Evidencias basadas en la investigación, identificaron problemas o soluciones y provocaron cambios al familiarizarnos con otros esfuerzos de colaboración; la evidencia nos brindó fundamentos para la innovación organizacional más amplia³⁹.

GRÁFICO N° 5: Niveles de atención



FUENTE: Adaptación gráfica desde la aceptación a la asociación

La “aceptación”, de todos los actores involucrados necesitó del acuerdo necesario para mejorar la salud materna e infantil; ese “interés”, se vio reflejado en la adhesión de los efectores que dependen de la organización; la “reciprocidad” se estableció cuando la estrategia de APS se consolidó en los sectores involucrados en la institucionalización del trabajo de parto; la “solidaridad”, se reflejó en los criterios de selección de indicadores para la supervisión del seguimiento de un camino crítico institucionalizado; las mejoras logradas, el análisis de conflictos, la clarificación de los problemas, las necesidades de mejora, y la identificación de las soluciones necesitaron de la “confianza” necesaria para transformarnos en gerentes de los egresos (asociación).

³⁹ Para describir en qué grado se ofrecen restricciones en el acceso, se analizaron las causas que demoraron la confirmación del embarazo de las mujeres que consultaron por amenorrea en los diferentes CAPS (análisis de casos trazadores).

6.- MARCO NORMATIVO

La propuesta del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP), fue evaluada en el Taller Nacional de Consolidación de Normas Perinatales, y redactada por la Comisión Redactora del Programa Nacional de Garantía de Calidad; y necesitó de su modificación en el Taller Provincial de Adaptación de la Propuesta Normativa Perinatal, para mejorar la cobertura y asegurar así conocimientos actualizados, mejorar su calidad, y adecuarlas localmente en su aceptación para darle factibilidad⁴⁰.

En junio de 1.994 tomó como proceso de atención a la “Norma de Atención Prenatal de Bajo Riesgo”, como propuesta del Programa Provincial de Perinatología (PPP), que aplicada en todos los casos de similar riesgo, asegure un mínimo de atención, adecuada y aceptada por el usuario⁴¹.

En una primera etapa, un grupo de trabajo redactó el documento, que fue revisado por expertos, y pruebas pilotos para evaluar la factibilidad; con revisión crítica y los resultados, se procedió a la impresión del documento. En una segunda etapa, se procedió a la implementación, cuya difusión necesitó de la realización de talleres, adiestramiento, supervisión, evaluación y actualización, según avances tecnológicos y políticas de salud imperantes.

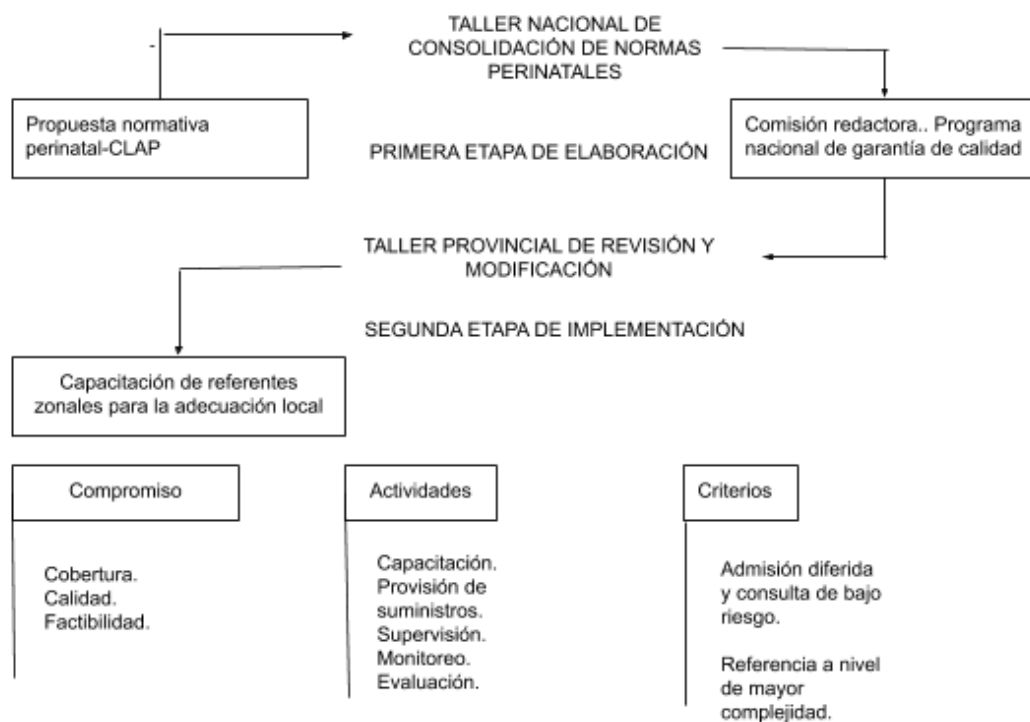
Se incluyó en la primer visita de todas las personas gestantes, luego del consentimiento informado, la aceptación o no de recibir la “atención tradicional”, o la utilización de un “Formulario de clasificación” (triage de comienzo). En el caso de presentar alguno de los factores de riesgo, se utilizará en ellas la “clínica especial” para evaluación y seguimiento si fuera necesario; si es que no, se utilizaría el “Nuevo modelo de control prenatal”⁴².

⁴⁰ La evidencia basada en la investigación compete con muchos otros factores en el proceso de toma de decisiones: restricciones institucionales, reglas constitucionales, presión de grupos interesados y de la sociedad civil, valores de la población, otro tipo de información.

⁴¹ Convencer a los decisores de alto nivel que jerarquicen el uso de la evidencia basada en la investigación mostrando ejemplos donde la estrategia marcó la diferencia entre el éxito y el fracaso

⁴² “Ensayo clínico aleatorio de control prenatal de la OMS”, para la puesta en práctica del “Nuevo modelo de control prenatal. Que divide a las embarazadas en dos grupos: las

GRÁFICO N° 6: Etapas para la implementación



FUENTE: Propuesta Normativa Perinatal. Etapas en la adaptación provincial y local

elegibles para recibir el control de rutina (componente básico), y las que necesitan el control especializado (componente especializado).

7.- PROCESO DE ATENCIÓN Y SU IMPLEMENTACIÓN

Las políticas para aumentar la cobertura, y condiciones, no fue acompañada por una mejora de prestaciones; problemática atravesada por desaciertos que impulsaron el cuidado integral del género femenino. Siendo deficiente en ese momento la articulación entre las actividades desarrolladas por los servicios y el sector que concentra la atención de los partos. Una serie de visitas programadas con integrantes de los EAP, tuvo como objeto, vigilar su evolución y obtener una adecuada preparación en la ejecución de acciones oportunas para la detección temprana del riesgo (mayor población bajo control, mayor contribución a reducir de la morbilidad⁴³ materna e infantil).

El Sistema Informático Perinatal (SIP)⁴⁴, la HCPB⁴⁵ y el CP; han sido indispensables para su recolección, facilitar la comunicación, favorecer el cumplimiento, procesar datos, implementar la vigilancia epidemiológica, planificar la atención, identificar a la población, evaluar la asistencia, categorizar los problemas, realizar investigaciones, comparar resultados y facilitar la auditoría. Se esperaba lograr una mayor cobertura, cantidad de datos, analizar producción por servicios, mejorar la localización y búsqueda activa, una rápida confirmación, mejorar la referencia y contrarreferencia.

Se describieron situaciones de un “momento tiempo anterior”, donde la falta de integración por programas impidió la aplicación de medidas preventivas, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; para ello se analizó el “momento de tiempo real”, para las propuestas de mejoramiento.

⁴³ La evaluación de los riesgos no es una medida única que se haga simplemente una sola vez, sino que es un procedimiento continuo durante el embarazo y en el parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidado más especializado.

⁴⁴ “Sistema Informático Perinatal”. Tecnologías Perinatales. CLAP. OMS/OPS. Publicación científica 1.255. Marzo 1.992. Montevideo. Uruguay.

⁴⁵ “Egresos maternos con y sin HCPB que informaron las determinaciones consensuadas por los servicios involucrados en la atención del embarazo de bajo riesgo. HSJ. Z VI de Salud. 2.006.

Se avanzó en relación a los cuidados de la madre y el niño por el logro de buenos indicadores, pero muestran aún cifras que preocupan⁴⁶. La forma que fueron funcionando diversos componentes dependió de un proceso⁴⁷; actividades que tuvieron su corolario en la capacitación de “planes trabajar”, transformadas en JHS⁴⁸, y en la actualidad, extensiva a los EAP en la evaluación nutricional de las embarazadas, detección de patologías infecciosas perinatales y atención prenatal de bajo riesgo.

En el año 2.005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) divulgó el documento que defiende la necesidad de alcanzar la atención universal y abarcadora a través de un abordaje integrado y horizontal que permita el desarrollo de sistemas de salud orientados hacia la calidad de los servicios, que enfatizan la promoción, prevención, intersectorialidad, participación social y la responsabilidad de los gobiernos; lo que implicó la actualización de la APS en su concepción más abarcadora⁴⁹.

El componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁰

Éste modelo clasificaría a la persona gestante en elegibles para el control de rutina (componente básico) y las que necesitan cuidados especiales por sus condiciones particulares y/o factores de riesgo. Las seleccionadas, las que no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial (75%), a las

⁴⁶ El mejoramiento del MEC además de considerar los cambios, necesidades y alteraciones de orden físico, y los problemas de orden psicosocial que se producen durante el trabajo de parto; el enfoque de riesgo, la atención por niveles de complejidad y la articulación interdisciplinaria, sería el diseño esperado.

⁴⁷ “Proceso”, se refiere fundamentalmente a lo que hace el equipo de atención desde el punto de vista técnico en la conducción de la atención de la salud y también en cuanto a su interacción con los pacientes.

⁴⁸ Eran “Planes Trabajar”, con tareas de higiene urbana (barrenderas); y pensando en todo lo que pueden dar por el solo hecho de ser mujeres, se las capacitó en los distintos programas materno infantiles, transformándose en las “Jefas de Hogar para la Salud”.

⁴⁹ Fortalecimiento de la integración de la APS en otros niveles de atención. Bolivia diseñó un Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) con el propósito explícito de superar las barreras económicas de acceso. El Salvador se ha privilegiado la puesta en marcha de la Estrategia de Ampliación de Cobertura de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN)

⁵⁰ En 2001, la OMS llevó a cabo una revisión sistemática de las investigaciones clínicas aleatorizadas que evaluó la efectividad de los distintos modelos de control prenatal; con el propósito de evaluar la hipótesis que un modelo con un reducido número de visitas, con intervenciones clínicas dirigidas a objetivos concretos, y tan efectiva como el modelo estándar.

restantes se les brindan el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectados (25%).

Esta forma de control prenatal goza de: 1) La identificación de condiciones de salud que pueden poner en riesgo el resultado del embarazo. 2) La identificación de factores riesgo aumentado que pueden amenazar el resultado del embarazo. 3) La detección precoz y tratamiento de condiciones de salud que puedan poner en riesgo el resultado del embarazo. 4) La sensibilización de embarazadas y familias de condiciones de salud que pueden poner en riesgo el resultado del embarazo y asegurar una respuesta apropiada. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas⁵¹.

⁵¹ La importancia del puerperio alejado, radicaría en que los intervalos intergenésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo este tipo de consulta.

8.- MARCO CONCEPTUAL

Reconocimos alguna de las muchas causas en la incorrecta implementación que escaparon a su adecuación; las que deberían haberse abordado en un enfoque que abarque todos los niveles. A pesar de ello, el interés por cuidar la salud del género femenino ha sido un gran avance en el mejoramiento de la equidad⁵². Esta intersectorialidad de “intervención coordinada” destinada a tratar los problemas vinculados con la salud de ellas, su bienestar y la calidad de vida, se expresó en el involucramiento paulatino, generando espacios para una planificación conjunta UAE.

Fue relevante considerar la información que formó parte de la construcción para el diálogo respecto de la lógica de sectores, identificando aspectos para un trabajo conjunto⁵³. Pensamos que: 1.- La cooperación estuvo presente en el campo de la ejecución o implementación, y no en su formulación. 2.- La coordinación se sustentó en el esfuerzo conjunto en la búsqueda de mayor eficiencia y eficacia, en una red horizontal entre sectores. 3.- La integración en un nivel superior implicó la definición de una política en conjunto que representó las necesidades y el trabajo de todos⁵⁴.

Siempre recomendable ha sido transitar en conjunto el PAE, para el DAI en el análisis de las estadísticas, normas, y protocolos; y la comparación con la evidencia científica. El reconocimiento de la dinámica sectorial a cargo de las diferentes unidades, del SES, y un CMDDB acordes a las funciones, y la forma en que fueron funcionando los diversos componentes, dependió de un

⁵² A pesar que significa la ausencia de diferencias sistemáticas entre los integrantes de la población, o subgrupos definidos social, demográfica, o geográficamente, una larga historia de estudios que estamos lejos de cumplirla.

⁵³ Como variable de ajuste entre las características del sistema de salud (oferta), y las características y necesidades de la población (demanda); se tuvo en cuenta en el incumplimiento de la norma de atención, ya que pudieron existir barreras que limitaron el acceso a una atención satisfactoria.

⁵⁴ En el intento, no podemos dejar de lado el pensamiento de Mario Testa (1.985), que debemos constituir una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordene la circulación interna dentro del sistema. Si no se regionaliza, si no se organiza la circulación, y la red interconectada de los servicios; no se aleja mucho de lo primitivo de la atención...

sistema de “recursos procesados”, y actividades de capacitación, provisión de suministros y supervisión.

Se controlaron los insumos necesarios en los efectores que realizan partos en todos los servicios que reciben consultas femeninas por amenorrea, los que confirman el embarazo, los que detectan patologías infecciosas de transmisión perinatal, los que confirman la presencia del mismo, su crecimiento, ubicación y vitalidad, y cuyo personal es responsable de la admisión y turnos para la confirmación y control de las futuras madres⁵⁵.

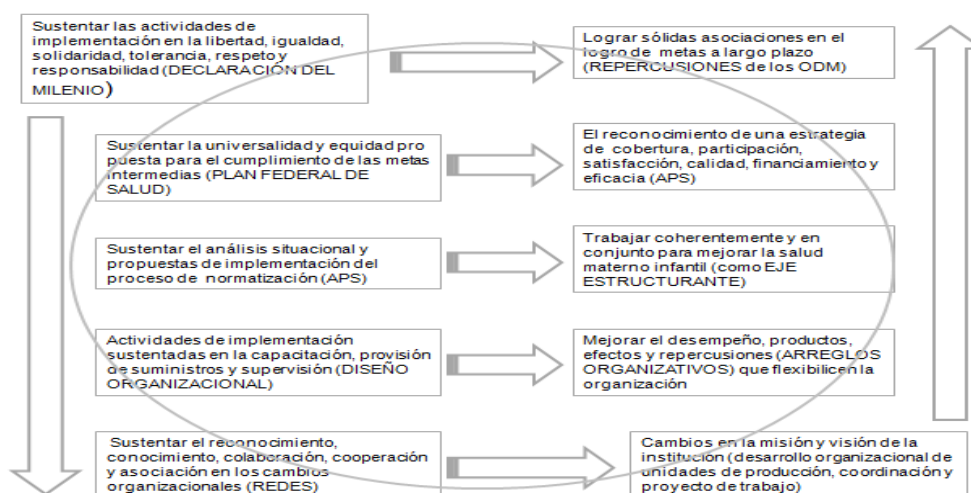
⁵⁵ La falta de integración en la implementación nos llevó a la realización de actualizaciones en los programas de salud reproductiva, perinatología y de control del crecimiento; con talleres destinados a MAP, incluyendo las actividades de capacitación en la firma de compromisos de gestión, en la inscripción, de beneficiarios y facturación a los efectores.

9.- PUNTO DE VISTA POLÍTICO, INSTITUCIONAL, ORGANIZACIONAL

Ni las crisis institucionales, ni las nuestras, convirtieron al sector internación en un espacio eficiente; relegando grupos y sectores e ignorando: “Que solo el equilibrio de éstas alumbraría la dignidad, que es a un tiempo, derecho y mandato de la condición humana”. La implementación de políticas para aumentar las coberturas, no fue acompañada por la mejoría de la calidad de las prestaciones; compleja problemática de una historia de desaciertos.

Importantes heterogeneidades hicieron a modalidades y perspectivas en función del reconocimiento de normas, guías, y fuentes de síntesis de evidencia; obteniendo cifras por efectores respecto a: 1) La captación, controles, y producto de la concepción, como el Resumen de Atención Perinatal (RAP). 2) El MEC, las Guías de Supervisión Acotadas (GSA). 3) Repercusiones e indicadores de impacto, como Estadísticas Hospitalarias (EH). 4) Conocimientos Aptitudes y Prácticas (CAP) de los responsables de mejorar la salud materna e infantil.

GRÁFICO N° 7: Trayectoria de la información



FUENTE: Elaboración propia en base a la trayectoria de la información en la sistematización de una norma de atención

10.- RESPUESTA POLÍTICO/INSTITUCIONAL/ORGANIZACIONAL. FORTALEZAS Y DEBILIDADES.

Se hace referencia a intervenciones que se centraron en uno de los problemas de salud prioritarios; que fija normas, ofrece visibilidad y garantiza la calidad. Así, en la declaración de “La Cumbre del Milenio”, se formularon sus “Objetivos de Desarrollo”; prueba de voluntad política en establecer asociaciones sólidas; sustentadas en el trabajo coherente y mancomunado para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil

10.1.- Metas, objetivos y metodología

Lo que se pretendía alcanzar se expresó en términos de reducción de los problemas que afectaron la implementación del control del embarazo de bajo riesgo, el parto, la atención inmediata del recién nacido y el puerperio inmediato; resultados concretos que tienen que ver con lo que eran las “Metas de la Salud Materno Infantil”.

Su definición, se realizó en base al impacto potencial que tiene el control prenatal y las posibilidades técnicas y reales de sistematización en forma masiva y completa a nivel de los servicios. En cada una de ellas se analizaron los distintos períodos por los que pasó el problema, a fin de establecer los mejores valores alcanzados, tratar de emularlos, y superarlos.

10.1.1.- Metas (las intermedias para el 2.008)

1. Aumentar la proporción de embarazos que inician sus controles antes de las 20 semanas de amenorrea al 80%.
2. Aumentar la proporción de embarazos con 5 o más controles antes del parto al 80 %.
3. Que la totalidad de egresos maternos implementen correctamente la HCPB y el CP en el seguimiento del embarazo.
4. Mejorar la detección temprana del alto riesgo.

5. Reducir la proporción de Recién Nacidos de Bajo Peso (RNBP), y de Recién Nacidos Vivos (RNV), que requieren hospitalización neonatal al 3%.

Evaluarlo fue fundamental para ajustarlo y elaborar nuevos compromisos con investigación creativa y la construcción de nuevas hipótesis, explicar fenómenos observados y crear situaciones futuras; sabiendo que el proceso para la aplicación dependería de la integralidad lograda el equipo técnico⁵⁶.

Para la evaluación de la planificación se tuvo en cuenta la implementación:

- A) En los servicios, para dar respuesta a las necesidades de la comunidad.
- B) En la unidad, para mejorar el acceso.
- C) En la familia, para mejorar las respuestas a las necesidades de sus integrantes.

Plan que se basó en la ubicación geográfica, la zona de influencia, población objeto, estructura, funcionamiento y producción de cada uno de los CAPS⁵⁷; y los cambios hechos en los programas implementados con anterioridad. Como la mayoría de las intervenciones ya estaban disponibles, el análisis de las causas por las cuales no habría resultado mereció una gran atención.

10.1.2.- Objetivos

Dirigidos a disminuir la mortalidad y morbilidad por aquellas causas que son prevenibles, de acuerdo a las tecnologías y medios de control disponibles, proporcionando acceso de la población a tecnologías apropiadas y eficacia comprobada para avanzar en el conocimiento de las características de la situación de salud. Siempre que se reconozca, que la consulta integral de la misma debe comprender la promoción y el cuidado preconcepcional; con

⁵⁶ En general se pretende analizar las causas que hicieron inadecuado la implementación de una norma de atención en los efectores públicos que dependen del HSJ; describiendo en qué grado se lograron los objetivos deseados; describiendo en qué grado el desempeño de los servicios de salud intervinieron en el mejoramiento de la calidad de la atención; presentando una propuesta que asegure el apoyo de los directivos y mantenga el control sobre la información.

⁵⁷ Durante el periodo 2.006, de los 7 EAP, solo en dos de ellos se cumplió la meta provincial de que el 50% de las embarazadas consultara antes de las 20 semanas de amenorrea. Y que solo en 3 de ellos se lograra la meta del 70% de ellas se controlara correctamente con más de cinco controles antes del parto.

énfasis en el desarrollo y cambios organizacionales junto al monitoreo, para desarrollar la estrategia de reforzar la implementación⁵⁸.

10.1.2.1.- Objetivo general

“Analizar las causas de la falta de sistematización en la implementación de la estrategia de APS, integral e interdisciplinaria en el HSJ de Cañada de Gómez para reducir la mortalidad materna infantil, durante los años 2.007-2.012”.

10.1.2.2.- Pretensiones para el diseño

1. Describir en qué grado los EAP aplican el MEC (Desempeño).
2. Describir en qué grado se logran los resultados deseados (Eficacia).
3. Describir en qué grado se minimizan los riesgos (Seguridad).

10.1.3.- Método

Se intervino por programas, servicios y sectores, enmarcando una historia de trabajo, que requirió el conocimiento de la producción; seleccionándose los egresos maternos, como los captados por los CAPS e institucionalizados hasta el puerperio inmediato.

La búsqueda de requisitos de calidad, permitió detectar actividades críticas, la propuesta de indicadores y un plan para observar cambios que puedan contribuir a ofrecer mejor atención. Del análisis de la información obtenida del total de egresos maternos por cualquier causa durante el 2.006, describió en qué grado se logró la eficacia deseada, analizando resultados obtenidos

⁵⁸ La calidad total sería una estrategia de gestión de la organización, cuyo objetivo principal es satisfacer de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés (excelencia). Mejoramiento continuo el proceso de autocontrol de la estrategia misma, centrado en el cliente y sus necesidades, y que lo involucra en sus actividades; que consiste en la identificación permanente de aspectos que resulten susceptibles de mejora, con el fin de los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

en cuanto a captación precoz, controles adecuados, bajo peso del recién nacido y la hospitalización neonatal⁵⁹.

10. 2.- Logros organizativos

1.- Se extendió la capacitación a otros referentes comunitarios para definir la población adscripta para cada CAPS. 2.- Se mejoró el uso de los mismos a fin de evaluar la producción de cada EAP, incorporando la realización de talleres de adaptación de los RAP. 3.- Se incorporaron encuestas en la post consulta y en los hogares de la población objeto del programa. 4.- Se capacitó en la utilización de la propuesta y el uso correcto de la información, 5.- Se difundió el programa de salud reproductiva y procreación responsable,

10.3.- Propuestas a las limitaciones de las acciones emprendidas

A.- Se construyó una instancia para la reflexión y debate UAE. B.- Las Investigaciones Operativas (IO) fortalecieron el desempeño, y la oportunidad del relevamiento de la información sanitaria⁶⁰. C.- Se observaron modelos de gestión, organización, y financiamiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). D.- Se realizaron talleres para la evaluación de las intervenciones. E.- Se implementó un sistema de recolección, procesamiento, registro y análisis de la información. F.- Se promovieron encuentros entre los EAP y las vecinales para la reflexión y estrategias de comunicación EPS. G.- Se trabajó en encuadres contextuales y teóricos para detectar los problemas en prácticas comunitarias. H.- Se necesitó el trabajo mancomunado con la UAE, en la detección de problemas, y sus soluciones. I.- Se integraron programas en procreación responsable, salud reproductiva, embarazo y factores de riesgo.

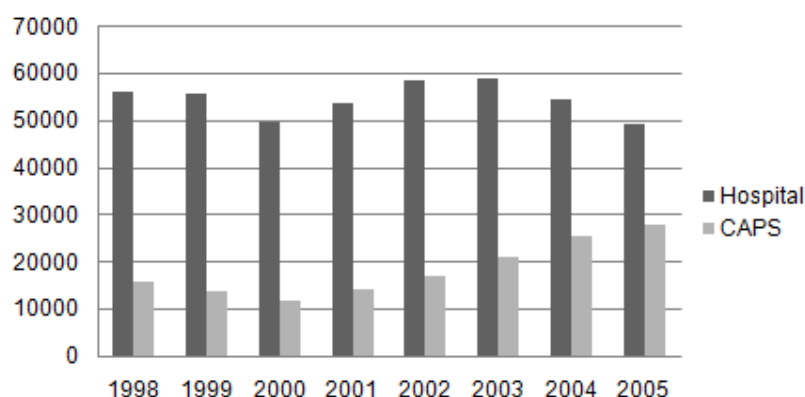
⁵⁹ La prevalencia del bajo peso de nacimiento descendió de un 5,6% al 1,7% (3,9%), y la hospitalización neonatal de un 11,7% al 4,5% (7,2%) durante el periodo 2.001-2.006. Esto nos hace pensar que el mayor descenso en la hospitalización neonatal, de podría deber que lo que más rápido se implementó ha sido por la presencia del médico obstetra y del médico pediatra en todos los nacimientos.

⁶⁰ Se capacitó, como en todos los programas de salud a las JHS en realizar encuestas en la post consulta en recabar datos para saber si sabía donde y cuando consultar ante una amenorrea, donde diagnosticar la causa de ella, cuando hacer su primer consulta, como continuar con sus controles y cuidados necesarios, y cuando internarse ante el trabajo de parto.

11.- LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA ⁶¹ (con la implementación de la APS)

En su momento, lo emblemático ha sido el análisis situacional⁶² (Sala de situación narrativa), donde se centró la ejecución de actividades concretas en la evolución de las consultas durante el período de 1.998-2.006; las consultas hospitalarias fueron muy superiores a las de la APS. Brecha que mantuvo un paralelismo hasta el comienzo del milenio, momento de su transformación en pilares de la atención médica; y en el redireccionamiento que hizo a la importancia de la APS⁶³.

GRÁFICO N° 8: Evolución de las consultas médicas. Efectores públicos. Cañada de Gómez. Periodo 1.998-2.005



FUENTE: Resumen mensual de consultorio externo

En cuanto a la distribución de las consultas médicas por género, en el último año informado, se notó la prevalencia del sexo femenino, un 78%; marcada demanda que prevaleció en el grupo de etario de 15 a 49 años; no hace otra cosa que priorizar nuestras acciones en la propuesta para elaborar objetivos, hipótesis, explicar fenómenos y estimar o crear situaciones futuras.

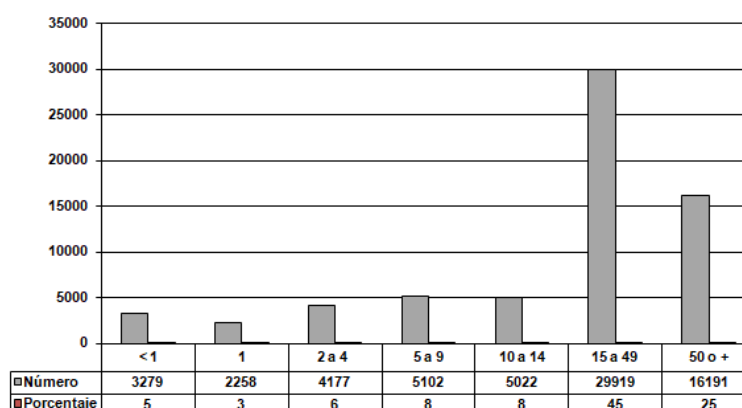
⁶¹ Como se sabe, los “resultados”, son las consecuencias de la atención, o la falta de ella, en la salud de quienes la reciben o no; que a su vez estará influido siempre por el proceso influido por las características estructurales.

⁶² “Análisis longitudinal de la producción hospitalaria con la implementación de la APS”. 2.006. Presentación de la Zona VI de Salud. HSJ. Cañada de Gómez.

⁶³ En la actualidad, durante el último año informado, la brecha existente entre las consultas intra y extrahospitalarias solo es la mitad, creciendo un 4,5% anual promedio.

GRÁFICO N° 9: Distribución de las consultas médicas por grupos de edad.

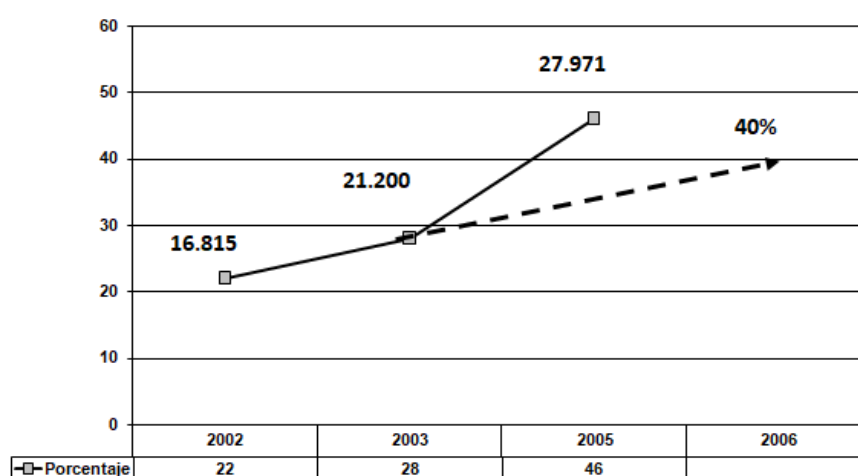
Año 2005. Efectores públicos. Cañada de Gómez



FUENTE: Resumen mensual de consultorio externo.

En el análisis de los logros que aportaron en el redireccionamiento de la descentralización, se lograron metas que se adelantaron a las propuestas; con el fin de identificar y analizar los problemas; todo ello, generó hipótesis acerca de las posibles causas dentro de un proceso⁶⁴.

GRÁFICO N° 10: Evolución de las consultas médicas en los diferentes CAPS. Periodo 2002-2005. Porcentajes y meta 2006.



FUENTE: Resumen mensual de consultorio externo.

⁶⁴ Analizando metas establecidas de implementación de la estrategia, se propusieron para el 2.005 que el 60% de las consultas por embarazo lo hagan precozmente, y que el 70% tenga los controles adecuados antes del parto; que para el 2.007 se establecieron en un 70% y 80% respectivamente.

El acceso dificultado de la población y la adhesión en el uso que hace de los mismos, alertó sobre la necesidad de acciones comunitarias para que el género femenino sepa cuándo y dónde deben buscar atención; todo ello dentro de los esfuerzos necesarios como indicador completo para evaluar el logro de nuestras acciones⁶⁵.

⁶⁵ La propuesta es que en el futuro, la brecha existente entre las consultas intra y extra-hospitalaria esté dada por las características del hospital; que su distribución por sectores debe priorizar como pilar fundamental a la consulta por amenorrea; que las de APS deberían continuar creciendo un 4,5% anual promedio en todos los CAPS; que distribución de las consultas por género en el sector de APS debe superar el 75% al que había llegado en el 2.006.

TERCERA PARTE

Se describe como una instancia de reflexión, como un modo de recoger compromisos fallidos en algunas de nuestras actividades; que dio cuenta y analizó experiencias con el fin de darlas a conocer, tomando conciencia de lo realizado, y enriquecidos al modificar nuestro conocimiento, y poder expresarlo.

La universalidad de la importancia repercutió en el estado de salud de quienes nacen. Es por ello, que se analizó el peso porcentual de los egresos maternos por parto del servicio de obstetricia durante el mismo periodo; según procedencia, y con los instrumentos necesarios para el seguimiento.

12.- SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Se presentan elementos que podrían concebirla en forma programática, como herramienta para toma de decisiones; incorporación algo desconocida para este “momento de tiempo real”.

12.1.- La evaluación

Enlaza resultados con logros, retos con propuestas, en un “continuo de la atención”⁶⁶, que condujo a su revisión para el mejoramiento de las acciones. Abarcó desde el análisis de documentos, entrevistas, y visitas de campo, como procedimientos de recolección de información: 1) Un CMDDB aportados por el SES, y recolectado por la Co APS, UAMID, y UAE, que conformaron una UAI (2.006). 2) Un coordinador pediátrico a la UAI (2.007). 3) Una supervisión programada de los CAPS, sus recursos físicos y humanos, sobre controles femeninos en edad reproductiva (2.004-2.007). 4) El correcto y oportuno llenado de los instrumentos de registro, y la carga de datos en ambos sistemas: el SIP y el RAP (2.010). 5) Recolección para el censo diario de sectores, registro de ingresos, egresos y pases, recursos humanos, el equipamiento y las camas disponibles (2.006-2.007). 6) La programación entre los sectores y efectores involucrados en las prestaciones ambulatorias de los egresos maternos e infantiles (2.010). 7) Entrevistas en relación al proceso, observación de normativas vigentes, y revisión selectiva durante el mismo. 8) El seguimiento de la información y verificación de la necesidad del cumplimiento para la utilización del SIP. 9) La agrupación y sustento de conclusiones e información producida por unidades administrativas. 10) La recolección diaria y registro de los ingresos, egresos y pases, modalidad de atención, tipo de establecimiento, recursos, equipamiento (2.006 y 2.007). 11) Origen de los ingresos que se derivan desde efectores que controlan embarazadas (2.006). 12) Monitoreo y seguimiento de los egresos de alto riesgo y hospitalizaciones neonatales, y la implementación de la “Guía para

⁶⁶ El trabajo actualiza los objetivos y las actividades para las consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada de bajo riesgo con miembros del equipo de salud para la vigilancia de la evolución del embarazo y una preparación adecuada para el parto y la crianza. (Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido).

la vigilancia del parto”, el “Informe del servicio de 107”, “Hojas de ruta” y el “Pase a otro servicio, sector o efector” (2.007). 13) La internación, los datos del sector, diagnóstico principal concordante con la especialidad, y egresos por diagnóstico de toda persona gestante que ingresa al sector en trabajo de parto (2.008). 14) La recolección diaria por paciente, patología y edad, para el análisis de las prestaciones bioquímicas del sector, con información actualizada y correctamente informada (2.009). 15) La recolección diaria por paciente, patología y edad, para el análisis de las prestaciones ecográficas y radiográficas de gestantes y niños del sector, con información actualizada y correctamente informada (2.009).

12.2.- Resultados

Se necesitó de un instrumento de registro por especialidad, objetivo claro en la mejora de la atención; basado en lista de problemas y un esquema que facilite la carga de datos, independizando el momento asistencial del momento administrativo. Mejorando la participación de los EAP dentro de la organización, continuando con un sistema informal de EPS por la UAMID, instituyendo un sistema de referencia, y contrarreferencia, asegurando coordinación y continuidad en la atención, modificando el organigrama de los servicios con unidades de producción, proyectando la elaboración de metas, realizando talleres para la reflexión y planificación, analizando factores que inciden en la fragmentación de los servicios y desigualdades de acceso, aportando elementos para la renovación de la APS como eje orientador, reconociendo al personal de enfermería, la habilidad de control del registro de datos, recomendaciones y la evaluación de los reclamos.

La proporción de personal capacitado, reflejó los logros obtenidos⁶⁷, la proporción de los servicios que cuentan con un personal capacitado, el

⁶⁷ La cuarta parte de los médicos del PFO, MIR, y MGF, utilizan los “Caminos críticos” para el seguimiento del trabajo de parto. La totalidad del personal de enfermería del sector de internación, gerencian el trabajo de parto por pacientes, y los especialistas por enfermedad. Uno de cada 10 médicos de la APS coordinan por paciente el trabajo de parto (10%). La mitad de los sectores organizacionales del 2° y 3° nivel de atención, son coordinados por usuarios internos de la APS (70%). La mitad de los servicios organizacionales del 2° y 3° nivel de atención, son coordinados por usuarios internos de la APS (50%).

acceso; la provisión de suministros, un requisito para considerar si brindan atención; la inadecuada proporción de los que cuentan con ella, la cobertura alcanzada; la proporción de los servicios que contaban con supervisión regular, reflejó lo que se hizo; la alta proporción de personas gestantes que conocen cuándo buscar atención ha redundado en un mayor estado de alerta por parte de ellas, y esto se ha debido a los esfuerzos desplegados por la APS; la búsqueda de atención cuando necesita seguimiento ha sido el indicador de uso más completo para evaluar un conjunto de acciones.

12. 2. 1.- Egresos maternos con control precoz

De los 2.445 egresos durante el año 2.006, este equipo revisó 1.834 (75%), de los cuales 291 (12%), egresaron desde el Servicio de Obstetricia, seleccionándose 220 (76%) de aquellas que fueron madres⁶⁸. Fue así que el ETSRSBIO analizó la información de los que fueron captados por diferentes efectores, y que iniciaron controles antes de las 20 semanas de amenorrea RAP (2.001-2.006); observándose en promedio, que el 50% lo habían hecho precozmente, sabiendo de antemano, que a nivel zonal se redujeron entre un 21 a 23% respectivamente. Un 4.6% anual promedio en este último quinquenio; es decir que fueron variando entre un 60% a un 70%. Por todo ello, este tipo de consulta precoz y que dieron a luz en el hospital, tuvieron un rango muy amplio, entre un 36 a un 81%.

12. 2. 2.- Egresos maternos con controles periódicos

En aquellos captados por la APS y derivadas al servicio de obstetricia vemos una variación temporal en las metas establecidas; partiendo de un 80% para el año 2.000, un 100% para el 2.005 y un 80% para los periodos venideros RAP (2.001-2.006). Si analizamos los embarazos con 5 o más controles que tuvieron su parto en el hospital, varían de un 48 a 74%. Las metas fueron variando, ya que se logró para el 2.005 un 70% y para el 2.007 un 80% y en promedio corresponde un 60% en la APS.

⁶⁸ Del total de egresos femeninos, la primer causa fue el parto (19%); la segunda por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio (11%). y la tercer, cuarta y quinta por ITU, colestasis, colecistitis, y aborto (13%).

12. 2. 3.- Egresos maternos con controles universales y completos

Del total de internaciones que tuvieron su parto en el HSJ, 182 (83%) pertenecían a las que consultaron en los diferentes EAP y el resto, 38 (17%) a las que consultaron en otros servicios, la tercera parte de ellas de esta área programática y el resto (66%) de localidades cercanas. De los partos ocurridos en el servicio, 41 (19%) carecían de (HCPB), siendo 14 (34%) de esta ciudad y 27 (66%) del resto del área programática; de los ocurridos en el servicio, 179 (81%) contaban con dicho instrumento de registro.

12. 2. 4.- Indicador propuesto y limitaciones de las repercusiones

En el último quinquenio, el descenso de ambos ha sido del 12 y el 14 % anual promedio respectivamente, no alcanzándose la meta establecida para la hospitalización neonatal; se esperaba una meta del 3% para el año 2007. En la evaluación de los egresos maternos con resultados actualizados de la serología el 96% tenían correcta la primera determinación; en la segunda determinación, solo el 55%. En los egresos maternos que carecían de la HCPB, la primera determinación llegaba al 61%, y la segunda al 17%.

12. 3.- Repercusiones

La evaluación de la mortalidad ha sido una de las actividades de mayor trascendencia para establecer su impacto, y la clasificación de las mismas, la que se propone para establecer el grado de responsabilidad de los servicios, con criterios de evitabilidad.

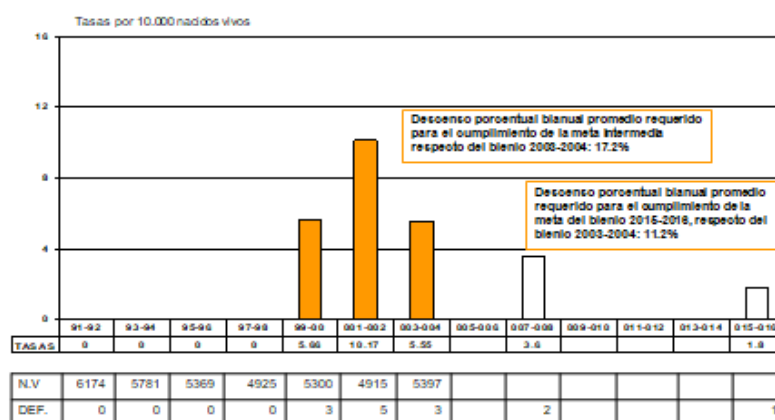
12. 3. 1.- Mejorar la salud materna

Requirió del incremento de la tendencia descendente y sostenida por venir⁶⁹, y requirió a partir del bienio 2.003-2.004 un descenso bianual promedio de 17.2 %; y a partir del bienio 2.007-2.008, un descenso de 17.5 %. La meta

⁶⁹ Las infecciones puerperales fueron responsables de las tres cuartas partes de las muertes durante el periodo 2.002-2.004, y que tres de las cuatro muertes ocurridas, fueron por causas asociadas al embarazo y podrían haberse evitado con el cuidado de la gestación, atención apropiada del parto y nacimiento; así como el seguimiento y control del puerperio.

intermedia requirió que no se registren más de 2 defunciones; y la tasa de 1.8 por 10.000 nacidos vivos en el bienio 2.015-2.016, requiere que no se registre más de una muerte. Quiere decir una TMM para 2.007- 2.008, un 35 % menos que 2.003-2.004 y un 68 % para el bienio 2.015-2.016, respecto de ese bienio⁷⁰.

GRÁFICO N° 11: Mortalidad materna en la Zona VI de salud. Periodo 1991-2004. Número y tasas. Metas proyectadas para los bienios 2007-2008 y 2015-2016.



FUENTE: Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud. Dirección Provincial de Estadísticas de Salud.

12. 3. 2.- Reducir la mortalidad infantil

La Cumbre Mundial a favor de la Infancia pidió disminuirla en un tercio⁷¹. Las metas adoptadas para el 2.015, y las del 2.007, requirieron que se reduzcan aún más. En 1.982-1.984, la Tasa de Mortalidad en Menores de un año (TMM1) era del 18.7 por 1.000 nacidos vivos, tasa que baja en el trienio 2.003-2.005 a 10.2 por 1.000 nacidos vivos, que permitió evitar la muerte de 88 niños⁷². El descenso trianual promedio fue del 6,4%, en Iriondo, Caseros

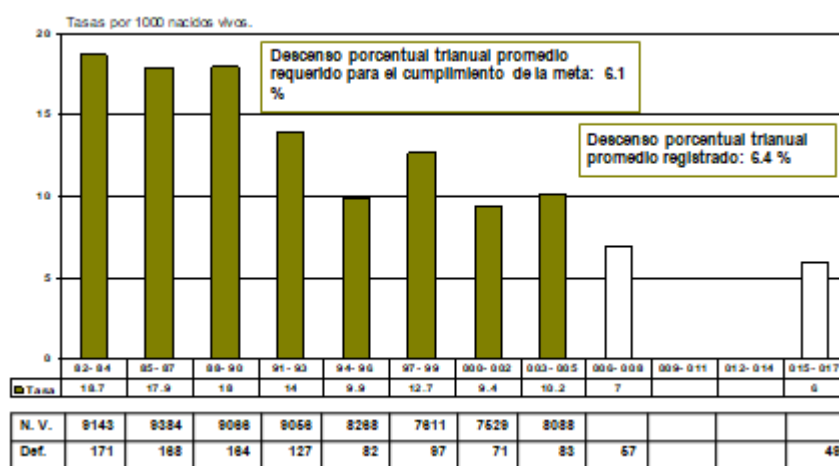
⁷⁰ En cuanto a la tasa de mortalidad materna nacional, durante el 2.009 pasó de 4 a 5,5 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos. Durante 2.015 el 3,9 por 10.000 nacidos vivos.

⁷¹ En el marco de los ODM la Argentina en el año 2.005 debería haber alcanzado una TMI de 8,5 por mil nacidos vivos. La TMI de la Argentina del 2.015 fue de 9,7 por mil nacidos vivos.

⁷² El perfil para el último año disponible mostró a las afecciones originadas en el periodo perinatal como la principal causa, aproximadamente el 57% del total de defunciones en el

y Belgrano (4,2/4.3/8.2% respectivamente); superior a la requerida (3,9%). Para alcanzar en el trienio 2.015-2.017 una TMM1 de 6 por 1.000 nacidos vivos, se requirió un descenso trianual promedio de 6.1%; el logro requirió que no supere las 49 defunciones trianuales. Para que Iriondo, Caseros y Belgrano alcancen una tasa de 5,8/5,1/6,6 por 1.000 nacidos vivos respectivamente, se requirió que el ritmo de descenso trianual promedio de 5,1/5,8/6,7; esto quiere decir, reducir la mortalidad infantil el 50% para el trienio 2006-2008 y un 57% para el trienio 2015-2017, con respecto a los valores del trienio 1991-1993⁷³.

GRÁFICO N° 12: Mortalidad infantil en la Zona VI de salud. Periodo 1982-2005. Número y tasas. Metas proyectadas trianuales para 2006-2008 y 2015-2017.



FUENTE: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud. Dirección Provincial de Estadísticas de Salud.

2.005; así las anomalías congénitas se ubicaron como la segunda causa y en tercer lugar se ubicaron las muertes súbitas y sin especificar.

⁷³ Uno de los indicadores más claros de la situación epidemiológica es la TMI, que en el 2.009 fue del 12,1 por mil nacidos vivos; teniendo en cuenta que el 57% de las neonatales son reducibles.

13.- LAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS, Y LA ORGANIZACIÓN DE PROCESOS DE REFORMA

Se pretendió alcanzar en términos de reducción, problemas que creímos afectaron la sistematización y el uso que se hace de las facilidades puestas a disposición; resultados que tuvieron que ver con las preocupaciones en la protección de un nivel mínimo de salud y el compromiso de alcanzarlo⁷⁴.

Se abordó la evaluación de la sistematización, lógica de acciones de intento para el logro de objetivos supuestos en la narrativa de los acontecimientos, y alcanzar los resultados deseados. Todo lo cual implicó una voluntad y compromiso político para: 1.-Fortalecer en el primer nivel, la atención de las niñas en edad reproductiva. 2.-Aumentar la capacidad resolutive en relación al control del embarazo. 3.-Fortalecer sistemas de detección e intervención coordinados. 4.-Aumentar la cobertura. 5.-Aumentar la eficiencia en la atención de la embarazada. 6.-Incorporar actividades de control en la programación local de la subregión. 7.-Elaborar políticas saludables en el cuidado femenino. 8.-Incorporar metas programáticas en la estrategia de APS. 9.-Educar en aspectos reproductivos y procreación responsable. 10.-Coordinar la emisión de mensajes en torno al cuidado de ellas. 11.-Incorporar contenidos de evaluación del desempeño en las vecinales. 12.-Incorporar contenidos programáticos en curriculas de recursos humanos.

Se agregaron cambios en la planificación, sin dejar de lado nuestra visión institucional⁷⁵; aunque dichas propuestas y cambios, no tuvieran en cuenta el nuevo enfoque dentro del proceso globalizador en que fuimos inmersos. La actividad primaria estuvo centrada en actividades concretas de EPS.

⁷⁴ La “Conferencia Sanitaria Panamericana” enfatizó hace más de veinte años el desarrollo de la infraestructura de los servicios con énfasis en los problemas de los grupos más vulnerables por medio de programas específicos puestos en marcha y el proceso de administración del conocimiento, en concordancia con la estrategia de gestión para utilización óptima de los recursos.

⁷⁵ El peso porcentual de las consultas femeninas, la baja captación de la mujer con amenorrea y el inadecuado control del embarazo; hizo necesario el corrimiento de la demanda al primer nivel de atención, redistribuyendo las consultas por edad, género y servicio, e implementando el control de la mujer como estrategia de APS.

13. 1.- Mejoramiento de la calidad y eficiencia

Se analizaron estrategias para la obtención de logros con énfasis en el monitoreo, evaluación y cambios comparativos; aunque no se pudo asegurar el desempeño, su desarrollo, y la necesidad de cambios organizacionales. Hubo un esfuerzo cíclico y continuo (mejoramiento), en herramientas de la reingeniería (Benchmarking); a pesar de algunos errores en la asignación, distribución y falta de comunicación.

Las actividades realizadas, y la integración de la experiencia con la mejor evidencia, identificaron discrepancias; pero la experiencia ganada en el campo de la atención de personas gestantes, la mayor complejidad de las prestaciones, las nuevas necesidades de eficiencia y eficacia, las mayores expectativas del género y los avances en los conocimientos; mejoraron la calidad en la atención de su salud.

Época de cambios en la gestión, de centralización obstétrica de la demanda, de actividades programáticas, de necesidad de un triage de comienzo, y durante del trabajo de parto; donde el ETSRSBIO presentó a los directores de hospitales y efectores de áreas programáticas, y la coordinación del Nodo de Salud Rosario⁷⁶; objetivos que tienen que ver con las Metas de Salud Materno-Infantil, y las posibilidades reales sistematizarla. En el intento de modificar la situación y mejorar la información, se hizo uso del SIP, las tecnologías perinatales, el pronunciamiento en la recopilación y difusión de casos problemáticos, de formatos actualizados de notas de derivación, traslado, reporte de estudios, de apoyo diagnóstico, y notas al alta.

13. 2.- Solicitud de aprobación de formatos para el seguimiento

Al momento de tiempo real se involucraron los departamentos Belgrano e Iriondo Oeste (catorce efectores y servicios auxiliares), equipos ante quienes fue presentada la “Propuesta de Mejoramiento de la Calidad” y elaborar el Informe correspondiente. Se definieron indicadores según un modelo de

⁷⁶ El día 14 de Mayo de 2.008 se terminó de elaborar la propuesta presentada el día Miércoles 21 de Mayo del mismo año, a las 09:00 Horas en el Salón Auditorium de la Escuela de Enfermería del HSJ de nuestra ciudad ante autoridades competentes.

sistema haciendo hincapié en proveedores logísticos y financieros, de capacitación, provisión de suministros y supervisión. Los servicios con personal capacitado en el MEC, con cobertura de seguimiento que equipare a la captación, los que hacen localización y búsqueda activa de embarazadas que no se controlan y cobertura de embarazos con antecedentes desfavorables para el binomio.

Se desarrolló un pensamiento: ¿Qué hicimos con tanta información?; respuesta que llevó a analizar la perspectiva de los servicios de salud, su transición y relación entre las tendencias, teniendo en cuenta la relación entre los elementos de la gestión y las estrategias de garantía, con énfasis en el desarrollo y cambios organizacionales junto al monitoreo para desarrollar una estrategia de actividades de implementación.

La identificación y análisis de los requisitos de calidad para insumos, estructura y proceso, definió las actividades críticas para comprender el incumplimiento de estándares de calidad propuestos, como metas a alcanzar de productos, efectos y repercusiones. Se hizo referencia a la organización de las derivaciones de los recién nacidos, en función de la opinión de todos los profesionales involucrados y la posibilidad de evitar la expulsión de las hospitalizaciones neonatales, con la probabilidad de contención contractual con la complejidad existente en la zona; y a continuación se problematizó la norma de atención en función de la construcción de una red de trabajo, desarrollando los lineamientos establecidos por el PPP y el cumplimiento de la misma a través de la asociación, compartiendo objetivos y proyectos.

13. 3.- Requisitos de calidad para actividades críticas

La revisión de las historias clínicas, la aplicación de listas de verificación, guías de observación, la mayor cobertura en la salud femenina, y un CMDB

que analice la producción de los servicios involucrados, serían acciones para corregirlos o detener la reaparición⁷⁷.

Nuevos indicadores fueron establecidos refiriéndose al uso que se hace de cada CAPS, y el porcentaje de egresos maternos que consultaron en los efectores públicos de la subregión. El documento que fundamentó el uso de los mismos ha sido “Tecnologías Perinatales”, y en cuanto a las fuentes de datos, el Resumen Diario de Consultas (RDC), el análisis de la producción y servicios, las HCPB, el CP, internaciones, entrevistas a los informantes claves, guías de supervisión acotadas y los egresos maternos.

Se establecieron actividades de recopilación, de captura, de tabulación, de análisis y elaboración de los reportes cuya recopilación será diaria; la concentración mensual y el análisis de reportes y validación anual; procedimientos que incluirán indicadores que permitan comparaciones y pruebas estadísticas con la información que arroja el SIP. De todo esto, surgirían indicadores referidos a los resultados, el producto y efectos a mediano y largo plazo, de calidad referidos a las actividades críticas (factores a controlar y resultados esperados), referidos a requisitos que afecten la realización de la implementación del proceso, se seleccionaron la proporción de proveedores de insumos de servicios auxiliares, capacitación, provisión de suministros cumplen con los requisitos de calidad de correspondientes y la proporción de proveedores de estructura, logísticos y financieros que cumplen con los requisitos de calidad correspondientes⁷⁸.

⁷⁷ En países en desarrollo, estos programas son mal implementados, y las visitas a las CIAs, pueden ser irregulares y con largos tiempos de espera y una deficiente información a las mujeres.

⁷⁸ Todo ello fue acotando valores sobre los que se sustentaba el ejercicio profesional, ya que la aceptación, reciprocidad, solidaridad y confianza han traído incertidumbre y tensiones en esta situación paradigmática de aquellos valores sobre los que se pensó la nueva ética; lo cual implica la problematización de nuevas relaciones.

14.- INTERVENCIONES

Se acompañó a las personas gestantes durante todo el proceso, con la información actualizada de las determinaciones correspondientes a las enfermedades de transmisión vertical, en el primero y último trimestre del embarazo, el control ecográfico fetal en el primero y último de los trimestres. El “triage de comienzo” y el Partograma en todos los trabajos de parto institucionalizados, que todos los egresos sean con HCPB, y todos los recién nacidos con CP, correctamente completados; y que la información se vuelque en forma actualizada al SIP.

Las intervenciones, que se elaboraron en el marco de mejoramiento de procesos se basaron en: 1).-Incorporar el control del embarazo de bajo riesgo dentro de la estrategia de APS, a cargo del profesional médico del EAP correspondiente en cada CAPS. 2).-Mejorar el conocimiento de los aspectos a investigar y explorar en cada uno de los EAP (localización y búsqueda activa) de la embarazada, y la creación de un fichero calendario para el seguimiento prenatal. 3).-Programar actividades con los integrantes de los diferentes CAPS a través de la formación del recurso humano, relacionado con el cuidado del embarazo. 4).-Reforzar la red perinatal, y la referencia y contrarreferencia; prevaleciendo un enfoque de riesgo. 5).-Institucionalizar el seguimiento del riesgo por el servicio de obstetricia. 6).-Promocionar la protección y apoyo de la lactancia materna por el personal técnico de la escuela de enfermería y de la carrera de MGF durante el puerperio inmediato. 7).-El cumplimiento de las políticas, planes y productos organizados para cada servicio. 8).-Aplicar guías de observación, y listas de verificación en la revisión sistemática de los egresos maternos. 9).-Trabajar específicamente con los captados por la APS y controlados adecuadamente por los distintos EAP, oportunamente informados, con el partograma confeccionado y los que controlaron su puerperio en la APS.

15.- MARCO INTERPRETATIVO

Quisimos adoptar un modelo donde los retos organizacionales y aspectos relativos a su sistematización ocupen un lugar más destacado, y ser la base del proyecto; el que intenta revertir un “paradigma tecnocrático”, aún no resuelto. La discusión pasó por: a) la municipalización o autonomía local; b) el precepto, que la salud es derecho de todos y un deber nuestro; y, c) la transversalidad del eje político y discursivo de las prácticas; durante los complejos procesos de la salud colectiva.

Aunque nuestro sistema se caracteriza por la inequidad, que partimos de la individualización de problemas y la organización de los servicios para solucionarlos, generando acuerdos para el desarrollo de las políticas implementadas; hubo evidencias que enfatizaron articulaciones que fueron privilegiado la APS, y los espacios para ser proyectados institucionalmente.

El estancamiento de algunos indicadores y el desgaste del sector exigieron la necesidad de reformas, el fortalecimiento de las capacidades, la respuesta a las prioridades, y necesidades, como la formulación de modelos que sustenten cambios de reglas y articulación de los actores.

La evaluación de sistemas de apoyo trajo expectativas como la perspectiva de los servicios, la propuesta e informe para la mejora, la demanda del recurso humano, la sobrecarga de los servicios auxiliares, los formatos para la captación, seguimiento y finalización, la comprensión de los procesos de interacción, y la transformación en espacios de observación; lo que dependerá de los actores en el tiempo. La situación intermedia entre las metas establecidas y el uso inadecuado de tecnología de registro, alteraron la toma de decisiones, lo que permitió inferir que los resultados no serían estables, con aumentos posteriores a los descensos, y que desde hace tiempo no se viene realizando actividades de supervisión, alterando así la toma de decisiones.

En el intento de mejoramiento de la calidad⁷⁹, se identificaron discrepancias entre los servicios, y sus expectativas, basándose en principios centrados en el cliente, los sistemas, sus procesos, trabajo en equipo y la utilización de datos. Integrados con el contenido actualizado de la atención, la experiencia clínica, y la mejor evidencia proveniente de investigaciones sistemáticas y el proceso de prestación de atención a un mismo tiempo.

Lo interesante fue, cómo, desde el plano de las reglas, acumulaciones y las decisiones del servicio de obstetricia, se priorizó la atención especializada del embarazo de bajo riesgo desde los EAP, ahora categorizada por la EPS desde la coordinación del recurso humano en formación.

⁷⁹ Las actividades que integró el mejoramiento continuo de calidad fue el contenido actualizado de la atención, integrando la experiencia clínica individual, con la mejor evidencia clínica externa proveniente de investigaciones sistemáticas (Schets y cols,1996) y el proceso de prestación de dicha atención a un mismo tiempo (Batalden t Stolz, 1993).

16.- FORMATOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO

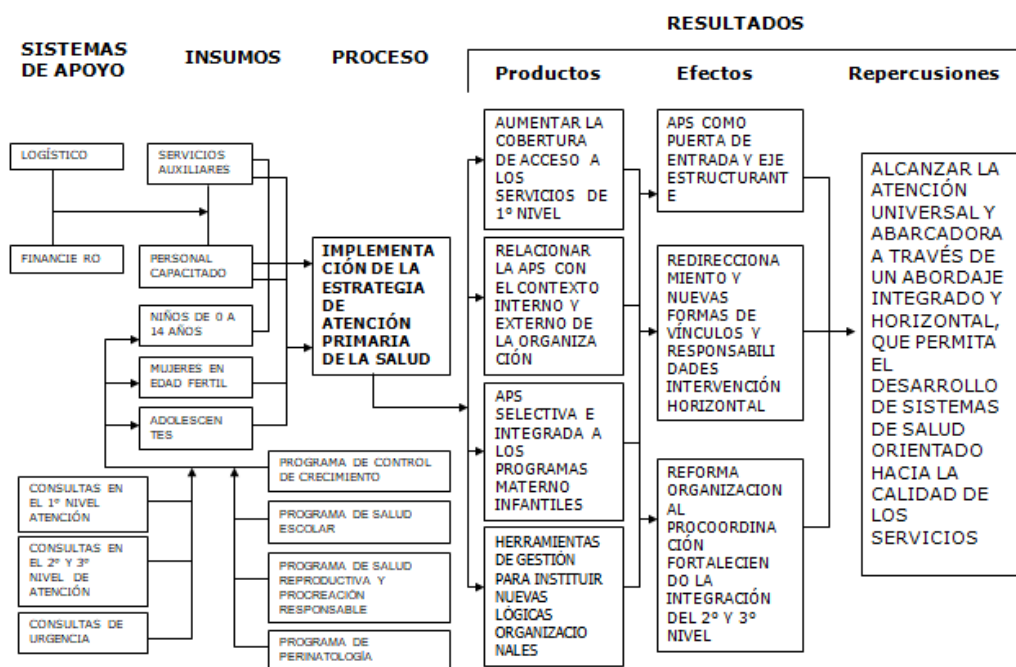
El “modelo de sistema”, la masificación de la demanda, y los aspectos de su sistematización, pasaron a ocupar un lugar destacado; base de un proceso que reposa en el mejoramiento de la eficiencia de los servicios. Para ello se necesitó de una conciencia de “unificación garantizada”, que permita definir la transformación en un proyecto que se fue dando en un contexto de descentralización y gestión autónoma de los servicios. La forma en que fueron funcionando los componentes para mejorar la salud, dependió de todo un proceso que se constituyó en un “sistema de recursos procesados”. El formato de sistematización del proceso de trabajo, se basó en la “implementación de la estrategia de la organización:

A.- Productos: 1.- Aumentar la cobertura de acceso a los servicios de primer nivel. 2.- Relacionar el contexto interno y externo de la organización. 3.- APS selectiva e integrada al programa materno infantil. 4.- Herramientas de gestión para instituir nuevas lógicas organizacionales.

B.- Efectos: 1.- APS como puerta de entrada y eje estructurante. 2.- Redireccionamiento y nuevas formas de vínculos y responsabilidades en la horizontalización de las intervenciones. 3.- Reforma organizacional, pro-coordinación fortaleciendo la integración al segundo y tercer nivel.

C.- Repercusiones: 1.- Alcanzar la atención universal y abarcadora. 2.- Abordaje integrado y horizontal. 3.- Desarrollo de sistemas de salud orientados hacia la calidad de los servicios.

GRÁFICO N° 13: Modelo de sistema



FUENTE: Recreación gráfica de la modelación de sistemas y procesos

16. 1.- Requisitos de calidad para insumos y estructura⁸⁰

Como la combinación de elementos de la estructura no pudo asegurar el desempeño, para los objetivos, y el desarrollo de algunos retos, fueron necesario “cambios para la corrección oportuna”⁸¹.

El énfasis en el “monitoreo” y la “evaluación” permitieron la modelación de sistemas y procesos (aseguramiento), en el reconocimiento y análisis de las condiciones para la gestión; el “diseño” y “cambios organizacionales” permitieron analizar logros de implementación (reingeniería); el “desarrollo” y “cambios organizativos”, junto al “monitoreo” permitieron propuestas para las

⁸⁰ A pesar que los recursos y actividades que se llevaron a cabo, fueron abordadas en conjunto la forma de considerar la calidad en forma de insumos, estructura, procesos y resultados; no se basaron en una transformación gerencial sistemática, diseñada para abordar las necesidades y oportunidades de todos los servicios, en la medida que estos intenten enfrentarse a los constantes cambios, complejidades y tensiones dentro de sus entornos.

⁸¹ A pesar de la verificación periódica del cumplimiento de estándares, el análisis en el esfuerzo cíclico y continuo basado en herramientas estadísticas, y el sistema de evaluación comparativa; la reingeniería se vio afectada por errores en la asignación, distribución de la autoridad y falta de comunicación; con la construcción de una sala de situación narrativa mejoraron el Benchmarking hacia la prevención y corrección oportuna.

actividades (calidad total/mejoramiento continuo); el “monitoreo” con un “sistema de comparación de mediciones” permitieron la sala de situación narrativa (benchmarking); el “desempeño anterior” y la conformación de “equipos de revisión”, conocer el proceso e interpretar el nivel de calidad (hipótesis causales).

La identificación de los “requisitos de calidad de resultados”, el “análisis del proceso” y la “identificación de los insumos y estructura”, permitieron: 1.- identificación y análisis de actividades críticas, 2.- desarrollo de indicadores, estándares, y 3.- plan de medición para comenzar a observar cambios que puedan contribuir a ofrecer mejor atención.

Tomamos indicadores que tengan que ver con servicios auxiliares, capacitación, suministros, supervisión, población bajo programa (insumos); el adiestramiento administrativo, el diagnóstico, las condiciones necesarias para la aplicación del MEC, y la información de la amenorrea (requisitos). Los clientes: el personal técnico de áreas, sectores y servicios, el ETSRSBIO, los sectores de internación, cirugía, partos y neonatología, el CA y la CoAPS (proveedores).

Además tomamos indicadores que tengan que ver con: la parte logística, financiera, los CAPS, consultas de guardia (estructura), APS y las hospitalarias; la proyección, asesoramiento, y evaluación de las actividades, la organización de cada servicio, la elaboración de presupuestos y la evaluación del cumplimiento de las políticas, planes y procedimientos (requisitos). En este caso, la UST, la UAC; RH, y SG y la UAI los (proveedores).

16. 2.- Requisitos de calidad para el proceso. (Identificación y análisis)

Se establecieron como actividades: la recepción de la consulta por amenorrea, el registro en el resumen diario de consultas, la consulta de primera vez, el diagnóstico de embarazo, su derivación a ginecología de ser negativo, o la apertura del CP e HCPB de ser positivo, formulario de clasificación (factores de riesgo), el registro de los antecedentes familiares,

personales y obstétricos, el seguimiento del embarazo con cuidados especiales por el servicio de obstetricia, control por el EAP (programa básico), y la institucionalización para el trabajo de parto y la internación conjunta, y su egreso o derivación de la madre o /y el niño.

Se espera lograr una mayor cobertura, una mayor cantidad de datos, analizar la producción por servicios, mejorar la localización y búsqueda activa, una rápida confirmación, mejorar la referencia y contrarreferencia, que prevalezcan los criterios de riesgo, que la cobertura de seguimiento iguale a la captación y que las infecciones puerperales se reduzcan al mínimo, y que todo egreso del RN sea con lactancia materna⁸².

16.3.- Requisitos de calidad para los resultados:

En la “carta de calidad para productos”, la rápida confirmación del embarazo, su seguimiento por los servicios, evitando egresos maternos sin resultados correctamente informados. “En la carta de calidad para efectos”, la inclusión de la propuesta normativa en la estrategia de APS y mejorar la referencia, como la contrarreferencia. “En la carta de calidad para repercusiones”, la institucionalización del trabajo de parto, del seguimiento, parto, reanimación neonatal y la finalización quirúrgica del mismo.

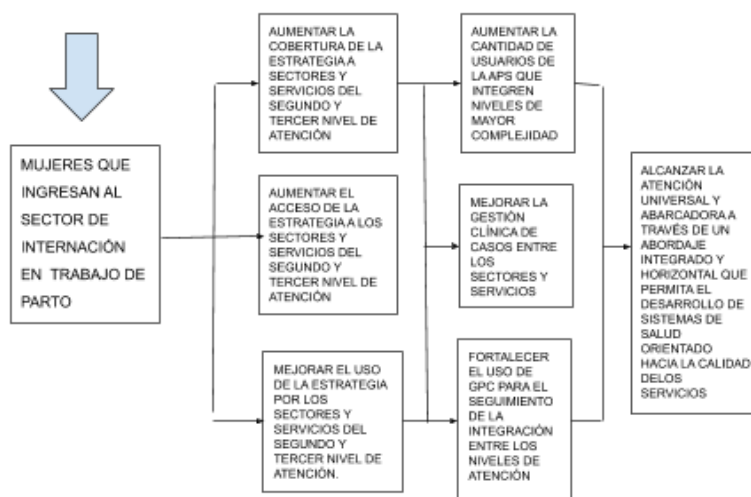
1.- Confirmación embarazo sin auditoría, priorizando semanas de amenorrea desde cada CAPS, seguimiento del embarazo por los diferentes EAP según la accesibilidad a los CAPS, evitando egresos sin resultados informados de las segundas determinaciones de patologías de transmisión perinatal CP, e HCPB confeccionadas e informadas correctamente; incluyendo el uso que la población haga de los CAPS en la estrategia de APS.

⁸² En cuanto a los formatos diseñados, se basa fundamentalmente en cinco controles como mínimo, en los cuales colaboran servicios auxiliares muy importantes para el diagnóstico de estados hipertensivos, de diabetes gestacional, de hemorragias perinatales, de anomalías de duración del crecimiento, de infecciones perinatales, patologías maternas y el sufrimiento fetal agudo; como así también ETS; en los cuales debemos pensar en la recopilación de los datos de aquellos resultados pendientes, y siempre teniendo en cuenta la producción superada de los mismos.

2.- Mejorar la información sobre la evolución del embarazo y sus derivaciones de, y a otros servicios; la institucionalización del trabajo de parto, el parto normal y recepción del recién nacido. Institucionalización del seguimiento del embarazo, parto de alto riesgo y reanimación neonatal. Reducción de la finalización quirúrgica del embarazo e institucionalización del control puerperal⁸³.

En cuanto a la institucionalización del trabajo de parto, el servicio de obstetricia, a través de una nota de traslado, procederá a la derivación materna, si el caso lo requiere. La utilización del partograma, contribuirá a decidir su finalización en forma quirúrgica o en forma espontánea. Una vez que contamos con el producto como culminación de este proceso, puede ocurrir, que se requiera su hospitalización neonatal, con derivación a un centro de mayor complejidad o la internación conjunta en caso de la normalidad.

GRÁFICO N°14: Ciclo de monitoreo de la calidad.



FUENTE: Monitoreo de calidad propuesto por Donabedian (1.990) y adaptado por juran (1.990)

⁸³ Durante el Rooming in, se da el alta al niño, con su documento de salud completo y el pedido de screening neonatal para ser presentado en su primer control de salud del niño y el control puerperal, momento en que la HCPB pasa a estadística, para la carga en el Sistema Informático Perinatal para nutrir las tecnologías perinatales y el CP acompaña el alta materna con datos actualizados para el binomio.

CUARTA PARTE

La selectividad del comienzo, la integralidad de los programas, y los “Talleres de Gestión de los Servicios de Salud”, la insertaron en una etapa que necesitó del compromiso de los mismos, para hacerla más abarcativa.

El redireccionamiento a otras formas de vínculos, mejoraron la participación y aseguraron la coordinación y continuidad de la atención; modificando el organigrama y creando unidades de producción, coordinando y proyectando metas y la necesidad de “Talleres para la Reflexión y Planificación por Unidades”.

17.- REORGANIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO

Un **primer momento**, contribuyó: 1.- Al análisis histórico del monitoreo. 2.- , A observar cambios en la trayectoria de la información. 3.- A la introducción de actividades concretas de planificación. 4.- A la participación institucional. 5.- Con valores fundamentales para el logro de los compromisos.

Un **segundo momento**, contribuyó: 1.- A mejorar la gestión clínica. 2.- A fortalecer el uso de Guías de Práctica Clínica (GPC). 3.- A alcanzar la atención universal y abarcadora. 4.- A ejercer la interdisciplina y la intersectorialidad.

Un **tercer momento**, contribuyó a la replanificación y la revisión permanente del proceso que condujo: 1.- Al “Curso de Implementación”, como proceso continuo de la atención (Seminario sobre la Adaptación de la Estrategia). 2.- A los logros obtenidos (el acceso, la cobertura alcanzada, y lo que hemos hecho). 3.- A la evaluación de los resultados: A) La proporción de usuarios de la APS, que utilizan “Caminos Críticos”. B) La proporción de usuarios de la APS o de servicios que gerencian casos por pacientes o por enfermedades. C) La proporción de usuarios internos que coordinan la APS por paciente. D) La proporción de sectores organizacionales que son coordinados por usuarios internos de la APS.

Un **cuarto momento**, la identificación y análisis de los requisitos de calidad, ya sea del proceso, de las actividades críticas, y de la carta de requisitos para resultados; contribuyó a definir nuevos indicadores en el control de calidad. En la Organización de los procesos: 1.- “Las hipótesis para la corrección”. 2.- La medición anual sistematizada y su grado de alejamiento de los estándares establecidos. 3.- La reingeniería de las acciones. En la Carta de requisitos de calidad: 1.- La revisión sistemática de la producción de los efectores, sectores y servicios. 2.- La revisión sistemática de las historias clínicas. 3.- La aplicación sistemática de guías de observación. 4.- La proyección, asesoramiento y evaluación de las actividades de implementación. 5.- La organización de las actividades de coordinación.

Un **quinto momento**, contribuyó a definir actividades a realizar, donde se resumen factores a controlar, actividades a desarrollar, resultados esperados al describir diferentes actividades; proporcionando procedimientos para la ejecución de auditorías con técnicas específicas y metodología acorde a líneas preestablecidas en el diseño de un proceso de atención, basado en:

- 1.- ¿Quiénes deben ser proveedores al sector?; el área de emergencia, APS, y consultorios especializados.
- 2.- ¿Quiénes intervendrían como marcadores de consumo?; los servicios de obstetricia, pediatría, laboratorio, imágenes y cirugía.
- 3.- ¿Quiénes, intervendrían como “Gerentes de Casos”?; consideramos a quienes monitorean, la “evaluación médica”, las “determinaciones”, el seguimiento de las “recomendaciones médicas” y el “registro de los datos”, del cumplimiento de las mismas, al igual que los “reclamos”; los transformó en el mejor “gerente de casos” para la auditoría interna (Médica/o, personal de enfermería, APS, UAE.
- 5.- ¿Quiénes la “observaciones de las determinaciones”, “recomendaciones médicas”, y el “registro de datos del cumplimiento de las mismas”?; consideramos el personal de enfermería.
- 6.- ¿Quiénes la evaluación de los reclamos, su derivación a centros de mayor complejidad, pase por los servicios auxiliares y pase por otros sectores?; en la evaluación de los reclamos APS, UAE, el gerenciamiento de los mismos incluyó siempre a otros sectores CAPS, UST, UAMID, servicios auxiliares y su derivación; el pase por estadística, y el diagnóstico por egreso para la epicrisis contribuyeron a la producción por servicios UST.
- 7.- ¿Quiénes confeccionarán un resumen y diagnóstico certero al egreso, y la localización por efector?; UAMID, CAPS, EAP.

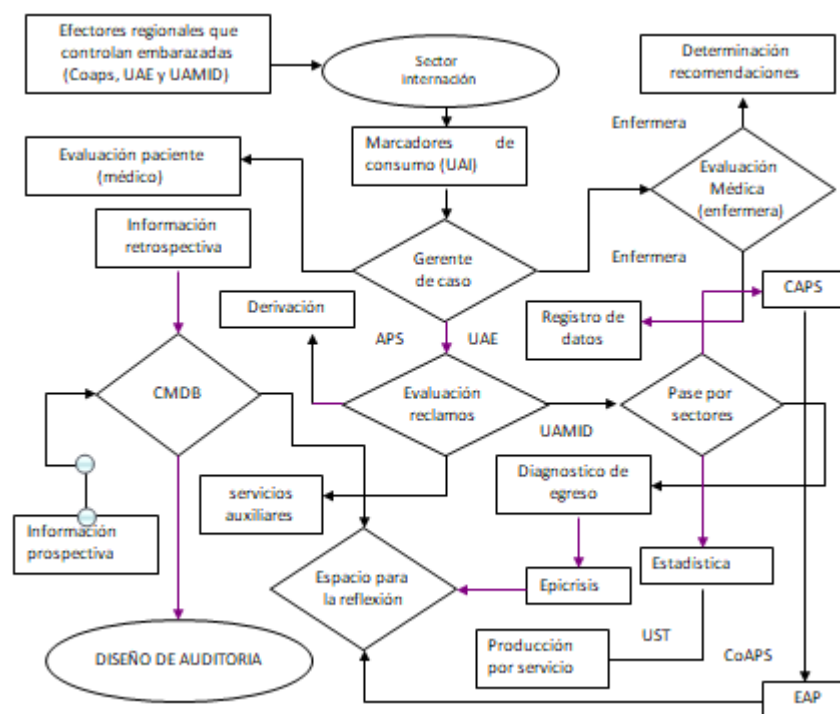
8.- ¿Quiénes brindarán la comunicación, la epicrisis y la producción por servicios?; CoAPS.

9.- ¿Quiénes brindarán el CMDB, la información retrospectiva, prospectiva, y datos de gerenciamiento de casos?; ETSRSBIO. En la evaluación del paciente, con la información retrospectiva, la de tiempo real y la prospectiva, con un CMDB contribuyendo al DAI para ser presentado en un espacio para la reflexión (UAE), y la confección de un resumen y diagnóstico más certero para su internación domiciliaria.

10.- ¿Quiénes brindarán el espacio para la reflexión y debate de los casos gerenciados?; UAE, CoAPS, UAMID.

11.- ¿Quiénes completarán la “Tabla Maestra”, como epicrisis de internación?; consideramos que luego de la evaluación por la UAE, la UST, estadística y producción por servicios.

GRÁFICO N° 15: Camino crítico



FUENTE: Diagrama de un camino a recorrer por los gestores de caso

18.- NUESTRA VISIÓN PARA EL DAI

Nos referimos a los procedimientos y guías para auditorías, y la evaluación de unidades, con operaciones metódicas de productos y servicios acordes a la misión⁸⁴; preservando recursos, elaborando y manteniendo datos fiables e informando oportunamente a la población.

Técnica: 1.- Entrevistas por sectores y servicios respecto la sistematización. 2.- Confrontando observación, proceso, y normativas vigentes. 3.- Revisión de cumplimiento de actividades, y seguimiento de lo ejecutado. 4.- Agrupando resultados y análisis por unidades administrativas.

Método: 1.- El pareo de la información, el rescate de la especialidad, el diagnóstico principal de egreso. 2.- Los cambios en términos de contenidos, criterios y definiciones en la recolección, validando un CMDDB. 3.- Considerando las etapas de producción, informatización y capacitación del recurso humano. 4.- Interrelacionando unidades de facturación, informática y estadística en la homogeneización del diagnóstico al egreso.

Líneas de acción: 1.- Nos basamos en referencias bibliográficas. 2.- La “Guía de Supervisión Materno Infantil” y el “Informe Estadístico Diario de Consultas Ambulatorias”. 3.- El entorno Windows y las nuevas prácticas basadas en la evidencia. 4.- El “censo diario” de cada sector. 5.- El relevamiento de ingresos al sector. 6.- Embarazadas y púérperas derivadas. 7.- Las hospitalizaciones neonatales. 8.- El diagnóstico principal al egreso. 9.- El Informe Estadístico de Laboratorio (IEL). 10.- El Informe Estadístico de Diagnóstico por Imágenes (IEDI).

Para ello imperó, la necesidad de una herramienta que priorice la “epicrisis de internación”, un “servicio centralizado de resultados e informes”, y “fichas de carga de datos”. Objetivo claro de un “Modelo basado en la solución de los problemas”, y que independice el momento asistencial del administrativo. Todo ello ha puesto al descubierto limitaciones en la implementación, y la

⁸⁴ En plena gobernanza de un sistema con un modelo referencial que priorice altos niveles de calidad garantizando la salud integral y el acceso universal de servicios en red con la participación coordinada de sectores, servicios y unidades de gestión.

evaluación de los resultados se convirtió en un paso importante dentro del proceso general de planificación, al enlazar propuestas y replanificación, en un proceso dinámico y continuo.

18.1.- “Propuesta contextualizada”

El enfoque epidemiológico, las actividades programáticas, la producción hospitalaria, y el compromiso de una “masa crítica”, contribuyeron a la organización para la renovación; sistematizando el seguimiento en un redireccionamiento en la integración de otros niveles.

Comenzamos con la organización de la APS, selectiva e integrada a los Programas Prioritarios de Salud, necesitando que la concibiéramos como una estrategia de transformación desde donde se ubican los desarrollos técnicos, y teóricos-metodológicos de la epidemiología.

Fueron los “Talleres para la Gestión de los Servicios de Salud”, y su integración con otros niveles, los que plasmaron objetivos y estrategias; metodología que buscó acciones dirigidas a la “transformación organizada”. Adaptaciones, que como puerta de entrada y eje estructurante nos llevó a avanzar en el conocimiento de la producción y nuestras características de salud; con actividades que legitimaron la planificación en la participación institucional.

18.2.- “Del marco analítico”

La secuencia óptima de secuencias y los tiempos de intervención definieron un camino a transitar para su implementación; la estrategia de intervención por problemas, como un proceso de atención; y la existencia del “proyecto” puso en evidencia una CC⁸⁵ en la dirección hospitalaria, que incorporando a las unidades existentes, aquellas que determinaron el modo orientado a la calidad de los servicios. Los aportes de los rotantes, coordinando áreas,

⁸⁵ Para poder gestionar los procesos de la institución sanitaria de modo eficiente, es necesario definir quién es el propietario de dichos procesos.

sectores y servicios, no hubieran sido posibles sin los aportes técnicos del personal de enfermería, servicios sociales, estadística, farmacia y vacunas⁸⁶. Todo ello, con el fin de aumentar la cobertura, el acceso, y el uso de la estrategia por el segundo y tercer nivel de atención; es decir, aumentar la cantidad de usuarios de APS, mejorando la gestión de casos, fortaleciendo el uso de GPC para el seguimiento.

18.3.- De evaluación de los sistemas

Puso al descubierto limitaciones, y la evaluación de los resultados se convirtió en un paso importante, enlazando propuestas de replanificación, en un proceso dinámico y continuo; para que: 1.- La cuarta parte de los médicos rotantes hagan uso de “caminos críticos” para el seguimiento en el 2° y 3° nivel de atención. 2.- Uno de cada diez médicos de la APS coordinen por paciente el trabajo de parto en estos niveles (10%). 3.- Todos los servicios de estos niveles apliquen los modelos basados en sus DAI para la construcción de una HCE. 4.- La totalidad del personal de enfermería gerencien el trabajo de parto por pacientes, y los especialistas por enfermedad. 5.- La mitad de los sectores (70%), y de los servicios (50%) organizacionales fueran coordinados por usuarios internos de la APS (70%). 6.- El total de usuarios internos de todos los servicios, de todos los niveles que apliquen los modelos basados en DAI, lo hagan siguiendo el PAE.

18.4.- “De organización de los procesos de reforma”

Buscando un modelo que identifique y analice proceso, resultados, requisitos de calidad, y las actividades críticas para definir: ¿Qué hacer?, es que concebimos la necesidad de una estructura que apoye su implementación para el análisis de las condiciones para la gestión, y sus nuevos indicadores.

1. Definimos los marcadores de riesgo de consumo de los servicios involucrados, para la revisión sistémica de la producción de cada uno de ellos, y de sus historias clínicas.

⁸⁶ Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados del equipo de Atención Primaria con la red social.

2. Necesitamos del entrenamiento gerencial de casos por servicio y por paciente, con información prospectiva y de tiempo real, personal de enfermería y el DAI.
3. En la evaluación de los pacientes, los reclamos y la evaluación médica, se necesitó de la proyección, asesoramiento y evaluación de las actividades de implementación, organización y coordinación en cada servicio.

La gran cantidad de intervenciones, los complejos planes de cuidado con listas de problemas y registros incompletos llevaron al rediseño, centrado en la información del paciente, la correcta capacitación, el seguimiento de los registros; todo ello previo a la implementación, a la estandarización de los registros de enfermería, el uso de planes de cuidado y el compromiso institucional para el cambio.

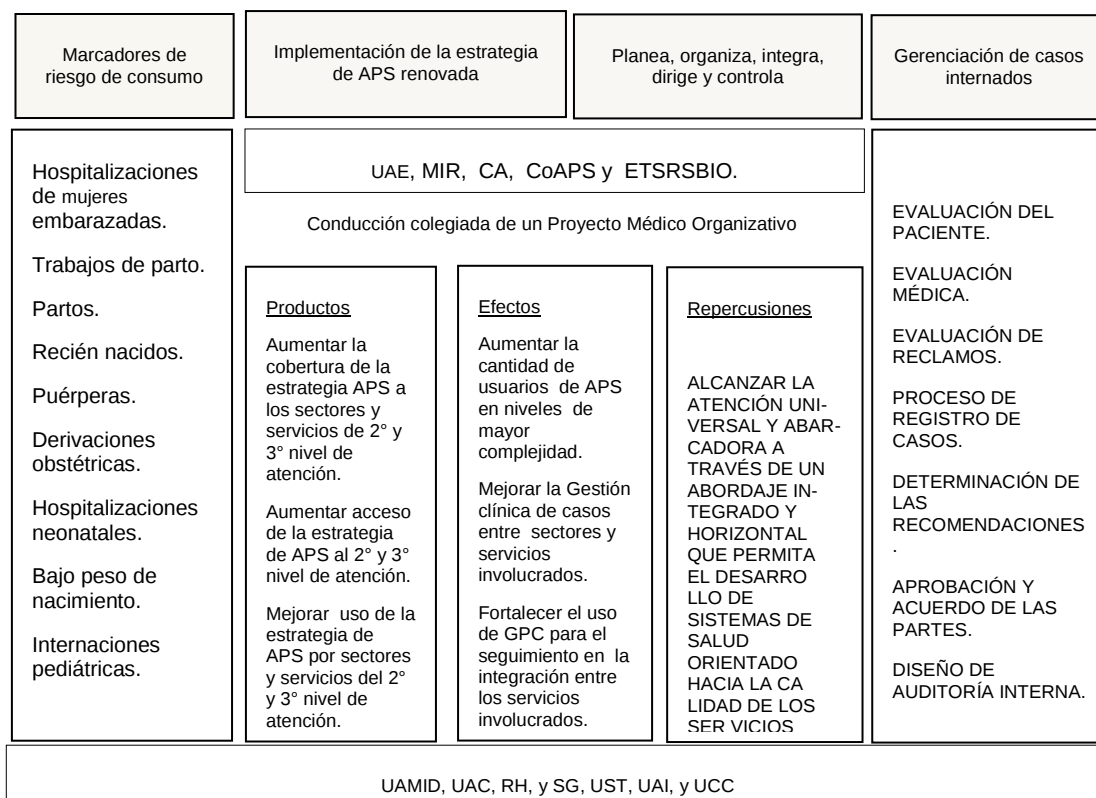
El Sistema Informático Hospitalario (SIH) del HSJ, que enlaza diversos y variados desarrollos, gestados, en la esfera administrativa, cubre desde la atención ambulatoria hasta los cuidados de internación; integrarlos con la esfera asistencial, en un instrumento de registro; sería el paso previo a la creación de la futura Historia Clínica Electrónica⁸⁷ (HCE), siempre y cuando se incorpore el “Registro de Enfermería”. Una forma de reducir los esfuerzos para documentar la información, aumentar su calidad utilizando los datos para capacitación, docencia e investigación durante el proceso de atención y su extensión como IDP o APS.

La creación de una tabla maestra, con énfasis en la información recogida por los responsables de las áreas, servicios, sectores y unidades involucradas en el proceso de atención, integraron al equipo de salud en forma protocolizada con un Sistema de Ingreso Estructurado de Datos (SIED); valorando las necesidades, identificando problemas, planificando acciones, organizando y solicitando insumos y ejecutando los planes de acción y la utilización de los mismos.

⁸⁷ El crecimiento del hospital se vio acompañado del surgimiento de diferentes grupos en la institución que generaron desarrollos informáticos aplicados tanto a la administración como a la actividad asistencial.

En la construcción del diseño, se tuvo en cuenta su origen y áreas comprometidas en la atención y las unidades implicadas en la coordinación y comunicación entre las mismas. La información retrospectiva a la implementación de la estrategia necesitó de una unidad que defina las especialidades, prestaciones auxiliares, sectores involucrados, la ocupación de los mismos y los recursos con que cuenta. La identificación y filiación prospectiva de los ingresos, sus marcadores de consumo y los subsidios a la demanda, hicieron necesario el gerenciamiento con actores y registro de datos que definan el consumo, egresos y destino. Embarazadas en control, trabajos de parto y los partos ocurridos, por áreas, servicios y sector, con datos actualizados sobre los análisis de laboratorio y vacunas de la diada, favorecen la Internación Domiciliaria Programada (IDP) de su puerperio inmediato por el EAP del CAPS correspondiente. Jefes de servicio, estadística y el responsable del plan nacer, avalará prestaciones de los profesionales actuantes según el diagnóstico de egreso hospitalario, en el ingreso al área de APS.

GRÁFICO N° 16: Diseño de un proceso de atención sectorizado



19.- CONCLUSIÓN

Siguiendo a Rashad Massoud⁸⁸, debemos continuar generando años de información en la aplicación de conceptos sobre control de calidad con énfasis en la “resolución de problemas en equipo”; conceptos que seguirán cambiando en la medida que nuestros esfuerzos visualicen en ese continuo de complejidades diferentes enfoques bajo diversos contextos.

FACTORES QUE DESFAVORECEN LA SISTEMATIZACIÓN

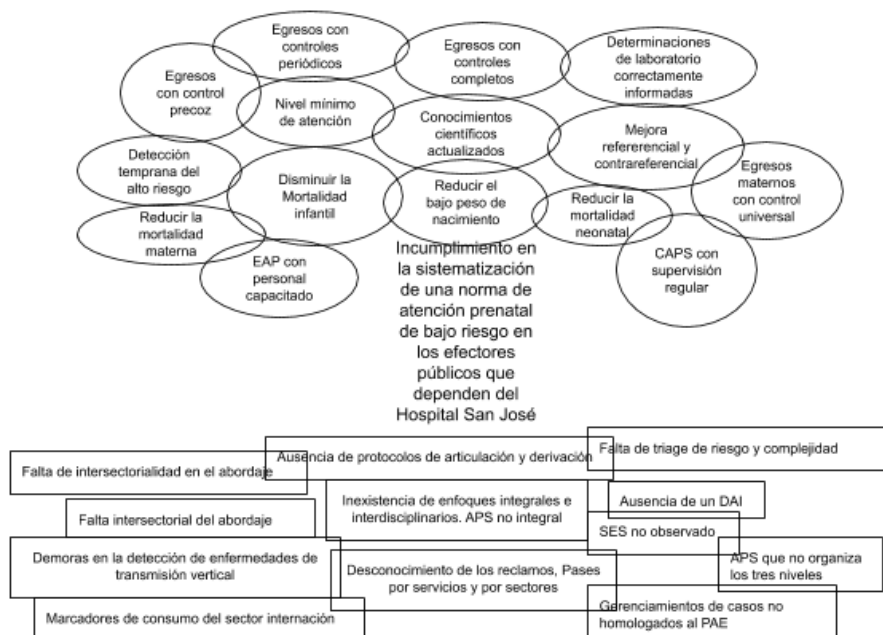
La aguda crisis de los comienzos del milenio fue en desmedro de nuestras sanas intenciones, tanto en el “Fortalecimiento de la APS”, como en la “Reorganización de los procesos de trabajo”⁸⁹. Todo ello se vio reflejado en cuanto a las características, la tecnología, las actividades, al monitoreo, y la evaluación.

El deterioro en el acceso, el incremento de la demanda, la falta de equilibrio presupuestario, la pérdida de financiación y negociación, el desactualizado incremento de partidas presupuestarias, la deuda retenida por el municipio, la falta de incremento de los módulos de facturación, el incremento de salarios, la incorporación de personal contratado, los recursos propios deficitarios, la deuda pendiente del ministerio, el aumento de cobertura y calidad de las prestaciones, la falta de un área de AI en el sector de internación, y la falta de nuevos indicadores desde lo social (con criterio de vulnerabilidad, por grupos poblacionales y con criterios de riesgo).

⁸⁸ Para obtener los resultados deseados, es necesario explorar y desarrollar la evidencia para mejorar nuestra comprensión de los factores que influyen en los resultados de los trabajadores de salud y los resultados clínicos.

⁸⁹ Constatamos que tanto los usuarios externos e internos, a su manera cumplían un rol fundamental en la promoción del uso de las herramientas de empoderamiento de la salud. Sin embargo, sólo algunos han adecuado sus programas teniendo en cuenta un enfoque en el proceso salud-enfermedad-atención territorial. Y para facilitar el acceso a la misma debió luchar contra un contexto de exclusión determinado por la demanda.

GRÁFICO N° 17: Investigación de problemas y sus causas



FUENTE: Representación gráfica de una propuesta a trabajar por la MGSSS (Firmat) (2.006-2.007)..

FACTORES FAVORECEDORES DE LA SISTEMATIZACIÓN

La “Adscripción de la población a cargo”, el “Fortalecimiento de la APS”, y la “Reorganización de los procesos de trabajo”, innovaron desde la autonomía al empoderamiento de mejoras del desempeño, objetivos y normas procedentes de diferentes disciplinas, en el “cuidado”, como bien interno del PAE. Y, dejar de ser un territorio segregado por su complejidad, y lugar de referencia para la legitimación y validación de tantas discusiones a nivel institucional para la formación de redes entre los efectores.

Durante este largo proceso, el trabajo permitió generar aportes para mejorar la gestión y reorientar los servicios, desde la evaluación epidemiológica, las adaptaciones de las normas existentes, la elaboración de un plan de trabajo, y su implementación; indispensable para este devenir de la teoría a la praxis; y de ella al porvenir de una nueva estrategia superadora, que mejore aún más las condiciones de salud, de la persona gestante.

- Se indagó sobre la dignidad del trato humanizado, pensándolo como vínculo que se construye, conceptualizando situaciones oportunas.
- Se reflexionó sobre el “Continuo de la atención”, adecuando sistemas a requerimientos, que condicionaron y orientaron nuestras acciones; según magnitud, vulnerabilidad e impacto.
- Se transitó un camino donde factores potenciales y reales incidieron en la evolución, lo que requirió de una “accesibilidad asegurada” para evitar que se transformen en reales.
- Se buscó contribuir a la “reorganización del sistema”, adecuándolo a futuras circunstancias, orientadas, con acciones de mejora.
- Se continuó con la interpretación de la tendencia y distribución de los problemas; su tiempo de recolección, procesamiento y difusión de los resultados.

GRÁFICO Nº 18: Tabla maestra

DISEÑO DE AUDITORIA		Obstetricia ☐ Parto ☐ Cirugía ☐ Pediatría ☐						
Origen:			Gerente del caso:					
Evaluación del paciente (médico): Dr.: Responsable:			Evaluación médica (enfermera): Determinación recomendaciones ☐ ☐ Registro de datos ☐ ☐					
Evaluación de los reclamos (unidad):			Derivación (107): Dr.:			Sala de partos ☐		
Servicio auxiliar:						Quirófano ☐		
Laboratorio ☐	Diag. por imágenes ☐	Vacunas ☐				Sala general ☐		
						Neonatología ☐		
Ingreso: .../.../...			Diagnóstico:					
Egreso: .../.../...			Diagnóstico:					
Apellido:			Nombres:			Fecha de nacimiento: .../.../...		
Edad al ingreso:			DNI:			Domicilio:		
Sistema Informático perinatal:			Embarazadas en control : Identificación ☐ Antecedentes ☐ Embarazo actual ☐ Estudios actualizados.			Trabajo de parto: Dilatación ☐ Contracciones ☐ Latidos fetales ☐ Confección curva ☐		
Materno VDRL ☐ ☐ HIV ☐ ☐ VHB ☐ ☐ TOXO ☐ ☐ CHAGAS ☐ ☐		Recién nacido Grupo Sang. ☐ ☐ Factor RH. ☐ ☐ Coombs ☐ ☐ VDRL ☐ ☐ Screening ☐ ☐		Maternas: DV ☐ dpTa ☐ R. Nacido: ☐ BCG ☐ VHB ☐		Diagnóstico principal de ingreso a la IDP: Ingreso: .../.../... Historia clínica Familiar:		
CAPS: Domicilio..... Barrio..... Manzana.....			EAP: Médico..... Enfermera..... JHS.....			A. Social Psicólogo ☐ Kinesiólogo ☐		
Prestaciones realizadas:			N S					
Unidad de auditoría interna: UST: UAC. RR.HH. Y SG:								
Fecha de egreso de su IDP: .../.../...								
Localización:								

FUENTE: Diseño gráfico para la informatización de la epicrisis en los egresos maternos

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Avalos Garcia, M. (2.010). *La evaluación de la calidad en atención primaria de la salud*. Horizonte sanitario. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. Vol. 9, N°1, Enero-Abril 2.010.
- (2) Donabedian, A. (1.986). *La investigación sobre calidad de la atención médica.*, Vol. 28. Núm.3. Salud pública de México. Mayo-Junio 1.986.
- (3) Orrego Sierra, S., Ortiz Zapata, A, C, (2.001). *Calidad del cuidado de enfermería*. Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquía. Vol. XIX. Núm. 2, Septiembre 2.001.
- (4) Báscolo, E., Yavich, N., Urquia, M. (2.007). *Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel, para atención de cuidados prenatales*. Rev. Ger. Pol. Salud. Bogotá (Colombia). 6(12): 112-125. Enero-Junio 2.007.
- (5) Benguigui, Y. Land, J. Paganini, M, Yunes, J. (1.996). *Acciones de Salud Materno Infantil a Nivel Local: Según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia*. OPS/OMS.
- (6) Comes, Y, Solitario, R, y Col. (2.006). *Concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios*. Facultad de Psicología (UBA). Secretaría de investigaciones. (Anuario). Vol. XIV. Año 2.006.
- (7) Echegoyemberry, M. N., (2.018) *Intervenciones socio ambientales-Práctica de cuidado y construcción de ciudadanía desde la perspectiva de género y derechos humanos*. (PDF) unach.mx
- (8) Echegoyemberry M. N.; Castiglia, G.; Yavich, N.; (2.017). *Desafíos de la implementación de la APS desde el enfoque de derechos humanos*. (PDF) unach. mx
- (9) Fleury, T. S. (1.990). *La Reforma Sanitaria. En busca de una teoría*. Colección Fin de Milenio. Serie Medicina Social. Editorial Universidad de Guadalajara. 1990.

- (10) Hufty, M. (2.010). *Gobernanza en Salud Pública: hacia un marco analítico*. Revista de Salud Pública. 12 sup. (1): 39-61. ¿Instituto de altos estudios internacionales y de desarrollo? Ginebra. Suiza.
- (11) Hufty, M; Bascolo, E; Bazzani, R. (2.006). *Gobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 22 sup: s35-s45.
- (12) Jiménez Paneque, R. (2.004) *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios*. Revista cubana de salud pública. (HTML) sid.cu
- (13) Rovere, M. (2.012). *Atención Primaria de la Salud en debate*. Rio de Janeiro. V36, n 94, p 327-342. Julio-Septiembre.
- (14) Rojas, E. (2.004). *Marco conceptual para la evaluación de programas de salud*. Población y salud en mesoamérica. Volumen 1, número 2, artículo 6. Enero-Julio.
- (15) Rovere, M. (1.992). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Octubre. Programa de desarrollo de recursos humanos en salud. OPS.
- (16) Massoud, R.; Askov, K.; Reinke, J.; Franco, L.; (2.002) *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención médica*. (PDF) upchmed. pe
- (17) Rovere, M. (2.006). *Redes en Salud; Los Grupos, Las Instituciones; La comunidad. El Ágora*, Secretaria de Salud MR, Instituto Juan Lazarte. Segunda edición.
- (18) Sierra, S; Ortiz Zapata, A. (2.001). *Calidad del cuidado de enfermería. Investigación y educación en enfermería*. Universidad de Antioquía. Vol. XIX. Núm. 2, Septiembre 2.001.
- (20) Villalbí, J; y col. (2.012). *Gestión de calidad en una organización de salud pública*. Gaceta Sanitaria. Vol. 26. Junio-agosto.

(21) Valles, Iris; Herrmann, J; y col. (2.006-2.007). *Memorias de la capacitación. Gente necesaria para construir una historia*. Proyecto troncal de capacitación. Ministerio de salud. Subsecretaría de Salud. Dirección Provincial de salud Mental.

(22) Wagner de Souza. (2.001). G. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Lugar editorial, Dto. De salud comunitaria. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) Tecnologías Perinatales. Centro Latinoamericano de Perinatología. OMS/OPS. Publicación científica N° 1255 (Marzo 1992).

(2) Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I. Atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Atención Médica. Dirección de Salud Materno Infantil (Junio 1993).

(3) Propuesta Normativa Perinatal. Tomo II. Atención de Patologías Perinatales prevalentes. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Atención Médica. Dirección de Salud Materno Infantil (Junio 1993).

(4) Propuesta Normativa Perinatal. Tomo III. Promoción, Protección y apoyo de la lactancia materna. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Atención Médica. Dirección de Salud Materno Infantil (Junio 1993).

(5) Propuesta Normativa Perinatal. Tomo IV. Atención del parto de riesgo. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Atención Médica. Dirección de Salud Materno Infantil (Junio 1993).

(6) Propuesta Normativa Perinatal. Tomo V. Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes. Secretaría de Salud. Subsecretaría

de Salud Comunitaria. Dirección Nacional de Atención Médica. Dirección de Salud Materno Infantil (junio 1993).

OTRAS REFERENCIAS

(1) Equipo Técnico de la Zona 6 de Salud (ETZ6S). (2.004). Salud – Enfermedad. Controversias y un enfoque epidemiológico. Pensamiento estratégico y planificación situacional. Octubre 2004.

(2) ETZ6S (2.004-2.008). Experiencias en el fortalecimiento de la APS en la ciudad de Cañada de Gómez. Organización de los procesos de trabajo. I Jornadas de Salud en la Comunidad.

(3) ETZ6S (2.005). Curso Básico de jefas de Hogar para la Salud (JHS). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. Departamento de Maternidad e Infancia.

(4) ETZ6S (2.005). Taller para la evaluación de los conocimientos, aptitudes y prácticas de la población en la postconsulta. Ministerio de salud. Subsecretaría de salud. Departamento de Maternidad e Infancia.

(5) Equipo Técnico de la Subregión de Salud Belgrano e Iriondo Oeste (ETSRSBIO). Sala de situación narrativa. Ex. Zona de Salud VI. Programas Provinciales Prioritarios. Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud. Subsecretaría de Salud.

(6) ETSRSBIO (2.007). II Jornadas Provinciales de la Salud con la Comunidad. Organización de los procesos de trabajo. Experiencias regionales. Ex. Zona de Salud VI.

(7) ETZ6S (2006). Análisis longitudinal de la producción hospitalaria con la implementación de la APS. Ex. Zona VI de Salud. Hospital San José de Cañada de Gómez.

(8) ETZ6S (2.004). Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) OPS/OMS. Compromiso de la Ex. Zona VI de Salud. Subsecretaría de Salud. Dirección de Promoción y Protección de la Salud. Propuestas.