

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

*Plan Nacer en Córdoba: una herramienta
de gestión para los equipos de salud.*

Maestrando: Lic. David Strasorier
Directora de Tesis: Prof. Dra. Ana Antuña

Córdoba, año 2011.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Tribunal de Tesis

Prof. Dra. Ana Antuña (U.N.C.)

Prof. Dr. Ricardo Rizzi (U.N.C.)

Dra.Nuri Gaspio (U.N Río IV)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Dedicada a todos y cada
uno de los miembros de los equipos de salud que
día a día se presentan ante el desafío de
aprender a "honrar la vida"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Agradecimientos

A mi familia: por el tiempo permitido
A mi directora de tesis, por lo aprendido
A la Unidad del Plan Nacer, por la información
aportada
A mi ayudante y amigo, por la paciencia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Art.23. – Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

Índice

Resumen	8
Summary	10

Capítulo I. Introducción: De las fundamentaciones teóricas

Presentación	12
Fundamentación	17
Justificación	22
Objetivos	29

Capítulo II. Diseño metodológico: De los aspectos técnicos.

Material y método	31
• Variables: concepto y operacionalización	31
• Aportes conceptuales de las variables	32
• Aportes operacionales de las variables	42
• Atributos de las prestaciones asociadas a las TS	47
La muestra	51
• Composición de la muestra	53
• Tabulación de la información	62
• Esquema general de tabulación de los datos	68
• Tabulación de datos de la encuesta	69

Capítulo III. Resultados: Del análisis y la interpretación de los datos.

Análisis de la información y resultados alcanzados	88
• Validación y no validación de las prestaciones. El comportamiento de las prestaciones y su relación con los indicadores de salud materno infantil	88
• Triangulación de métodos y la cuadripolaridad	

del análisis	101
Capítulo IV: De la interpretación fundada en teorías.	
Interpretación	120
• La Historia Clínica: fuente primaria de información	121
• Validación de las prácticas: tendencias y escenarios	124
• La salud con base en el derecho	130
• Las organizaciones sanitarias como continentes para el cambio	135
Capítulo V: De las discusiones teóricas	
Discusión	140
Capítulo VI: De las conclusiones y propuestas	
Conclusiones	150
• Dualidad de las conclusiones: construcción y deconstrucción	153
Índice bibliográfico	157
Glosario	159
Instrumento encuesta	160

Resumen

El Decreto de Acuerdo General de Ministros Nro. 2.724, con fecha 31 de diciembre del año 2002, crea en la Argentina el Seguro de Salud Materno Infantil, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, para la atención de la cobertura medico asistencial, y de las prestaciones sociales en forma integral y universal.

Desde el año 2007 se vienen ejecutando en el territorio provincial acciones dirigidas a comunicar, implementar y fortalecer las actividades que tienen por objetivo la disminución de la morbimortalidad materno infantil, a partir de la generación de estrategias que faciliten la plena accesibilidad al sistema de salud de las madres y los niños y niñas menores de seis años, sin cobertura explícita de salud.

El Proyecto prevé el financiamiento de las prácticas médicas y comunitarias del Nomenclador Único de Prestaciones.

Desde la UGSP se desarrollan actividades en coordinación con los efectores de salud para alcanzar las metas programadas.

A cuatro años de implementación del Seguro, la provincia no ha podido demostrar el trabajo sanitario realizado por los efectores a causa de una calidad no deseada en el registro de las prácticas. La deficiencia en la calidad de los registros no permite alcanzar los umbrales de las Trazadoras Sanitarias.

En el trabajo de investigación se pretende conocer, analizar e interpretar las causas que inciden en el registro de las prácticas, y

su relación con los indicadores de salud previstos por el Seguro, abordando conclusiones que faciliten la construcción de propuestas para superar las dificultades observadas.

Summary

The decree of the General Agreement of Ministers No. 2724, dated December 31, 2002, created in Argentina the Maternal and Child Health Insurance, Ministry of Health of the Nation, to the attention of medical care coverage, and social benefits in a comprehensive and universal.

Since 2007 have been implemented in the provincial territory actions to communicate, implement and strengthen activities that aim to decrease maternal and child morbidity and mortality, from the generation of strategies to facilitate full accessibility to health system mothers and children under six years, with no explicit coverage of health.

The project provides funding for medical practices and community benefits of Unified Nomenclature.

From UGSP activities are coordinated with health effectors to achieve program goals.

After four years of implementation of the Security, the province has failed to demonstrate the health work done by the effectors to cause undesirable quality in recording practices. The deficiency in the quality of the records does not achieve the threshold of Health Tracer.

The research aims to find, analyze and interpret the causes that affect the record of the practice and its relation to health indicators

provided by insurance, addressing findings that facilitate the construction of proposals to overcome the difficulties observed.

Capítulo I.

Introducción:

De las fundamentaciones teóricas...

Presentación

“Una visión dialéctica de la sociedad y de los cambios aconseja mirar la intervención social de forma dinámica, conflictiva, contradictoria y, a veces, hasta imponderable. Eso quiere decir que ocurren transformaciones a través de intervenciones planificadas y, además, por las más impensables ocurrencias, situaciones y circunstancias que escapan aun a los análisis contextualizados. Puede suceder que la intervención que se genera con un programa social sea apenas uno de los elementos causadores de cambios, aunque tal vez el mas relevante”¹

En la Argentina se han producido transformaciones como resultado de la globalización y las nuevas relaciones sociales y laborales. La crisis del Estado de Bienestar se ha caracterizado por el achicamiento del estado, la fragmentación de las políticas públicas y la práctica de privatización de las empresas estatales como parte del modelo económico que reconoce en el mercado el centro sinérgico de las políticas de gobierno.

¹ Evaluación por triangulación de métodos. María C. de Souza Minayo.. Capítulo I.

Aparecen en el escenario social diferentes actores que le aportan una mayor complejidad, sea por la lucha de poderes, por la ganancia o recuperación de nuevos espacios, lo cual compromete a las diferentes organizaciones de gobierno revisar los programas sociales, incentivando la construcción de los mismos como parte de políticas de estado.

La década de los ochenta se estructura en el discurso de la doble dimensión. Por un lado los cambios que se realizan se justifican como resultado de los efectos de la crisis del Estado de Bienestar. Por el otro la implementación de un modelo neoliberal que dará respuesta a los cambios necesarios para responder a la complejidad de los escenarios sociales: un sistema económico desbastado y una desafortunada historia social como producto de las dictaduras, los gobiernos autoritarios y el fracaso de los movimientos revolucionarios.

El impacto del modelo neoliberal en América Latina no demuestra resultados exitosos, principalmente en lo que respecta a la ejecución de las políticas públicas. Una marcada exclusión social con plena subordinación al mercado económico han generado los mayores índices de pobreza e indigencia, favorecidos por una alta tasa de desempleo. La desafiliación social se muestra en la inaccesibilidad a los servicios fundamentales de la población. El analfabetismo trepó los indicadores del subdesarrollo. La desnutrición infantil, la elevada tasa de mortalidad y la ausencia completa del estado son el reflejo del más absoluto fracaso de la política económica.

En nuestro país hay dos cuestiones que ocupan la agenda pública: la reconstrucción social con el fortalecimiento de la democracia y la recuperación de la palabra, los derechos humanos, los espacios públicos. La otra cuestión es la necesidad de recuperar la estabilidad económica, en un país afligido por el crecimiento de la deuda externa.

En este marco es poco posible reinventar un nuevo modelo de estado proteccionista sin considerar los procesos de globalización que involucran a todos los sectores, espacios, actores y programas.

“Simultáneamente a la globalización, en el marco de las reformas del Estado se despliegan procesos de descentralización a todos los niveles, consolidando lo local institucionalmente, como espacio privilegiado de relación entre lo público y lo privado. Los procesos de descentralización son ambivalentes, contradictorios y diferentes en todo el continente. Sin embargo favorece muchas veces el ejercicio de prácticas locales reorganizadas, operando incluso, en algunos contextos, como redistribución espacial y social del poder. La noción de ciudadanía invade estos ámbitos con diferentes sentidos”²

Sin embargo los noventa se preparan para recibir el nuevo milenio que se presenta como la gran alternativa para el cambio.

Frente al fracaso del modelo neoliberal se revisa la necesidad de volver la mirada hacia el estado protector, ya no como proteccionista sino como regulador de las políticas en su conjunto,

² Gestión local y participación ciudadana. Nilsa M. Burgos Ortíz.

garantizando la plena ciudadanía y el ejercicio del derecho en un contexto ordenado, equitativo e igualitario.

El progresismo confundido con ideologías puras de izquierda, es mas bien un ensayo para la social democracia que no alcanza a redefinir sus objetivos pero si demuestra, en el marco de sus políticas de estado, la necesidad de comprender la importancia que tiene el hombre como protagonista absoluto para la vida de un estado nación.

En este sentido se hace necesario diferenciar el reconocimiento de los derechos sociales del ciudadano y de las políticas públicas. Estas desempeñan una función fundamental en la integración social, en la seguridad política, en el desarrollo económico y en la accesibilidad a los derechos más elementales que se definen en la salud, la educación, la vivienda, los alimentos y el trabajo, que son, en definitiva, los únicos que pueden dignificar la vida.

En necesario comenzar a redefinir nuevos espacios de trabajo, pensados estos con actores sociales que si bien promueven el cambio, demuestran muchos de ellos diversas dificultades como resultado de un desencuentro de intereses que no son comunes para sectores diferentes. De allí que el retorno hacia un modelo de Estado benefactor orientará las políticas sociales en función de una mayor equidad y justicia social, con una visión redistributiva generalizada a toda la población y con considerables recursos asignados presupuestariamente al gasto social. La postura frente a los nuevos escenarios será la de universalizar la cobertura a través de la asignación de recursos a la implementación de la política, lo

que se traduce, al ponerlo en términos de mercado, en un subsidio a la oferta.

Las políticas de salud ocupan en este proceso un papel fundamental. Ahora es tiempo de programar en estos nuevos escenarios teniendo como soporte aspectos tales como accesibilidad universal, afiliación social, inclusión, espacio local, descentralización y preeminencia de las decisiones de los actores locales. El centro de la planificación de la salud son las personas, las organizaciones y las instituciones, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de una población que habita, reside, se vincula y se relaciona construyendo una historia de vida en ese escenario. Un programa de salud que se piensa desde la salud y no desde la enfermedad; que promueve las condiciones necesarias para asegurar el sostenimiento del proyecto, generando las posibilidades reales de participación para la toma de decisiones.

Para ello es necesario disponer de recursos para cumplir con una trayectoria marcada. Dichos recursos pueden ser recuperados desde la revisión de la infraestructura y las capacidades existentes, con la generación de nuevas prácticas de los equipos de salud, y profundizando la importancia de aprender a utilizar las disponibilidades en función de un proceso de autotransformación consensuado por todos los actores que participan: organizaciones locales de salud, población, equipos técnicos, organizaciones sociales, gobierno local, provincial y nacional.

Sin embargo este proceso no es espontáneo, sino que requiere estilos y métodos de trabajo que favorezcan la construcción y

consolidación de un modelo de salud confiable en su accesibilidad, científicamente aprobado y culturalmente aceptado –dos valores que se involucran para alcanzar una mejor calidad en la atención-, con poderío de autonomía para las decisiones y con compromiso individual y colectivo para ejercer “una praxis que sea reflexión y acción del hombre para transformarlo”.³

Fundamentación

La salud de las madres y de los niños es el tema central de las agendas públicas, tanto de los gobiernos y estados de todo el mundo, como de los organismos multilaterales y agencias de cooperación internacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio dan una muestra clara de la importancia del tema y de la necesidad de un abordaje consensuado para la implementación de políticas y acciones para mejorar su calidad de vida promoviendo un desarrollo sostenible.

A pesar de los avances que se vienen realizando desde los años ‘50 en favor de la disminución de la mortalidad materna e infantil, la inequidad entre los grupos hacia el interior de los países,

³ La educación como práctica de la libertad. Paulo Freire

especialmente la brecha entre ricos y pobres, sigue siendo uno de los aspectos mas relevantes para generar desafíos de trabajo, procurando una mayor equidad e igualdad en el ejercicio de los derechos a la salud. Tales desafío, en los últimos tiempo, se han involucrado en la importancia de revisar los modelos de gestión sanitaria, no solo desde la necesidad de recrear las normas y pautas en la atención de la salud de las madres y los niños, sino también en la importancia que tienen los modelos de financiamiento de los sistemas de salud que requiere la población haciéndolos viables en cada una de sus categorías, sea de accesibilidad, oportunidad, culturalmente aceptables y superadores en su diseño de gestión.

En un macro contexto, tres son los factores que se asocian a la morbimortalidad materna e infantil: 1) las crisis económicas de las ultimas décadas, marcadas por crecimientos económicos volátiles que desencadenaron altos niveles de desempleo, pobreza y desafiliación social; 2) los modelos económicos implementados, especialmente en países de América Latina y el Caribe (ALC), modelos impresos por el neoliberalismo que dejó demostrada una política de desplazamiento del estado y poca capacidad del sector público para proveer servicios de salud esenciales; 3) la epidemia del VIH/SIDA.

En los países de la región, la razón de mortalidad materna se mantiene por sobre las 100 muertes por 100.000 nacidos vivos (OPS/OMS 2004). La mayoría de estas muertes son evitables. Dos de los determinantes de estos altos índices de mortalidad son la demora para acceder a los servicios de salud y la falta de acceso

oportuno a cuidados de salud de calidad por personal entrenado. En este marco la exclusión en salud, que se define como “la falta de acceso de ciertos grupos o individuos de la sociedad a bienes, servicios y oportunidades de salud que otros grupos de la sociedad disfruta”, sigue siendo un desafío que exige una intervención por parte de los responsables sociales y políticos de cada país.

Por su parte los países de la Región han comenzado desde hace un tiempo a adoptar algunas reformas en sus sistemas de salud con un fuerte énfasis en el rol del Estado para garantizar la protección social y el acceso equitativo a servicios de salud. (FLACSO-Banco Mundial, 2002; OIT, 2003)

En Argentina la salud materno infantil muestran cifras que dan cuenta de la necesidad de intervenciones integrales que superen las restricciones biológicas e involucren los aspectos sociales que implican la apertura al consenso como resultado de un diálogo intersectorial y multidisciplinar.

Uno de los factores a tener en cuenta al momento de formular las políticas sociales son los cambios que se vienen observando en la pirámide poblacional.

En la Argentina se observa una leve pero constante disminución de la población infantil. Los datos en los períodos 2001-2007 demuestran una diferencia entre 8,6% y 8,5%, respectivamente, en lo que refiere a la población menor de 5 años.⁴

⁴ UNICEF. Salud materno-infantojuvenil en cifras. 2009

Por su parte esta población con tendencia a mayoritariamente adultos y adultos mayores, registra, según la misma fuente de la UNICEF, que en el segundo semestre del 2006 el 40,9% de los niños y niñas integran la línea de pobreza, mientras que el 14,3% conforman la población de niños y niñas indigentes.

El porcentaje de madres menores de 20 años ha venido aumentando en las diferentes provincias del país, lo que debe ser una alerta en una sociedad donde el ingreso a la adultez se ha venido retrasando en aspectos como la incorporación al circuito laboral y la independencia económica. A ello hay que agregarle el impacto que la maternidad adolescente genera en los procesos educativos de esa población.

En cuanto a los recién nacidos (RN) las cifras dan cuenta que se ha mantenido estable la proporción de RN con peso menor a 2500 gramos, observándose una leve tendencia descendente en todo el país, con un 7,6% en el año 2004, y un 7,2% en el año 2007. Particularmente en Córdoba la diferencia es de tendencia descendente en un 0,2% entre el período 2004-2007. Estos datos son importantes en tanto que dan cuenta del impacto de las crisis en los últimos años y de la necesidad de generar políticas de estado sustentables, más allá de los gobiernos de turno.

Con respecto a la mortalidad materna se observa que el descenso de la tasa de mortalidad sigue siendo una asignatura pendiente en los planes de salud. Al 2007 la tasa de mortalidad materna (cada 10000 nacidos vivos) es de 4,4%.

Las cifras y tasas de mortalidad infantil (cada 1000 nacidos vivos) muestran que, mas allá de existir una brecha entre las diferentes jurisdicciones del país, hay una tendencia a descender, sin que ello implique la necesidad de abordar las inequidades existentes. Para el periodo 2007 la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año fue de 13,7, en tanto que para la provincia de Córdoba, en el mismo periodo la tasa fue de 12,7.

Actualmente las cifras muestran una realidad distinta. Particularmente en la Provincia de Córdoba la Tasa de Mortalidad Materna para el 2007 fue de 1,5 por cada 10000 nacidos vivos, con un importante incremento en el año 2009 como consecuencia de las neumopatías y la situación epidemiológica de la gripe H1N1. Por su parte la Tasa de Mortalidad Infantil demuestra una tendencia descendente pasando de 12,7 al 10,7 en Córdoba para el periodo 2009.

Pensar en la superación progresiva de las condiciones de inequidades que afectan de manera directa a la salud o que, en su propia síntesis, la salud es la demostración social de las inequidades, es que resulta imperativo construir un proyecto sanitario en la línea de la universalidad y del derecho a la inclusión.

En el mes de febrero de año 2002 la Mesa de Diálogo Argentino del Sector Salud firma un Acta Acuerdo con cuarenta instituciones con la necesidad de priorizar las acciones dirigidas a la promoción y la prevención de la salud, especialmente en aquellas relacionadas con la salud materna e infantil. Este, lo demostrará la historia, será el primer paso para el seguro nacional de salud.

Justificación

El consenso histórico para los Objetivos del Milenio refleja la necesidad de promover el desarrollo de la erradicación de la extrema pobreza y el hambre; lograr educación primaria universal; equidad de género y empoderamiento de las mujeres; reducción de la mortalidad infantil; mejoras en la salud materna y sostenibilidad ambiental.

Para abordar estos objetivos muchos gobiernos, instituciones financieras multilaterales y agencias internacionales de cooperación técnica han concentrado esfuerzos en promover e implementar esquemas de protección social en salud para la población materna e infantil.

La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños se volvió prioritario después de la Segunda Guerra Mundial y ello se puede observar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que establece la obligación de todos los países de proporcionar especiales cuidados y asistencia a las madres y los niños.

Dichos programas reflejan una similitud funcional con los Esquemas de Protección Social (EPS), entendidos como “una intervención pública dirigida a permitir que grupos y/o individuos satisfagan sus necesidades y demandas en salud mediante el acceso adecuado a las atenciones en salud y/o a otros bienes, servicios u oportunidades de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, independientemente de su capacidad de pago”⁵

El eje central del esquema político para la salud está en la idea de asegurar el acceso a servicios de salud adecuados para todos, sin que la situación económica del individuo o del hogar constituya una barrera de acceso. Esta política incorpora la idea de tres dimensiones: la cobertura de servicios adecuados de salud; la

⁵ Esquemas de Protección Social para la población materna, neonatal e infantil. OPS

cobertura de población en tanto que se trata de servicios de salud para todos; la protección financiera a través de la solidaridad en el financiamiento.

Al retomar el proceso transcurrido para la implementación del Proyecto de Salud Materno Infantil, cabe recordar que en el mes de marzo del año 2003 se firma en la ciudad de San Nicolás un acuerdo entre el Ministro de Salud de la Nación y los Ministros de Salud de cada provincia y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por el cual se promueven acciones concretas tendientes a reducir las tasas nacionales de mortalidad infantil en un 25%, y la mortalidad materna en un 15%. Para ello se propone la instrumentación de un Seguro Nacional Materno Infantil, dirigido a mujeres embarazadas y puérperas, niños y niñas menores de seis años sin cobertura explícita de obra social.

En este marco de acciones es que en el mes de agosto del mismo año y por Resolución Nro. 198, en su artículo uno crea en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios el Programa para la creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales en el marco del Seguro de Salud Materno-Infantil, y para lo cual el Ministerio de Salud de la Nación crea la Unidad Ejecutora Central (UEC), como responsable de la ejecución del programa.

En dicha Resolución, por el artículo 5to. se aprobaron los lineamientos del Programa para la creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales, los que incluyen el menú prestacional definido como “Conjunto Prestacional Básico (CPB)”, y al que deberá ajustarse en su accionar el Equipo Nacional de

Compra de Servicios de Salud creada por el artículo 2do. de la misma.

Con fecha 2 de Noviembre del año 2006 el Directorio del BIRF, a solicitud del Gobierno Nacional, aprobó un Convenio de Préstamo, con destino al financiamiento de la Fase II del Proyecto.

Así mismo, con fecha 21 de setiembre de 2005, la Provincia de Córdoba manifiesta su interés de participar en el Proyecto a través de una carta de intención en la que solicita su incorporación al mismo.

Con este marco de antecedentes administrativos se integra la Provincia de Córdoba a la propuesta de ejecución de las acciones promovidas por el PISMIP, ahora Plan Nacer, generando para ello una Unidad de Gestión del Seguro Provincial –UGSP-. y definiendo un conjunto de abordajes e intervenciones dirigidas a poner en marcha el Plan.

Durante los años de implementación, 2006 a la fecha, se han generado actividades sustentadas en cuatro ejes de trabajo: identificación de beneficiarios, el registro de las prestaciones previstas en el NUP, la facturación de las prácticas y el logro de las trazadoras sanitarios o indicadores de salud materno infantil (MI).

En dicho proceso se avanzó en el logro de la identificación de la población beneficiaria alcanzando las líneas de bases propuestas a nivel provincial.

En cuanto al registro se trabajó en la formación del recurso humano para el fortalecimiento en el cumplimiento de las normas y pautas de atención previstas por Maternidad e Infancia para la atención de las embarazadas y niños y niñas menores de seis años. El registro de dichas practicas permiten la captación de la información para la construcción de los indicadores sanitarios (10 Trazadoras Sanitarias) que permiten dar cuenta del avance del Plan Nacer y mantener un diagnóstico continuo sobre las condiciones de atención de la población identificada, tanto en su cantidad como calidad, teniendo como referencia la agenda sanitaria prevista para la población objetivo y el conjunto de criterios sanitarios que conforman cada una de las prestaciones.⁶

Sin embargo pese a las acciones realizadas en el marco de dar cumplimiento a los objetivos del Plan Nacer, se observa un desencuentro entre el nivel de registro de las prestaciones y, en consecuencia, el índice de logro de los indicadores sanitarios, especialmente en aquellos relacionados al primer nivel de atención cuyo evento central lo constituye la consulta para la embarazada, el control del niño sano menor de seis años y la cobertura de inmunizaciones.

Calidad y cantidad en el registro de las prestaciones como resultado del trabajo diario de cada uno de los efectores de salud que se plasma en cada una de las historias clínicas, son la fuente genuina

⁶ Información prevista por el Area Técnica. UGSP. Plan Nacer Córdoba.

que permite la obtención de la información para la construcción de los indicadores de salud.

Registro e indicadores sanitarios son dos componentes del Plan que avanzan paralelamente en el proceso de implementación y diagnóstico. El déficit de uno afecta de manera directa la continuidad del Plan en tanto que el no logro de los umbrales para cada indicador sanitario son el reflejo de la implementación de un seguro de salud materno infantil que intenta instalarse con mayor cobertura y con reales prestaciones de convertirse en un seguro social de salud. Para ello es necesario dar cuenta del trabajo que se realiza en la etapa implementada (Fase I y II del Plan Nacer), y con dichos antecedentes avanzar en la apertura de la cobertura de salud a otros grupos poblacionales.

En la provincia de Córdoba los datos obtenidos por medición cuatrimestral de las trazadoras sanitarias reflejan el siguiente diagnóstico:

Trazadora Sanitaria	2008			2009			2010
	1er Cuat .	2do Cuat .	3er Cuat .	1er Cuat .	2do Cuat .	3er Cuat .	1er Cuat
I	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
II	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
III	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
IV	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
V	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
VII	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
VIII	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
IX	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
X	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Tabla 1: Cuadro de Trazadoras Sanitarias: Alcances cuatrimestrales, períodos 2008-2009 y 1er. Cuatrimestre 2010. Provincia de Córdoba. Fuente UGSP Córdoba

El cuadro muestra que las Trazadoras relacionadas al primer nivel de atención y cuyos datos se asocian al evento de la consulta, no han logrado la disponibilidad de la información necesaria para alcanzar los umbrales mínimos comprometidos en la implementación del Plan Nacer en la provincia.

Conocer cuales son las causas, factores, obstáculos y fortalezas, conductas adquiridas y conductas superables, debilidades y amenazas, que inciden en la brecha entre registro e indicadores sanitarios resulta fundamental para abordar cada una de ellas y hacer propuestas superadoras que permitan a cada efector dar cuenta del trabajo sanitario que realizan en cada una de los centros adheridos al Plan, y, como provincia, demostrar la calidad de los equipos de salud y la capacidad operativa que el sistema sanitario

provincial tiene para seguir avanzando en la implementación del seguro de salud.

Por su parte será necesario conocer cuales son las disponibilidades o externalidades que fortalecen a las Trazadoras Sanitarias cuyos umbrales se han logrado, lo que ha permitido alcanzar los indicadores de salud respecto a las Trazadoras Sanitarias II, III, IV, V, VII y X.

La imagen horizonte del proyecto de la presente investigación es describir las causas que inciden en la relación lógica entre registro de las prácticas y logros de los indicadores de salud, lo que afecta el desempeño e implementación del Plan Nacer en una doble dimensión: como respuesta explícita al modelo cuantitativo (cantidad y calidad) de las prestaciones de salud dirigidas a la población materno infantil, y la posibilidad de generar recursos financieros por logro de resultados los que luego son devueltos a los mismos efectores para inversiones sanitarias en sus centros de prestaciones.

Objetivos

Objetivos Generales:

- Favorecer el análisis reflexivo sobre las causas que inciden en el registro de las prestaciones de salud materno infantil.
- Promover el reconocimiento de la importancia del registro clínico como instrumento de información para la toma de decisiones.

Objetivos Específicos:

- Reconocer la relación entre el registro de las prestaciones y los indicadores de salud materno infantil previstos en el Plan Nacer.
- Revisar el cumplimiento de las normas y pautas en la atención materno infantil y la importancia de su sistematización.
- Develar y analizar las causas que favorecen o dificultan el registro de las prestaciones.
- Conocer los indicadores de salud previstos por el Plan Nacer como instrumentos de medición de resultados.

- Aportar insumos teóricos e instrumentales que faciliten el registro y su consecuente logro en los indicadores de salud MI.

Capítulo II

Diseño metodológico:

De los aspectos técnicos

Material y método.

Para el abordaje de la presente investigación se ha tomado como referencia un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional en el marco de una investigación cuantitativa.

Variables: concepto y operacionalización.

El comportamiento de las variables está relacionado a dos ejes de referencias. Por un lado el tema de investigación y, por el otro el marco teórico y conceptual de cada una de las variables en cuestión.

La razón del estudio de investigación es poder explicar la relación que existe entre el registro de las prestaciones que se realizan durante las prácticas a la población materno infantil en el marco de la implementación del Plan Nacer, y el resultado de los indicadores sanitarios que resultan de tales registros y que son, a su vez, un instrumento de medición de las acciones realizadas y de los alcances logrados con la puesta en marcha del Plan.

En este marco es que se pueden definir dos variables simétricas en relación de causalidad, en tanto que el registro de los datos que surge como resultado de una práctica médica es el insumo principal para la construcción de los indicadores sanitarios.

Las variables definidas son:

1. El registro de las prestaciones del Nomenclador Único de Prestaciones (NUP).
2. Los indicadores Sanitarios de Salud Materno Infantil (MI) previstos por el Plan Nacer.

Aportes conceptuales de las variables.

1. Registro de las prestaciones.

El registro de las prestaciones del NUP se define como parte integrante de una práctica de salud, realizada por un miembro del equipo sanitario habilitado para tal fin. Dicha prestación tiene a la Historia Clínica como instrumento explícito de la acción en tanto que en la misma se deja constancia escrita de la práctica.

En el caso de las prestaciones realizadas a la población materno infantil inscripta al Plan Nacer, los registros de las prácticas están asociados a las normas y pautas de la atención de la madre y el niño, según los protocolos de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. La información que resulta de los procesos de control del embarazo, parto/cesárea y puerperio consolidan un conjunto de datos que son captados para la construcción de indicadores de salud MI. Estos datos encuentran su instrumento de registro en la Historia Clínica Básica Perinatal (HCBP), asociada la misma al Sistema Informático Perinatal (SIP), promoviendo de este modo la consolidación de la información según lo reglamentado a nivel nacional por Resolución Nro. 454/08 del Ministerio de Salud de la Nación.

Por su parte, y en el marco de fortalecer la importancia del registro de las prácticas del equipo de salud, la Ley Nacional 26.529, Ley de los derechos del paciente, establece en su artículo segundo que es un derecho del paciente recibir información sanitaria por escrito; y continúa diciendo en su artículo doce: *“entiéndase por Historia Clínica el documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”*.

En este sentido es que el registro de las prácticas médicas supera los marcos normativos y protocolares necesarios en toda acción sanitaria y se incluye en el espacio de los derechos de las personas.

Para las normas del Plan Nacer, el registro de las prestaciones constituye la forma explícita de la realización de una práctica. Para ello se ha definido un Nomenclador Único de Prestaciones (NUP) que consta de 71 prestaciones, en su mayoría con perfil de promoción y prevención de la salud materno infantil, cada una de ellas operacionalizada en un Nomenclador Operativo de Prestaciones (NOP) que incluye el nombre, código, criterio sanitario, consumo esperado e instrumento y datos de registro de cada una de las prestaciones. Para la elaboración del Nomenclador Operativo se observaron las normas de atención materno infantil y las reglamentaciones vigentes en cuanto a la instrumentación de los datos y registros necesarios.

Para el presente estudio de investigación es necesario considerar el conjunto de prácticas previstas en el NUP que están asociadas a los indicadores sanitarios, es decir los datos que resultan de la práctica

efectiva de dichas prestaciones son el elemento necesario para la construcción de las Trazadoras Sanitarias (TS).

Esas prácticas aportan información fundamental para cada indicador de salud materno infantil. Sin embargo es necesario considerar que dicha información tiene componentes administrativos y sanitarios.

La información sanitaria resulta del registro de la Historia Clínica, en tanto que la información de carácter administrativo es constante para todas las prestaciones, más allá de estar asociadas o no a las Trazadoras Sanitarias. El carácter constante de la información administrativa se relaciona a los datos que cada uno de los beneficiarios del Plan Nacer tiene como registro en el Padrón Único de inscriptos.

Para disponer de mayor información en relación a la calidad y cantidad en el registro de las prácticas, se definirán las prestaciones previstas en el NUP, y que están asociadas a los indicadores de salud, esto es, que aportan datos para la construcción de las Trazadoras Sanitarias previstas por el Plan Nacer.

Para ello se ha sistematizado la información en un esquema que toma como referencia las categorías de código, nombre de la práctica, el criterio sanitario construido según las normas de atención materno infantil, los datos que deben ser registrados en la HC, sea HCBP o HC pediátrica, y la fuente que hace de instrumento de registro desde donde se capta la información en el proceso de facturación y construcción de los indicadores sanitarios.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

A continuación se grafica el Esquema de referencia con las prestaciones del NUP asociadas a los indicadores de salud materno infantil, y previstos en las normativas de aplicación para la implementación del Plan Nacer en los efectores adheridos:

Cód	Nombre de la práctica	Criterio Sanitario	Datos Obligatorios en HC	Instrum ento de registro
MEM 01	Consulta de primera vez	Es la 1era. Consulta que realiza la embarazada. Se hace el diagnóstico de FUM y FPP. Se solicita laboratorio de 1era. Vez. Se compete la HCBP y Carné Perinatal. RRHH: médico ginecólogo, obstetra, generalistas.	Fecha de la prestación FUM y FPP Peso, talla, TA, altura uterina. Ev. Riesgo. Diag. Vida fetal Rp. de hierro / Ac.folico Firma y sello profesional	HCBP
MEM 02	Consulta ulterior control de embarazo	Son las consultas que se realizan durante el control del embarazo que incluye peso, altura uterina, TA, examen mamario y ginecológico. Registro de las prácticas en la HCBP y Carné perinatal RRHH: médico ginecólogo, obstetra, generalistas.	Fecha de la prestación FUM y FPP. Peso, talla, TA, altura uterina. Ev. Riesgo. Inf. de laboratorio. Const. de inmunización Diag. Vida fetal Rp. de hierro / Ac.folico Firma y sello profesional.	HCBP
CMI 62	Captación activa de embarazadas en terreno	Captación de la embarazada con primera consulta realizada antes de la semana 20 de gestación. Registro de la práctica en la HC. RRHH: Agente sanitario, enfermería, T. Social. Médicos.	Fecha de la prestación. Registro de la captación Firma y sello del profesional actuante.	HC Registro de cuaderno de campo.
MPA	Atención del	Atención del parto y recepción del	Fecha de la prestación	HCBP

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

17	parto	RN. Registro de las intervenciones en la HCBP y Carné Perinatal. RRHH: Médico gineco -obstetra, obstétrica, generalista, neonatólogo, pediatra.	Peso, talla, PC, apgar, inmunización del RN. Registro de TA de la madre. Solicitud de screening metabólico. Firma y sello del profesional.	SIP
MPA 18	Atención de la cesárea.	Atención de la cesárea y recepción del RN. Registro de las intervenciones en la HCBP y Carné Perinatal. RRHH: Médico gineco- obstetra, obstétrica, generalista, neonatólogo, pediatra.	Fecha de la prestación Peso, talla, PC, apgar, inmunización del RN. Registro de TA de la madre. Screening metabólico. Firma y sello del profesional.	HCBP SIP
NPE 41	Aplicación de vacuna 1era. Dosis Antisarampionosa.	Aplicación de la vacuna antisarampionosa o triple viral en niños de 11 a 18 meses de edad. Registro de la práctica en el carne y en la HC. RRHH: enfermería, Agente Sanitario.	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento Dosis aplicada Firma y sello profesional.	HC Ficha Pediátrica.
NPE 42	Aplicación de vacunas para completar esquema.	Aplicación de vacunas para completar esquema en niños menores de 6 años. Registro de la práctica en el carne y en la HC. RRHH: enfermería, Agente Sanitario.	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento Dosis aplicada Firma y sello profesional.	HC Ficha Pediátrica.
MPU 21	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	Actividad de consejería por integrantes del equipo de salud. Consejería en SS y R, prevención de ITS, lactancia materna, signos de alarma. Registro de la actividad en la HC. RRHH: Médico, psicólogo, enfermera, Agente Sanitario o personal habilitado para la tarea	Fecha de la prestación Fecha del parto/cesárea Registro de la prestación en la HC. Firma y sello del profesional actuante habilitado.	HCBP Registro de consejería.
NPE 32	Atención del niño sano menor de 1 año	Consulta para control de peso, talla, PC y percentil, según agenda prevista por las normas de Maternidad e Infancia. Total 10 controles.	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento. Peso, talla, PC, percentil- Ev. Psicomadurativa.	HC Ficha Pediátrica.

		Registro en la HC/ ficha pediátrica./fichero cronológico. RRHH: Generalista, pediatra, médico de familia	Constancia de inmunizaciones. Registro de indicación de hierro o Ac. Fólico Firma y sello profesional.	
NPE 33	Atención del niño sano 1 a 6 años	Consulta para control de peso, talla, IMC y percentil, según agenda prevista por las normas de Maternidad e Infancia. Total 8 controles. Registro en la HC/ ficha pediátrica./fichero cronológico. RRHH: Generalista, pediatra, médico de familia.	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento. Peso, talla, IMC, percentil. Evaluación Psicomadurativa. Constancia de inmunizaciones. Firma y sello profesional.	HC Ficha Pediátrica.

Esquema de referencia Nro. 1: Practicas del NUP asociadas a indicadores de salud.

El Esquema de Referencia Nro. 1 describe el conjunto de elementos que participan en el circuito de registro, captación y proceso de análisis de los datos para la consolidación de la información para Trazadoras Sanitarias.

2. Indicadores Sanitarios de Salud Materno Infantil (MI) del Plan Nacer.

Se comenzará con la conceptualización operativa de la variable con el intento de construir una definición de indicador.

Un “indicador es una expresión que resume o refleja un determinado aspecto de una población en lugar y tiempo determinado. Existen indicadores cualitativos y cuantitativos. En el caso particular de esta investigación interesa saber que los indicadores cuantitativos son una expresión matemática que busca reflejar en forma resumida, oportuna, sensible y específica las características de un factor de riesgo, de un factor de protección,

de un problema de salud específico o bien ser el reflejo numérico del avance de una determinada meta sanitaria”⁷

A partir del concepto anterior se puede entender que un indicador no solo es un instrumento válido en los procesos de diagnóstico sino que también son herramientas de trabajo permanentes para conocer los alcances y resultados que se logran en el desarrollo e implementación de un programa de trabajo.

En el caso de los indicadores sanitarios se reconoce la importancia que los mismos demuestran como recursos diagnósticos, entendiéndose al proceso de diagnosticar como el primer momento de la intervención en una situación, programa, plan o trabajo. En esta línea conceptual un indicador de salud es una herramienta de evaluación ex antes, durante y ex post.

Desde el Plan Nacer se definen diez indicadores sanitarios que son referenciados como Trazadoras Sanitarias (TS). El término trazadora da cuenta de un instrumento que marca, que traza una línea de trabajo, ya sea para fortalecer las acciones o para modificar las actividades implementadas, según los resultados de dichas trazadoras.

En el contexto del Plan Nacer las TS, mas allá de representar medidas de impacto de los servicios de la salud de la población materno infantil, permiten reconocer la adecuación de los servicios

⁷ Módulo II. Epidemiología. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación

de salud a la calidad de atención esperada por el Plan. No se trata de indicadores aislados que no sean capaces de proveer un diagnóstico situacional sobre el desempeño de los sistemas de salud a nivel local, sino que se definen como conjunto de indicadores constituidos en una herramienta que permiten la formación de opinión y la toma de decisiones.

El trabajo de construcción de un indicador sanitario puede ser comprendido como expresión de una dinámica de investigación que integra el análisis de las prácticas de los equipos de salud, tanto en los procesos de registro y captura de los datos e información necesaria, como en los resultados que se obtienen en el reflejo numérico de cada una de las Trazadoras.

Sin embargo un indicador de salud materno infantil en el contexto del Plan Nacer infiere la comprensión de las relaciones implicadas en la implementación de las acciones y la visión que los diferentes actores construyen en referencia al proyecto Plan Nacer: su desarrollo, las relaciones jerárquicas y técnica, haciendo de él un constructo específico, estimulando la reflexión hacia los resultados de cada uno de los indicadores y promoviendo la auto evaluación como sujetos actores del proceso.

Las Trazadoras Sanitarias para el Plan Nacer constituyen el reflejo numérico de los procesos de implementación del Plan, tanto a nivel local, provincial como nacional. Técnicamente se captura la información cada cuatro meses lo que implica que hay una medición cuatrimestral del proceso. Dichos resultados son la consecuencia de

las prestaciones realizadas a la población materno infantil beneficiaria del Plan Nacer.

Esta diferencia autoriza a plantear dos cuestiones no menos trascendentes al momento de hacer una lectura analítica de cada una de las Trazadoras. Por un lado se trata de resultados parciales en tanto que solo se refiere a la población de embarazadas, puérperas y niños y niñas menores de seis años que no tienen obra social y que son beneficiarios del Plan Nacer. Sin embargo los datos arrojados por el proceso de construcción de cada Tz permiten hacer inferencias según los procedimientos metodológicos de la investigación, razón que aporta importancia y trascendencia a cada una de las trazadoras como instrumento valido para la toma de decisiones.

Por otro lado los indicadores sanitarios (TS) previstos por el Plan Nacer están sujetos a la posibilidad de captar la información necesaria la cual depende de dos factores: la realización de una prestación sanitaria y el registro de la misma como parte del proceso de elaboración del informe sanitario –facturación-.

En este marco es conveniente entender que cada uno de los resultados cuatrimestrales de las trazadoras sanitarias está relacionado a un conjunto de factores externos al proceso de análisis de la información. Esto no quiere decir que los factores que se involucran en la construcción de las TS sean externalidades; muy por el contrario, se trata de procesos íntimamente ligados a las prestaciones de salud y en cuyos alcances sanitarios se puede

observar el complejo sistema multicausal que interviene en cada práctica de salud materno infantil.

En el esquema que se detalla a continuación (Esquema de referencia Nro.2) se hace un detalle de las Trazadoras Sanitarias previstas por el Plan.

TS	Nombre de la Trazadora	Concepto Sanitario	Datos en Historia Clínica	Datos para construcción operativa	Prácticas asociadas
I	Captación temprana de embarazadas.	Captación de embarazadas antes de la semana 20 de gestación.	Fecha de la prestación FUM, FPP; peso, talla, TA, altura uterina, ev. De riesgo. Firma y sello profesional.	Fecha del primer control prenatal, FUM y FPP.	MEM 01 MEM 02 CMI 62
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal.	Recién nacidos de madres elegibles, con Apgar mayor de 6 a los 5 minutos.	Fecha de practica, peso, talla, PC, apgar. Inmunización del RN y screening metabólico. Firma y sello profesional.	Fecha del parto. Apgar a los 5' > a 6.	MPA17/ 18
III	Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad.	Recién nacidos de madres elegibles, con un peso de nacimiento =>2500 gramos.	Fecha de la práctica, peso, talla, PC, apgar. Inmunización del RN. Screening metabólico. Firma y sello profesional.	Fecha del parto y peso del RN igual o > a 2500 grs.	MPA 17/18
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto.	Madres elegibles que llegan al parto con VDRL y vacuna antitetánica durante el embarazo.	Fecha de las prácticas para AT y VDRL.	Fecha de la práctica de AT y de VDRL.	MPA 17/18 MEM 07

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

V	Evaluación de procesos de atención de los casos de MMI.	Evaluación de casos de muerte de niños <1 año y embarazadas.	Registro completo de los datos que se solicitan en los Formularios A y B (Res.MS 1241/01 ampliada 0354/02)	Fecha del sello de mesa de entrada del Comité Central en Form. B	MPU 22
VI	Cobertura de inmunizaciones.	Niños menores de 18 meses con vacuna antisarampionosa o triple viral	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento Aplicación de la dosis Firma y sello profesional	Fecha de nacimiento. Fecha de vacunación.	NPE 41 NPE 42
VII	Cuidado Sexual y Reproductivo.	Púérperas que recibieron consulta de Consejería en SS y R.	Fecha de la prestación Registro de la práctica con definición de MAC Firma y sello de quien realiza la práctica	Fecha de la práctica. Fecha del parto/cesárea.	MPU 21
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año.	Niños menores e 1 año con esquema de controles y percentil de peso, talla y PC.	Fecha de la prestación Fecha de nacimiento. Percentil para peso, talla y PC. Firma y sello profesional	Fecha de la práctica Fecha de nacimiento.	NPE 32
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años.	Niños de 1 a 6 años con esquema de controles y percentil de peso, talla e IMC.	Fecha de la prestación. Fecha de nacimiento Percentil para peso, talla e IMC. Firma y sello profesional.	Fecha de la práctica Fecha de nacimiento.	NPE 33
X	Inclusión de pueblos originarios	Efectores de salud con personal capacitado en el cuidado de los	Fecha de entrega Nombre del CAPS, CUIE, firma del referente.	Fecha de entrega; CUIE; firma del referente.	

		pueblos originarios.			
--	--	----------------------	--	--	--

Esquema de referencia Nro 2. Trazadoras sanitarias: Definición, sistematización y prestaciones asociadas

Se intentará desarrollar los aportes teóricos y conceptuales que permiten acercarse a la definición de cada una de las variables, intentaremos realizar un análisis técnico que nos permita operacionalizar a cada una de las variables en cuestión.

Aportes operacionales de las variables.

Se tomará como punto de partida el Nomenclador Único de Prestaciones previsto por el Plan Nacer para la atención de la salud MI. Dichas prestaciones deben ser registradas en la Historia Clínica como cierre del acto profesional.

Por otra parte se ha hecho mención a un conjunto de prestaciones del NUP asociadas a Trazadoras Sanitaria, lo que quiere decir que se trata de prácticas de salud materno infantil que aportan la información necesaria para la construcción de los indicadores de salud previstos por el Plan, llamadas Trazadoras Sanitarias. Cada dato que resulta necesario para obtener el indicador de salud se define como Dato Obligatorio Mínimo (DOM). Los datos obligatorios mínimo son atributos que deben contemplarse en el proceso mismo de la práctica profesional, y están en estrecha relación con las normas y pautas de atención de la salud de las madres y los niños.

Por su parte las TS pueden ser planteadas en dos grupos según se trate del evento que genera la información necesaria para su construcción. Esta diferenciación tiene una importancia operativa en

tanto que permite visualizar cuales son los escenarios que deben ser fortalecidos a partir de la implementación de estrategias que favorezcan el logro de los indicadores.

Se propone un detalle de la operacionalización de las variables del trabajo de investigación.

Operacionalización de la variable “registro de las prestaciones del NUP”

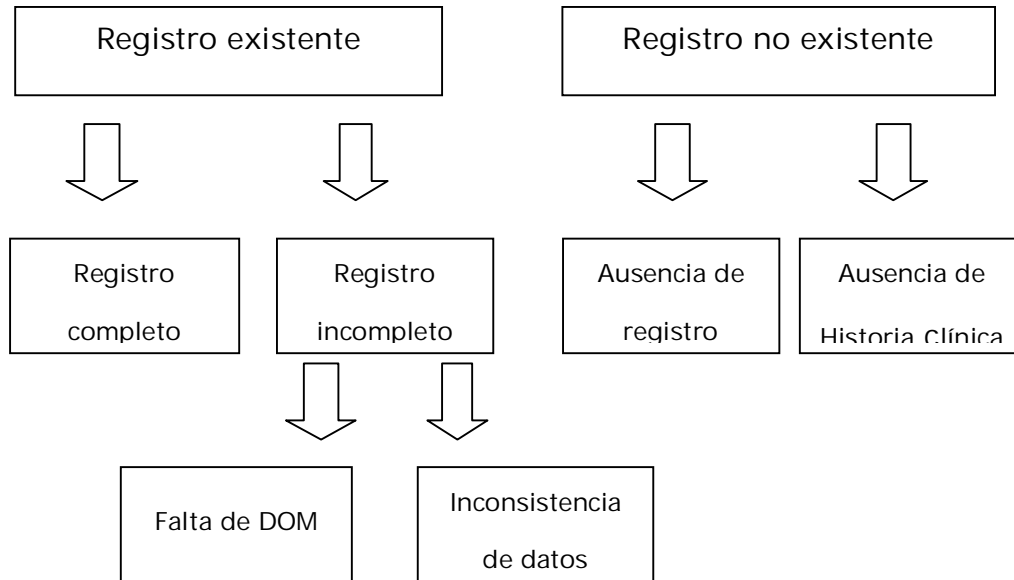
El primer criterio que se considerará será tener en cuenta si el registro de la práctica existe o no existe.

En el caso de existir puede tratarse de un registro completo o incompleto. Un registro puede estar incompleto por dos causas, sea por falta de datos obligatorios mínimos (DOM) o bien por inconsistencia de datos, es decir falta de coincidencia entre el registro de datos de la práctica realizada en la Historia Clínica, y la información suministrada en el informe sanitario –facturación-, sobre esa misma práctica.

En el caso de no existir registro las causas del mismo pueden ser por falta de registro de la prestación en la HC, o bien por ausencia de la HC.

REGISTRO DE LAS PRESTACIONES





El esquema de referencia da cuenta de los criterios que son considerados para la operacionalización de la variable independiente, “registro de las prestaciones del NUP”.

Operacionalización de la variable “Indicadores de salud materno infantil: Trazadoras Sanitarias:

Se adjudica al conjunto de las Trazadoras Sanitarias dos grupos según se trate del evento que genera la información y datos necesarios para la construcción del indicador. Estos eventos guardan relación con el nivel de complejidad del efector. En este sentido es que se define un grupo relacionado a las prácticas que generalmente se realizan en el primer nivel de complejidad y en el

que el evento central es la consulta, ya sea para el seguimiento del niño sano menor de seis años, o bien el control del embarazo, ambos según la agenda sanitaria prevista por las normas y pautas de atención de la población MI.

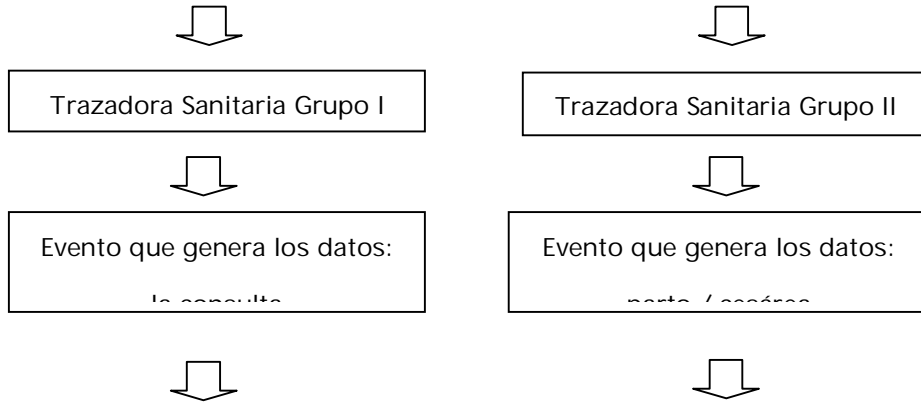
Por otro lado hay un segundo grupo relacionado al segundo nivel de complejidad y en el que el evento parto/cesárea es quien genera la información necesaria que debe ser captada para la consolidación de los indicadores sanitarios relacionados con esta práctica. En este grupo se pueden considerar prestaciones relacionadas a la atención de las puérperas, prestación codificada como MPU 21, la cual puede ser compartida con el Grupo I de prestaciones.

De este modo hay una relación triangular entre la práctica, los datos que se registran y el indicador sanitario, teniendo como centro sinérgico el evento que las sustenta.



Para una mejor comprensión se grafica en el esquema de referencia siguiente la relación entre los indicadores sanitarios, ya sea con el evento que origina la información para la medición de las trazadoras, como también con las prestaciones previstas para la realización y registro de ese evento, previsto en el Nomenclador de prestaciones.

INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL: TRAZADORAS SANITARIAS



Trazadora	Practica asociada
I	MEM 01/02 CMI 62
VI	NPE 41/42
VII	MPU 21
VIII	NPE 32
IX	NPE 33

Atributo

Trazadora	Práctica asociada
II	MPA 17/18
III	MPA 17/18
IV	MPA 17/18 MEM 07
V	MPA 17/18
VII	MPU 21

s de las prestaciones asociadas a Trazadoras Sanitarias.

Al hablar de los atributos de las prestaciones se hace referencia a los datos que deben figurar en la Historia Clínica o instrumento de registro. Al respecto los atributos guardan una estrecha relación con las normas de atención materno infantil lo que significa que los datos solicitados para el proceso de informe sanitario –facturación- y posterior captación de datos para la construcción de los indicadores de salud no son mas que los enunciados en las normas y pautas de atención de las embarazadas, parto y cesárea, atención

puerperal y atención del niño menor de seis años en seguimiento de crecimiento y desarrollo.

En este sentido el Plan Nacer define en el conjunto de atributos a los Datos Obligatorios Mínimos (DOM) los cuales son necesarios para procesar la información y consolidar los resultados de cada una de las Trazadoras Sanitarias previstas por el Plan.

En el marco de continuar operativizando las variables propuestas para la presente investigación es que se considera necesario hacer referencia a los DOM que serán aportados para cada una de las Trazadoras.

El Esquema de Referencia Nro. 3 pretende demostrar la articulación sanitaria –que surge de la práctica- y administrativa –que genera el registro de la práctica- asociando cuatro categorías de análisis que se aportan en la muestra de la investigación.

Prestación	Datos Obligatorios Mínimos DOM	Trazadora sanitaria	Medición cuatrimestral operativa
MEM 01/02 CMI 62	Fecha de la prestación FUM y FPP	I	Número de mujeres embarazadas elegibles que durante el cuatrimestre reciben su 1era consulta antes de la semana 20 de gestación / Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de mujeres elegibles.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

MPA 17/18	Fecha del parto/cesárea Peso, talla, Apgar a los 5`>6	II	Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles con Apgar a los 5` mayor de 6/ Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
MPA 17/18	Fecha parto/cesárea. Peso del RN igual o >2500 grs.	III	Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles con peso de nacimiento superior o igual a 2500 grs/ Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
MPA 17/18 MEM 07	Fecha de práctica para vacuna AT o Doble Adulto; fecha de práctica ultima VDRL durante el embarazo.	IV	Nro de partos en el cuatrimestre de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto/Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
MPA 17/18 MPU 22	Fecha de ingreso del Form. B. al Comité central de Auditorías de muertes MI.	V	Nro de evaluación de procesos de MMI realizados en el cuatrimestre/ Nro de MMI el cuatrimestre.
NPE 41/42	Fecha de la práctica. Fecha de nacimiento. Dosis aplicada.	VI	Nro de niños que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre que han recibido la vacuna antisarampionosa o triple viral/Nro de niños elegibles que cumplen 18 meses en el cuatrimestre.

NPU 21	Fecha de la práctica. Fecha del parto/cesárea.	VII	Nro de puérperas elegibles que recibieron en el cuatrimestre una consulta de consejería en SS y R/ Nro de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
NPE32	Fecha de la práctica. Fecha de nacimiento. Registro de percentil para peso, talla, PC.	VIII	Nro. de niños <1año elegibles que al ultimo día del cuatrimestre cuentan con al menos 8 controles de percentil para peso, talla y PC /Nro total de niños < 1 año elegibles en la provincia.
NPE33	Fecha de la práctica. Fecha de nacimiento. Registro de percentil para peso, talla, IMC.	IX	Nro. de niños de 1 a 6 años elegibles que al ultimo día del cuatrimestre cuentan con al menos 6 controles de percentil para peso, talla e IMC /Nro total de niños de 1 a 6 años elegibles en la provincia.
	Fecha de entrega del módulo. CUIE del efector.	X	Nro de prestadores con recursos humanos capacitados en la atención de pueblos originarios/Nro total de prestadores en la provincia.

Esquema de referencia Nro 3: Asociación de DOM y Trazadoras Sanitarias

La información primaria aportada en el desarrollo de la conceptualización y operacionalización de las variables del trabajo de investigación constituyen el "corpus" de datos para los procesos de auditoria y supervisión realizada por la Auditoria Concurrente Externa (ACE), quien de manera bimensual construye una muestra de efectores que serán auditados en terreno. Dicha muestra ha

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

constituido el aporte fundamental para el presente trabajo de investigación.

La muestra

La muestra se consolidó a partir de los escenarios supervisados y auditados por la Auditoría Concurrente Externa (ACE) quien realiza auditorías bimensuales en terreno, según lo previsto en el Convenio Marco del Plan Nacer, como así también los efectores integrantes de la muestra que participaron en el proceso de Supervisión Médica de la UGSP para la implementación de las Guías de calidad. En esta línea de trabajo se tomó la información estadística correspondiente a los bimestres Marzo–Abril; Mayo-Junio; Julio-Agosto; Septiembre-Octubre; Noviembre-Diciembre 2009; Enero-Febrero; Marzo Abril 2010 y la información aportada por las Áreas Control de Gestión y Área Técnica de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP), Plan Nacer Córdoba, en lo que refiere al informe final de la implementación de las Guías de calidad, realizado por el Área de Supervisión Médica de la UGSP, llevado a cabo en terreno en el periodo mayo a septiembre de 2010.

Los soportes de análisis serán la información secundaria que provee los informes de las ACE y la tabulación de los datos de registro de facturación de los efectores de la muestra para la implementación de las Guías de Calidad.

Con esta información disponible se conforman dos estratos:

Estrato uno: efectores de salud auditados por la ACE en el periodo de estudio, con prestaciones previstas para el primer nivel de atención y asociadas a los indicadores sanitarios de este nivel (Trazadoras Sanitarias del Grupo I), y efectores del primer nivel de

complejidad que fueron supervisados en el proceso de implementación de las Guías de calidad en el periodo mayo-septiembre 2010.

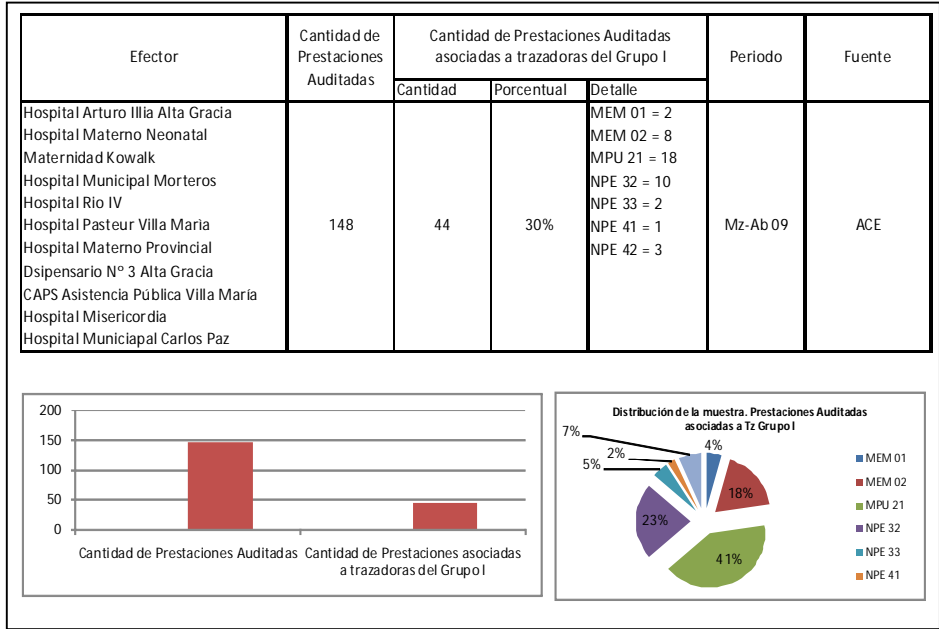
Estrato dos: efectores de salud auditados por la ACE en el periodo en estudio, con prestaciones previstas para el segundo y tercer nivel de complejidad y asociados a los indicadores sanitarios del Grupo II de Trazadoras Sanitarias (Trazadoras del segundo y tercer nivel de atención), y efectores del segundo y tercer nivel de complejidad que fueron supervisados en el proceso de implementación de las Guías de calidad en el periodo mayo-septiembre 2010.

Se complementará el análisis de la información con una encuesta de tipo cerrada, anónima, realizada a integrantes de los equipos de salud de los efectores que constituyen la muestra, a la cual se incorporarán los efectores que fueron supervisados en el proceso de implementación de las Guías de calidad, realizado en los meses de mayo a septiembre de 2010, con el objetivo de enriquecer la información analítica, indagando sobre las causas que inciden en el registro de las prestaciones en salud MI, aportando recursos que favorezcan la posibilidad de cualificar la información.

El instrumento utilizado en la encuesta se adjunta al final del presente trabajo de investigación.

Composición de la muestra.

Estrato uno: prestaciones auditadas y asociadas al Grupo I de Trazadoras sanitarias.



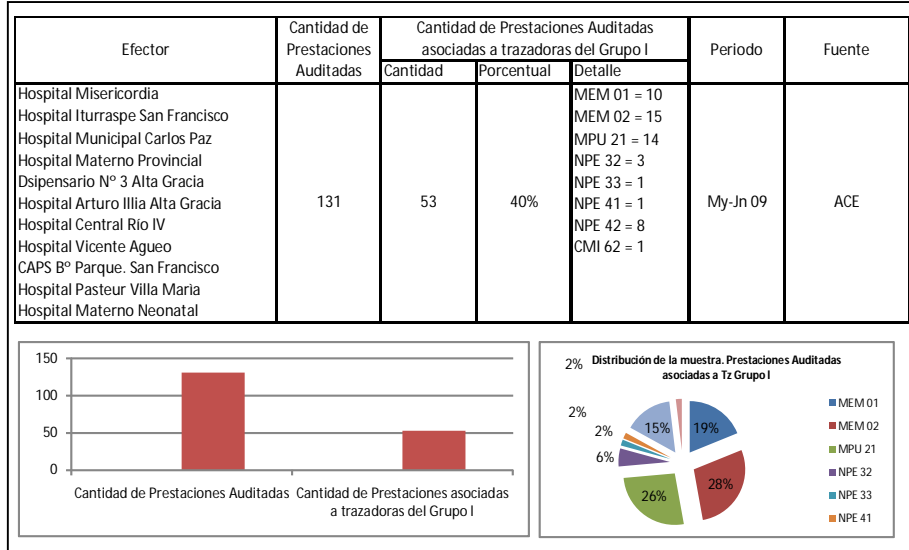
Esquema de Referencia N°4. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Mz-Abr 09. Fuente: Informes de la ACE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

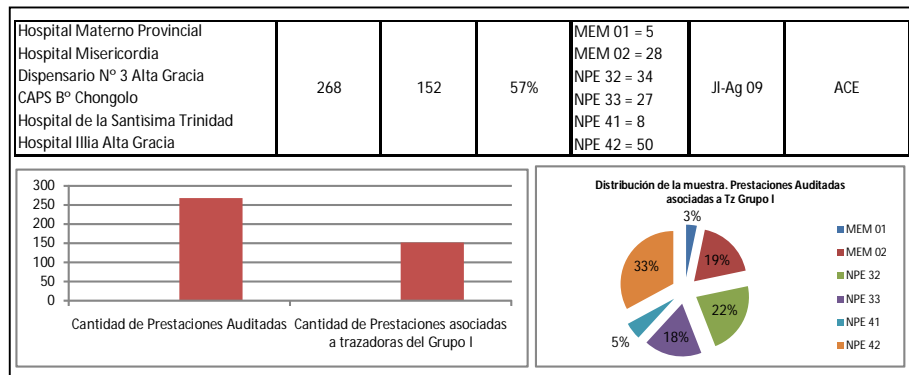
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”



Esquema de Referencia N°5. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo My-Jun 09. Fuente: Informes de la ACE.



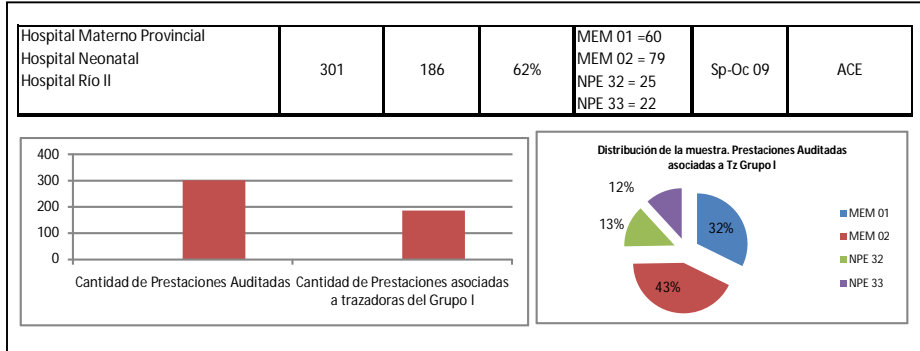
Esquema de Referencia N°6. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Jul-Ago 09. Fuente: Informes de la ACE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

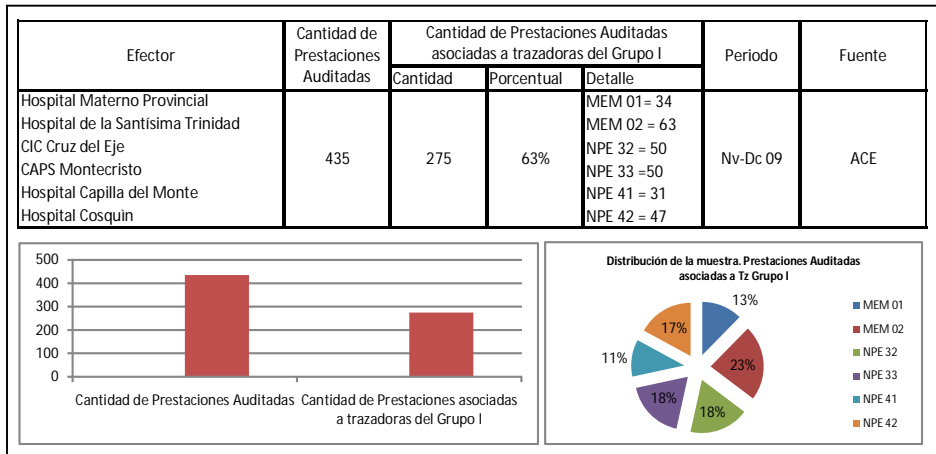
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

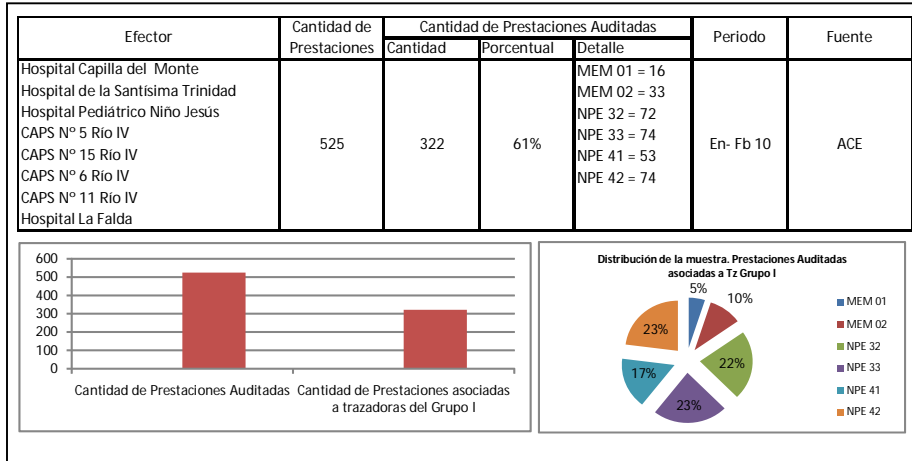


Esquema de Referencia N°7. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Sep-Oct 09. Fuente: Informes de la ACE.

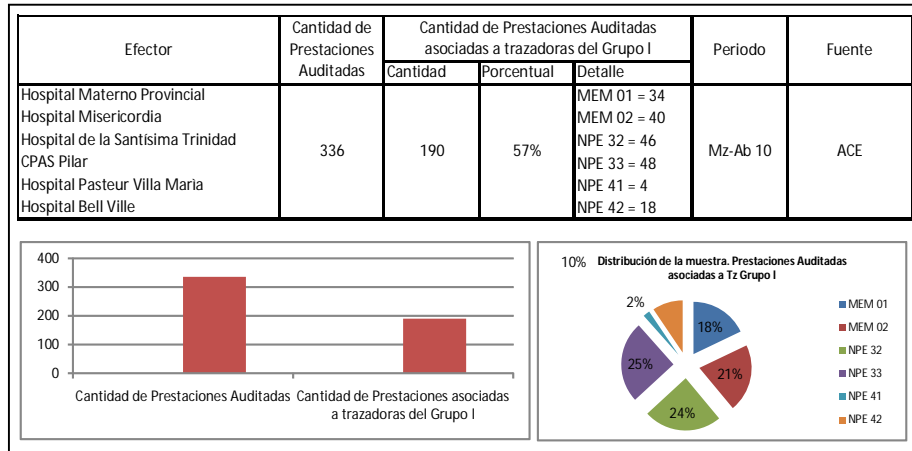


Esquema de Referencia N°8. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Nov-Dic 09. Fuente: Informes de la ACE.

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

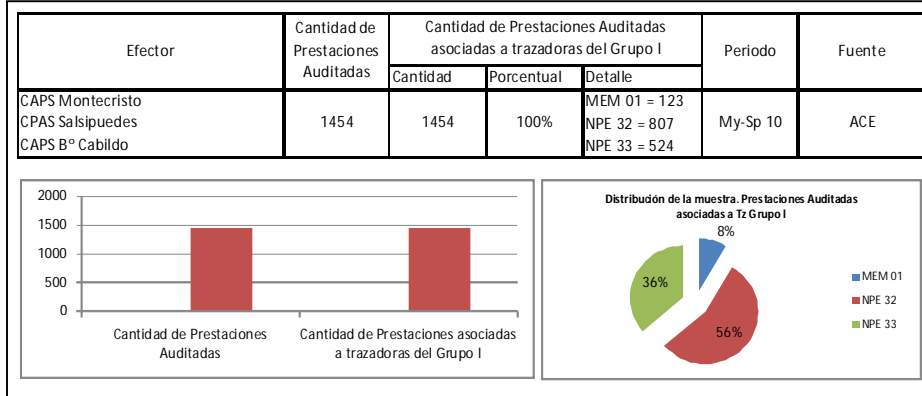


Esquema de Referencia N°9. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Ene-Feb 10. Fuente: Informes de la ACE.



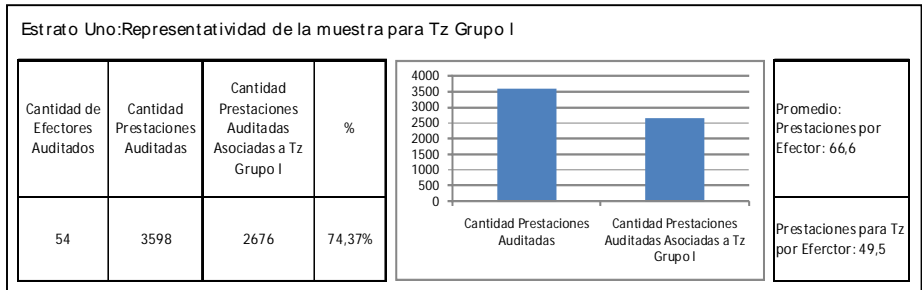
Esquema de Referencia N°10. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo Mar-Abr 10. Fuente: Informes de la ACE.

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”



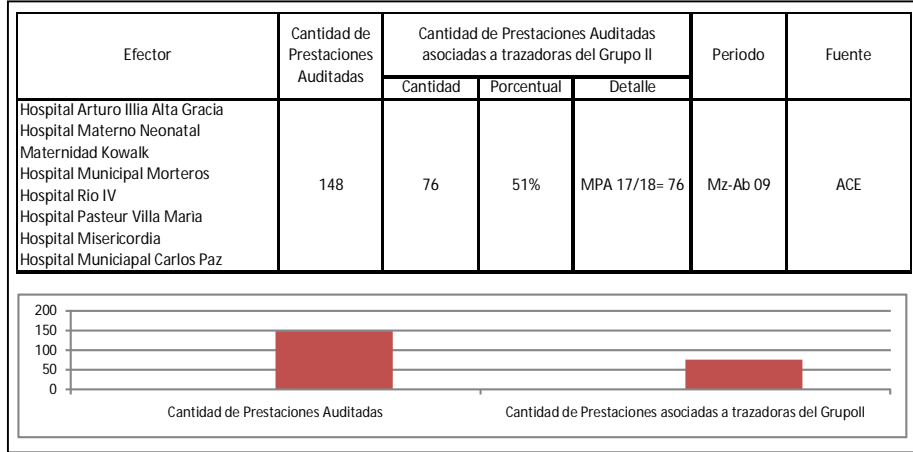
Esquema de Referencia N°11. Composición de la muestra. Estrato 1: representación numérica y porcentual de prestaciones asociadas al Grupo 1 de Trazadoras. Periodo May-Set 10. Fuente: Evaluación ex antes, implementación Guías de calidad. UGSP Córdoba.

Representatividad de la muestra para Trazadoras Grupo I

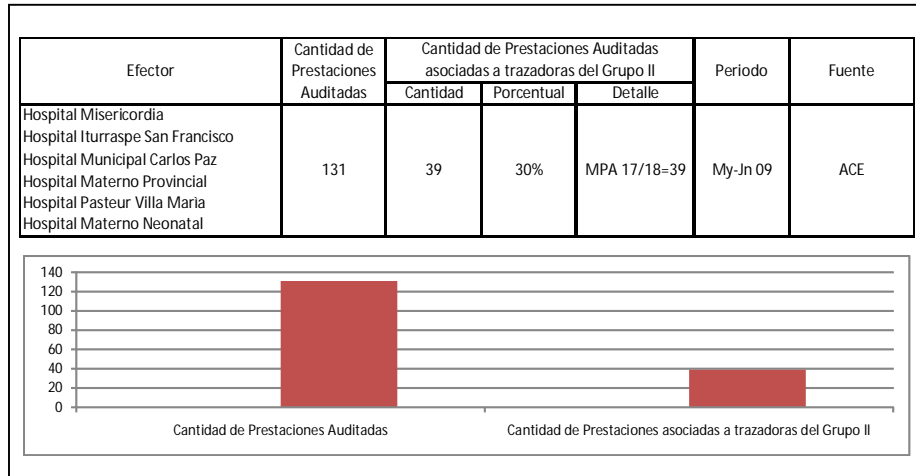


Esquema de referencia Nro. 12: Composición de la muestra. Representación numérica de las prestaciones auditadas en terreno asociadas a Trazadoras del Grupo I.

Estrato dos: prestaciones auditadas y asociadas al Grupo II de Trazadoras sanitarias.



Esquema de Referencia N°13. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Mar-Abr 09. Fuente informes de la ACE.



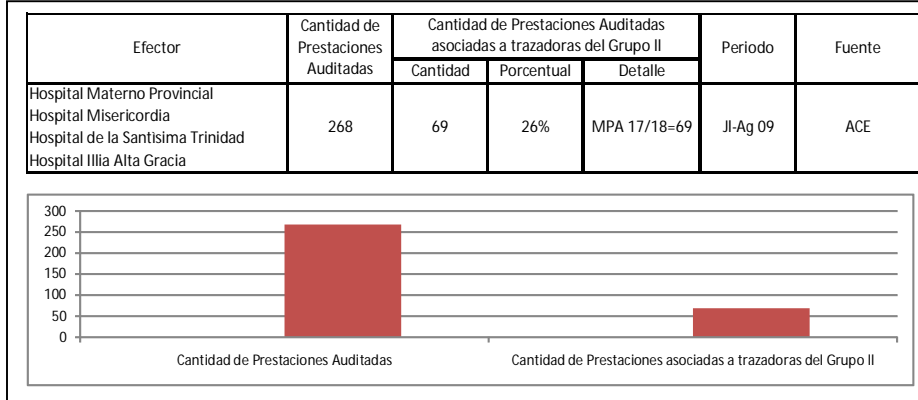
Esquema de Referencia N°14. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo May-Jun 09. Fuente informes de la ACE.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

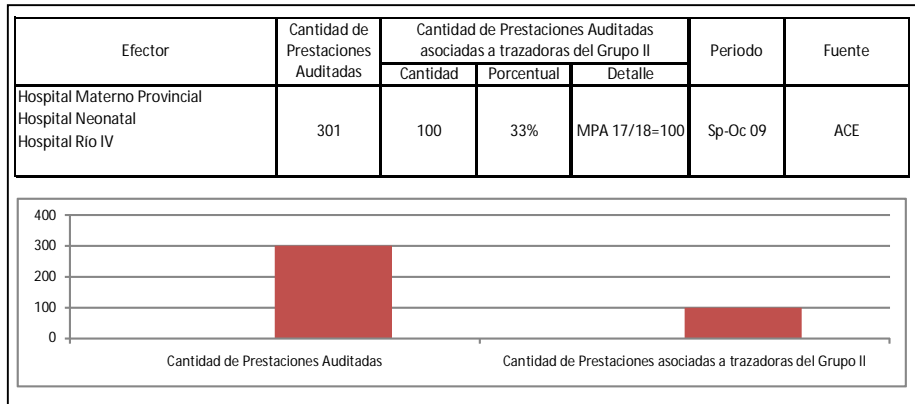
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

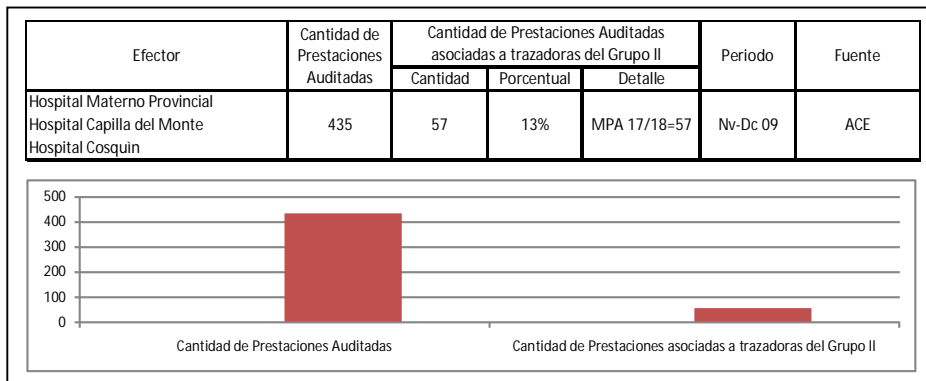
“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”



Esquema de Referencia N°15. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Jul-Ago 09. Fuente informes de la ACE.



Esquema de Referencia N°16. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Sep-Oct 09. Fuente informes de la ACE.



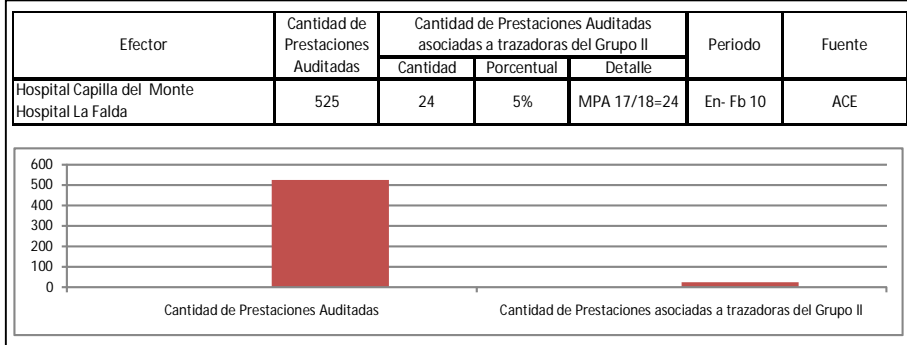
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

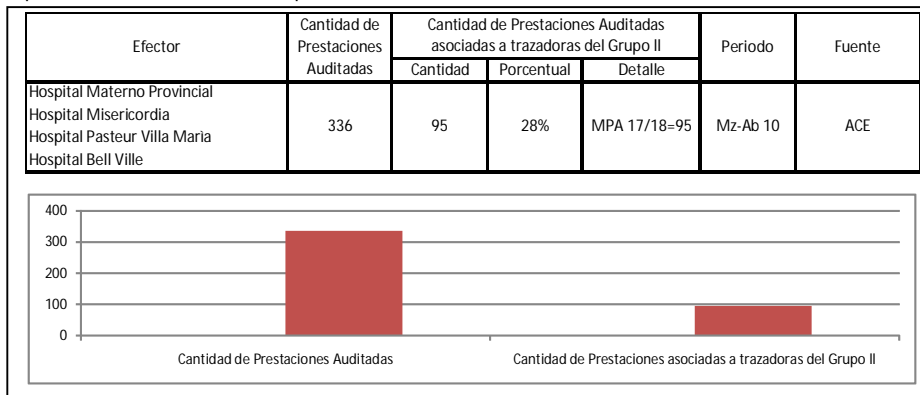
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Esquema de Referencia Nº17. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Nov-Dic 09. Fuente informes de la ACE.

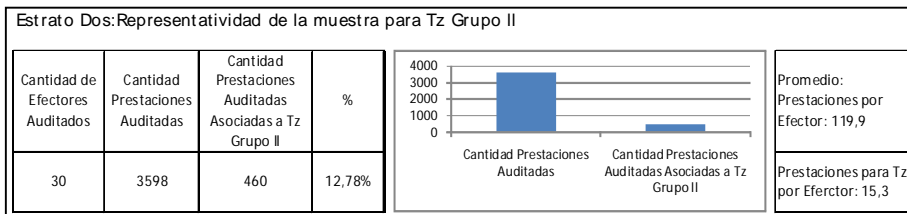


Esquema de Referencia Nº18. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Ene-Feb 10. Fuente informes de la ACE.



Esquema de Referencia Nº19. Composición de la Muestra Estrato II. Representación numérica de las prestaciones asociadas al Grupo II de Trazadoras. Periodo Mar-Abr 10. Fuente informes de la ACE.

Representatividad de la muestra para Trazadoras Grupo II



Esquema de referencia Nro.20: Composición de la muestra. Representación numérica de las prestaciones auditadas en terreno asociadas a Trazadoras Sanitarias del Grupo II

Respecto a la encuesta los efectores abordados en la intervención fueron:

Efectores de la muestra	Región de referencia
Dispensario N°3 Ramón Carrillo Alta Gracia	Calamuchita
Hospital Arturo Illia Alta Gracia	
Hospital Misericordia	Centro
Hospital Materno Neonatal	
Hospital Materno Provincial	
Hospital de la Santísima Trinidad	
CAPS B° Chingolo	
Hospital Pediátrico	
CAPS Monte Cristo	
CAPS Salsipuedes	
CAPS B° Cabildo	
Hospital Municipal de Morteros	
CAPS B° Parque. San Francisco	
Hospital Iturraspe. San Francisco	
Hospital Central de Río IV	Río IV (Sur)
Maternidad Kowalk	
CAPS N° 5 Río IV	
CAPS N° 15 Río IV	
Hospital Municipal de Carlos Paz	Punilla
Hospital Capilla del Monte	

Hospital Municipal Cosquín	
CIC Cruz del Eje	
Hospital Municipal La Falda	
CAPS Asistencia Pública V. María	Villa María
Hospital Pasteur V María	
Hospital Vicente Agüero	Norte
Hospital Río II	Río II
CAPS Pilar	
Hospital Bell Ville	Marcos Juárez

Tabulación de la información.

Se tomó como fuente de información secundaria los Informes de Supervisión en terreno realizados por la Auditoria Concurrente Externa en los periodos bimensuales comprendidos entre los meses de Marzo de 2009 y Abril del 2010; y los Informes de Supervisión Médica realizados por el Área de Auditoria y Supervisión Médica de la UGSP, evaluación ex antes, durante los meses de Mayo a Septiembre de 2010, en el marco de la implementación de las Guías de Calidad.

Para la tabulación de cada Informe de Auditoria se definió como denominador el total de las prestaciones auditadas en el bimestre, tomando como referencia para el trabajo de investigación las prestaciones asociadas a Trazadoras Sanitarias, discriminando según se trate del Grupo I o Grupo II (Ver esquema de Referencia Pagina 34.).

Las categorías de análisis de tabulación fueron:

Período: se refiere al bimestre auditado por la ACE y cuya información resulta del Informe de Auditoría. Se consideró el periodo de mayo a septiembre con el informe de auditoría médica de la UGSP como resultado de la evaluación ex antes para la implementación de las Guías de Calidad.

Cantidad de efectores: se tabuló la información de todos los efectores auditados en cada bimestre, incluyendo lo efectores que integraron la muestra de la evaluación ex antes para la implementación de las Guías de Calidad.

Cantidad de Prestaciones Auditadas (CPA): hace referencia a la totalidad de las prestaciones que fueron tomadas para la muestra, independientemente si dichas prestaciones estaban relacionadas o no con Trazadoras Sanitarias.

Cantidad de Prestaciones Auditadas Asociadas a Trazadoras Sanitarias (CPAATz): se consideró la tabulación de las prácticas previstas en el NUP y que tienen la virtud de aportar datos para la construcción de Trazadoras Sanitarias.

Cantidad de Prestaciones Auditadas Asociadas a Trazadoras Sanitarias del Grupo I (CPAATz Grupo I): hace referencia a la tabulación de las prestaciones auditadas que aportan datos para la construcción e las Trazadoras I, VI, VII, VIII y X.

Cantidad de Prestaciones Validadas para Trazadoras Sanitarias del Grupo I (CPVTz): se realizó la tabulación de la totalidad de las

prestaciones relacionadas con las Trazadoras del Grupo I y que fueron dadas por “válidas” por la Auditoría.

Al respecto una prestación es válida cuando dispone del registro escrito de la totalidad de los atributos considerados para cada prestación, según se explica en el Esquema de Referencia Nro.3, Datos Obligatorios Mínimos, previstos para cada instrumento de registro según las normas de atención de la salud MI.

Cantidad de Prestaciones No Validadas para Trazadoras Sanitarias del Grupo I (CPNVTz): se tabuló la totalidad de las prestaciones que fueron consideradas como “No válidas” por los procesos de auditoría. Una prestación se considera en la categoría de no válida cuando carece de registro, sea completo o incompleto, según las consignas de los DOM que debe tener como registro toda prestación prevista en el NUP.

Calidad y cantidad del registro de las prestaciones asociadas al Grupo I: al tabular la información disponible se consideró cada una de las prestaciones asociadas a Trazadoras Sanitarias del Grupo I. En cada prestación se tomó como referencia la cantidad total auditada, diferenciando las validadas y no validadas, para cada una en su grupo.

Las prestaciones tabuladas fueron:

Grupo Mujer: (MEM: Mujer Embarazo) MEM 01: Consulta de embarazo de 1era. Vez; MEM 02: Consulta ulterior de control de embarazo; Sub grupo puérperas (MPU: Mujer puérpera) MPU 21: Consejería en salud sexual y Reproductiva.

Grupo Niños: (NPE: Niño Pediatría) NPE 32: Consulta de seguimiento del niño sano < 1 año; NPE 33: Consulta de seguimiento de niño sano de 1 a 6 años; NPE 41: Inmunización con vacuna antisarampionosa o triple viral en niños menores de 6 años; NPE 42: Dosis aplicada de vacunas para completar esquema.

Grupo Comunidad: (CMI: Comunidad Materno Infantil) CMI 62: Captación activa de embarazadas antes de la semana 20 de gestación.

Cantidad de Prestaciones Auditadas Asociadas a Trazadoras Sanitarias del Grupo II (CPAATz Grupo II): hace referencia a la tabulación de las prestaciones auditadas que aportan datos para la construcción de las Trazadoras II, III, IV, V

Calidad y cantidad del registro de las prestaciones asociadas al Grupo II: tabulación de la información disponible respecto a las prestaciones asociadas a las Trazadoras del Grupo II. Para cada prestación se tomo como referencia la cantidad total auditada, diferenciando las validadas y no validadas, para cada una en su grupo.

Las prestaciones tabuladas fueron:

Grupo parto: (MPA: Mujer parto)MPA 17/18: Atención el parto/cesárea, respectivamente.

“Una estricta tabulación exige un método en el tratamiento de los datos que permita al investigador disponer de forma práctica y

gráfica de la información procesada”⁸. Siguiendo esta línea conceptual es que se resumió la información tabulada a los efectos de abordar un análisis macro de los datos y, a partir de ello, iniciar un micro análisis de la información.

El esquema de referencia 20-B sintetiza la totalidad de la información tabulada disponible en la muestra para el presente estudio.

El Esquema de Referencia Nro.20-A muestra la disponibilidad de la información procesada dando lugar a un primer cuestionamiento analítico: ¿cuáles son los factores que inciden para que las diferencias entre prestaciones validas y no validas sean mas pronunciadas en las prestaciones relacionadas al evento consulta (Tz Grupo I), respecto a las prestaciones del evento parto/cesárea (Tz Grupo II)?

El esquema de referencia deja demostrado que la brecha entre las prestaciones validadas y las no validadas para las prácticas de parto y cesárea es menor respecto al resto de las prestaciones.

⁸ Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad. Maria C. de Souza Minayo

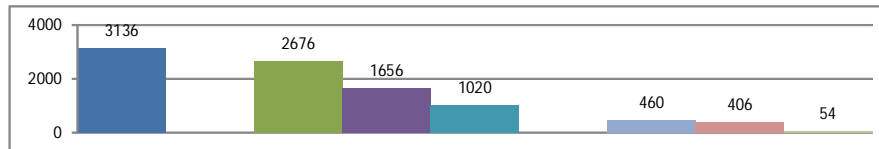
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

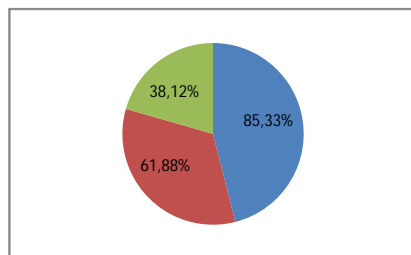
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

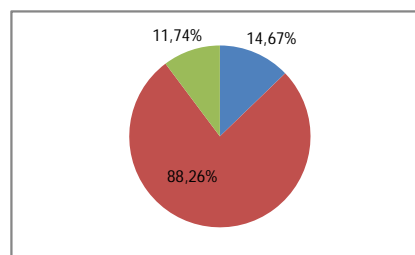
Periodo	Prestaciones auditadas asociadas a Trazadoras	Prestaciones auditadas asociadas a Tz Grupo I	Validas Gpo I	No Válidas Gpo I	Prestaciones auditadas asociadas a Tz Grupo II	Validas Gpo II	No Válidas Gpo II
Mz-Ab 2009	120	44	26	18	76	58	18
My-Jun 2009	92	53	25	28	39	31	8
Jul-Ag 2009	221	152	97	55	69	66	3
Sp-Oc 2009	286	186	74	112	100	87	13
Nv-Dic 2009	332	275	138	137	57	52	5
En-Fb 2010	346	322	150	172	24	23	1
Mz-Ab 2010	285	190	150	40	95	89	6
My-Sp 2010	1454	1454	996	458			
Totales	3136	2676	1656	1020	460	406	54
		85,33%	61,88%	38,12%	14,67%	88,26%	11,74%



Representación numérica de las prestaciones auditadas Grupo I y Grupo II



Relación porcentual prestaciones Grupo I



Relación porcentual prestaciones Grupo II

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Esquema de Referencia Nro.20-A: Resumen analítico de datos tabulados.

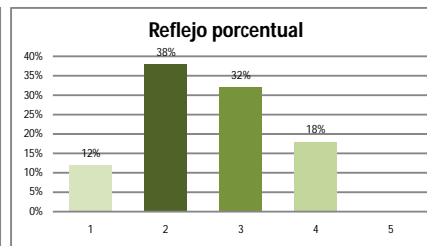
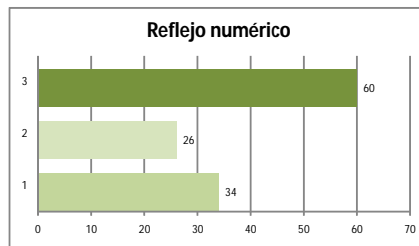
Cuadro comparativo de prestaciones validadas y no validadas para las Tz de Grupo I y Grupo II.

Tabulación de datos de la encuesta.

Como parte de la muestra se realizó una encuesta de tipo cerrada a los profesionales de los efectores auditados que realizan atención a la población materno infantil, que son parte de la muestra del trabajo de investigación.

En este marco se realizaron 60 (sesenta) encuestas, distribuidas en 34 efectores con primer nivel de atención (57%), y 26 efectores con segundo y tercer nivel de atención (43%), con una distribución de profesionales que resultó de la manera siguiente:

Profesionales encuestados	1er. nivel de atención	2do. nivel de atención	Subtotal	%
Médicos Generalistas	5	2	7	12%
Médicos Obstetras	12	11	23	38%
Médicos Pediatras	8	11	19	32%
Enfermeros/as	9	2	11	18%
Totales	34	26	60	100%



Esquema de Referencia N° 21: Composición de las encuestas. Año 2010 Fuente: Área Técnica UGSP Córdoba

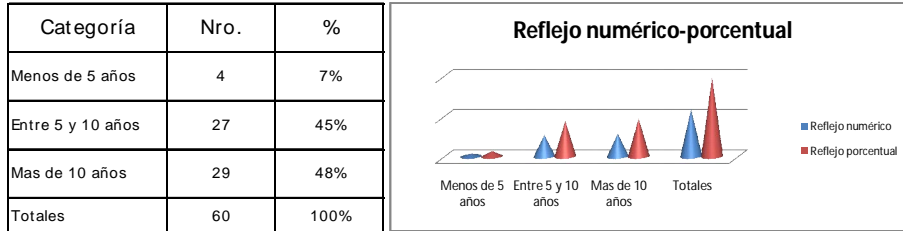
En la primera parte se indagó sobre aspectos organizativos de la atención en cada uno de los centros de salud auditados en relación a los años de ejercicio profesional, horas de atención, cantidad de pacientes y el tiempo promedio empleado en cada prestación de salud materno infantil.

Las preguntas realizadas fueron:

1. Años de ejercicio profesional.
2. Horas de atención semanal.
3. Cantidad promedio de pacientes atendidos por día.
4. Tiempo promedio para cada paciente.

En referencia a los años de ejercicio profesional, las categorías propuestas arrojaron los siguientes resultados:

Años de ejercicio profesional	Menos de 5 años		Entre 5 y 10 años		Mas de 10 años	
	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel
Médicos Generalistas	1	0	1	1	3	1
Médicos Obstetras	0	1	7	6	5	4
Médicos Peditras	0	1	0	6	8	4
Enfermeros/as	1	0	5	1	3	1



Esquema de Referencia N° 22. Atributos de los encuestados: Años de ejercicio profesional/Nivel de complejidad. Año 2010 Fuente: Área Técnica UGSP Córdoba.

Se observa que en su mayoría se trata de profesionales que superan los 10 años de ejercicio profesional. Este dato es relevante al momento de analizar el nivel de conocimiento que los equipos de salud tienen en referencia a prácticas y su relación con el registro de los datos.

Por otra parte se puede hacer referencia a la teoría de la pertenencia a la tarea en tanto que la misma aumenta a medida que aumentan los años de práctica. O bien, y en el marco de la misma teoría, se puede considerar la postura antagónica que considera que a medida que pasan los años de ejercicio profesional, las prácticas adquieren mayor rutina lo que afecta de manera directa sobre la calidad de la prestación, dejando fuera de toda discusión que el registro de una prestación es parte de la calidad.

La propuesta de conocer la cantidad de horas de trabajo de los diferentes profesionales, según el nivel de atención de pertenencia, permitió saber la carga horaria, aspecto este íntimamente relacionado al tiempo de atención y calidad de los servicios.

Carga horaria semanal	Menos de 10 horas		Entre 10 y 20 horas		Mas de 20 horas	
	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel
Médicos Generalistas	1	0	1	0	3	2
Médicos Obstetras	0	0	8	1	4	10
Médicos Pediatras	0	0	2	2	6	9
Enfermeros/as	1	0	0	0	8	2

Esquema de Referencia N° 23. Atributos de los encuestados: Carga horaria/Nivel de complejidad. Año 2010 Fuente: Área Técnica UGSP Córdoba.

La carga horaria de los profesionales está íntimamente relacionada al tiempo de ejercicio profesional y, consecuentemente, se transforma en un indicador del nivel de capacitación, formación y calidad de respuesta que cada uno de los profesional es capaz de lograr en su escenario de trabajo.

Por su parte es también lógico relacionar la carga horaria con la capacidad operativa de pacientes atendidos. Una relación directamente proporcional nos dirá que a mayor carga horaria, mayor cantidad de personas atendidas.

La categoría sobre la cantidad promedio de pacientes atendidos por día definió el cuadro que sigue:

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Cantidad pacientes por día	Menos de 5 pacientes		Entre 5 y 10 pacientes		Mas de 10 pacientes	
	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel
Médicos Generalistas	0	0	0	0	5	2
Médicos Obstetras	0	1	3	0	9	10
Médicos Pediatras	0	0	0	0	8	11
Enfermeros/as	0	0	1	0	8	2

Esquema de Referencia N° 24. Atributos de los encuestados: Carga horaria/Pacientes atendidos. Año 2010 Fuente: Área Técnica UGSP Córdoba.

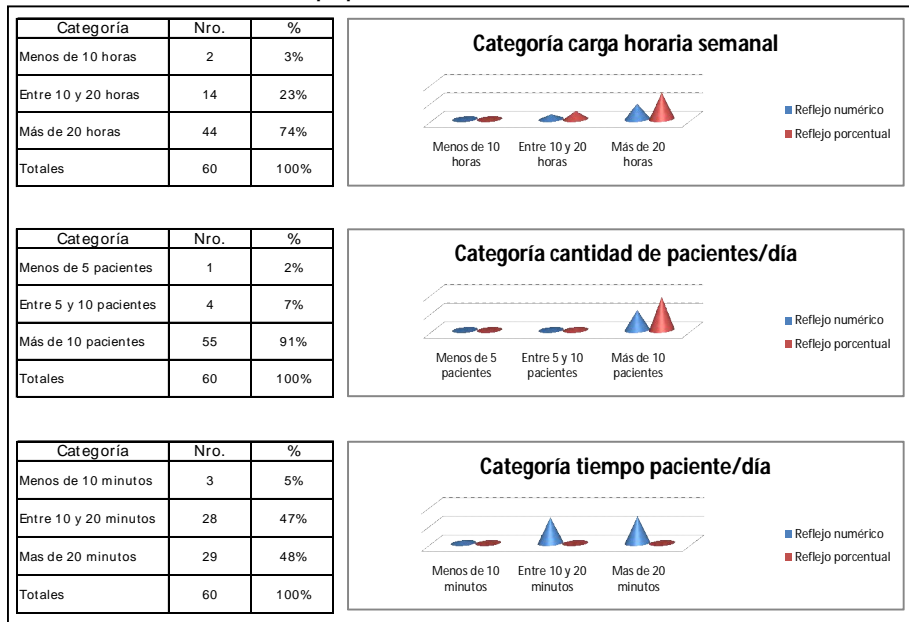
Respecto al tiempo que le demanda cada uno de los pacientes, los resultados definieron los siguientes datos:

Tiempo demandado por paciente	Menos de 10 minutos		Entre 10 y 20 minutos		Mas de 20 minutos	
	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel	1er nivel	2do nivel
Médicos Generalistas	0	0	3	0	2	2
Médicos Obstetras	0	0	6	5	6	6
Médicos Pediatras	0	0	4	2	4	9
Enfermeros/as	3	0	6	2	0	0

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Esquema de Referencia N° 25. Atributos de los encuestados: Demanda de pacientes por consulta/Nivel de complejidad. Año 2010 Fuente: Área Técnica UGSP Córdoba.

Trasladados estos resultados a datos porcentuales, los cuadros reflejan lógicas inversamente proporcionales a las representaciones del colectivo de los equipos de salud sobre la atención sanitaria.



Esquema de Referencia N° 26. Relación de categorías Carga horaria/Cantidad de pacientes/Demandas por consulta. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

La brecha entre las diferentes cargas horarias dan cuenta de una mayoría de recurso humano que supera las 20 horas en su carga horaria (74% con más de 20 horas y 23% con carga horaria entre 10 y 20 horas).

Otra brecha se refleja en el número de pacientes atendidos que pasa del 7% para una frecuencia de 5 a 10 pacientes, al 91% para la categoría de más de 10 pacientes.

En estos dos resultados se encuentra una lógica de proporcionalidad directa que permite leer que a mayor cantidad de carga horaria, hay una mayor cantidad de pacientes atendidos.

Sin embargo si se toma como referencia la carga horaria y el tiempo dedicado a cada consulta, la lógica de proporcionalidad es indirecta: a mayor cantidad de carga horaria para los equipos de salud (74%) el tiempo dedicado a cada paciente no sufre diferencias marcadas (47% para consultas de 10 a 20 minutos, y 48% para consultas con mas de 20 minutos)

Estas lecturas abordan conclusiones posibles que pueden ser que a mayor cantidad de carga horaria hay un incremento en carga de pacientes lo que determina la necesidad de una dedicación menor en cada consulta. Los tres factores combinados serían una incidencia importante en la calidad del registro de las prestaciones.

El objetivo de la encuesta fue indagar sobre las causas que, según la consideración de los profesionales, inciden en el registro de las prestaciones. Para ello se tomaron como referencia cuatro categorías:

1. Atributos que según las normas de atención materno infantil deben ser registradas en el control del niño sano.
2. Atributos que según las normas materno infantiles deben ser registradas en la atención del niño con patología prevalente.
3. Atributos que según las normas de atención materno infantil deben ser registradas en el control del embarazo.
4. Tipo de instrumento de registro.

Para el caso de los profesionales de efectores del primer nivel de atención las respuestas fueron las que figuran en el cuadro que sigue:

Profesionales	Atributos para el control del niño sano, según normas de atención Materno Infantiles (1er nivel de atención)							
	Fecha	Peso	Talla	Percentil	PC	IMC	Firma	Otros
Médicos Generalistas	5	5	5	3	3	1	4	4
Médicos Peditras	8	8	8	8	6	5	6	6

Referencia: Médicos Generalistas entrevistados: 5

Médicos Peditras entrevistados: 8

Profesionales	Atributos para el atención del niño/ embarazada con patología prevalente, según normas de atención Materno Infantiles (1er nivel de atención)						
	Fecha	Peso	Talla	Diagnóstico	Plan	Firma	Otros
Médicos Generalistas	5	3	3	5	5	4	3
Médicos Peditras	8	6	3	7	8	5	3
Medico Obstetra	12	7	2	12	10	7	6

Referencias: Médicos Generalistas entrevistados: 5

Médicos Peditras entrevistados: 8

Médicos Obstetras entrevistados: 12

Esquema de Referencia N° 27. Atributo de los encuestados. Nivel de información sobre normas y pautas de atención MI. Primer nivel de atención. 2010- Fuente Área técnica UGSP Córdoba

Para el caso de los efectores del segundo nivel de atención los resultados de la encuesta demuestran los siguientes datos:

Profesionales	Atributos para el control del niño sano, según normas de atención Materno Infantiles (2do.nivel de atención)							
	Fecha	Peso	Talla	Percentil	PC	IMC	Firma	Otros
Médicos Pediatras	11	11	11	5	10	3	4	8

Referencia: Médicos Pediatras entrevistados: 11

Profesionales	Atributos para el atención del niño/ embarazada con patología prevalente, según normas de atención Materno Infantiles (2do nivel de atención)							
	Fecha	Peso	Talla	Diagnóstico	Plan	Firma	Otros	
Médicos Generalistas	2	1	0	2	2	1	1	
Médicos Pediatras	11	11	6	11	11	4	2	
Medico Obstetra	11	11	4	11	11	6	6	

Referencias: Médicos Generalistas entrevistados:2,Médicos Pediatras entrevistados: 11 ;
Médicos Obstetras entrevistados: 11

Esquema de Referencia N° 28. Atributo de los encuestados. Nivel de información sobre normas y pautas de atención MI. Segundo nivel de atención. 2010- Fuente Area técnica UGSP Córdoba

En lo que respecta a la categoría de control de embarazo, tanto para primer nivel como segundo nivel de atención, los resultados de la encuesta fueron:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Profesionales	Atributos para el control del embarazo, según normas de atención Materno Infantiles (1er nivel de atención)								
	Fecha	Peso	Talla	TA	A. U	SSR	ER	Firma	Otro
Médicos Generalistas	5	5	5	4	3	2	0	4	3
Médicos Obstetras	12	12	12	11	8	8	6	8	8

Referencias: Médicos Generalistas entrevistados: 5

Médicos Obstetras entrevistados: 12

TA: Tensión arterial; AU: Altura uterina; SSR: Consejería Salud Sexual y reproductiva; ER: Evaluación de riesgo de embarazo

Esquema de Referencia N° 29. Atributo de los encuestados: Nivel de información sobre normas y pautas de atención para el control de embarazos. Primer nivel de atención. 2010.

Fuente Area técnica UGSP Córdoba

Profesionales	Atributos para el control del embarazo, según normas de atención Materno Infantiles (2do. nivel de atención)								
	Fecha	Peso	Talla	TA	A. U	SSR	ER	Firma	Otro
Médicos Generalistas	2	2	0	2	1	0	0	1	2
Médicos Obstetras	11	11	3	10	11	5	3	5	8

Referencias: Médicos Generalistas entrevistados: 2; Médicos obstetras entrevistados:11;

TA: Tensión arterial; AU: Altura uterina; SSR: Consejería Salud Sexual y Reproductiva; ER: Evaluación de riesgo de embarazo

Esquema de Referencia N° 30. Atributo de los encuestados: Nivel de información sobre normas y pautas de atención para el control de embarazos. Segundo nivel de atención. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

En la información sobre el tipo de registro y dato que debe tener cada práctica, los cuadros anteriores demuestran una tendencia positiva, es decir que hay un conocimiento por parte de los profesionales sobre el tipo de dato que debe ser registrado en cada una de las prestaciones. Sin embargo es necesario conocer cuáles son los factores que inciden sobre la calidad de los registros y que afectan de manera directa en el logro de los indicadores sanitarios (TS) previstos por el Plan Nacer.

Los procesos de supervisión médica realizados en terreno por las Auditorías Externas, y que forman parte de la muestra del presente trabajo de investigación, dan cuenta de una calidad deficitaria respecto a la cantidad de información y DOM que se encuentran en los registros de las historias clínicas. En este punto se presenta la pregunta matriz que le da origen al trabajo de investigación: ***¿por qué los profesionales no registran la información en la HC si todo indicaría que conocen el nivel y calidad de registro que exige una prestación en la atención materno infantil?***

También en este grupo de preguntas se indagó sobre el tipo de instrumento que se usa para el registro.

Para el grupo de profesionales de efectores del primer nivel de atención, indagados durante la encuesta, los datos obtenidos fueron:

Instrumento	Obstetras	Pediatras	Generalistas	Enfermeras
HCBP	8	0	0	0

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

Ficha pediátrica	0	0	0	0
Historia Clínica (HC)	4	8	5	0
HC Informatizada	0	0	0	0
Cuaderno de enfermería	0	0	0	9

Esquema de Referencia N° 31. Atributo de los encuestados: Uso de instrumento de Registro. Primer nivel de atención. 2010. Fuente Área técnica UGSP Córdoba

En el caso del segundo nivel de atención, los profesionales aportaron las respuestas que figuran en el cuadro siguiente:

Instrumento	Obstetras	Pediatras	Generalistas	Enfermeras
HCBP	5	0	0	0
Ficha pediátrica	0	1	0	0
Historia Clínica (HC)	6	10	2	0
HC Informatizada	0	0	0	0
Cuaderno de enfermería	0	0	0	2

Esquema de Referencia N° 32. Atributo de los encuestados: Uso de instrumento de Registro. Segundo nivel de atención. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

Si se observan los resultados se pueden inferir tres aspectos que son importantes para el objetivo de esta investigación:

1. Los profesionales de las unidades o servicios de enfermería no utilizan la Historia Clínica como instrumento de registro, sea falta de accesibilidad, por disponer de registros diferenciados, etc.
2. En su mayoría los profesionales tienen como referencia para el registro a la Historia Clínica individual.
3. La HCBP no es utilizada por la totalidad de los profesionales dedicados al cuidado de las embarazadas, especialmente en el segundo nivel de atención. En este caso puede ocurrir que se considere el “término Historia Clínica” para hacer mención a los dos tipos de instrumentos, sea HC o HCBP.

En la última parte de la encuesta las preguntas giraron en torno a las causas que pueden estar asociadas a la calidad del registro de las prestaciones. En este sentido se preguntó sobre un conjunto de factores que inciden sobre el registro y, en particular, sobre el nivel de conocimiento que los efectores tienen sobre las normas de atención de la salud materno infantil y su relación con los datos necesarios obligatorios que dichas normas suponen deben ser registrados.

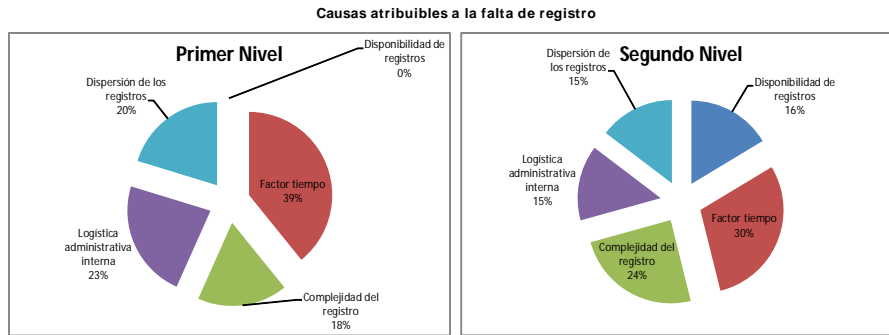
Respecto a las causas de falta de registro, y tratándose de una encuesta cerrada, se aportaron cinco categorías posibles, a saber:

1. Disponibilidad de instrumentos de registro
2. El factor tiempo

3. Complejidad de los instrumentos de registro
4. Logística administrativa interna
5. Dispersión de los registros

En este orden se tabularon las siguientes respuestas las que fueron el resultado de una priorización que cada uno de los encuestados realizó.

Categorías	Primer Nivel		Segundo Nivel	
	Nro. orden	%	Nro. orden	%
Disponibilidad de registros	5to.	0%	3ero	38%
Factor tiempo	1ero	85%	1ero	69%
Complejidad del registro	4to	38%	2do.	57%
Logística administrativa interna	2do.	50%	4to.	34%
Dispersión de los registros	3ero	44%	5to.	34%



Esquema de Referencia N° 33. Atributos de los encuestados: Causas relacionadas a la calidad del registro en la HC. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

El factor tiempo lidera la priorización hecha por los encuestados en ambos niveles de complejidad.

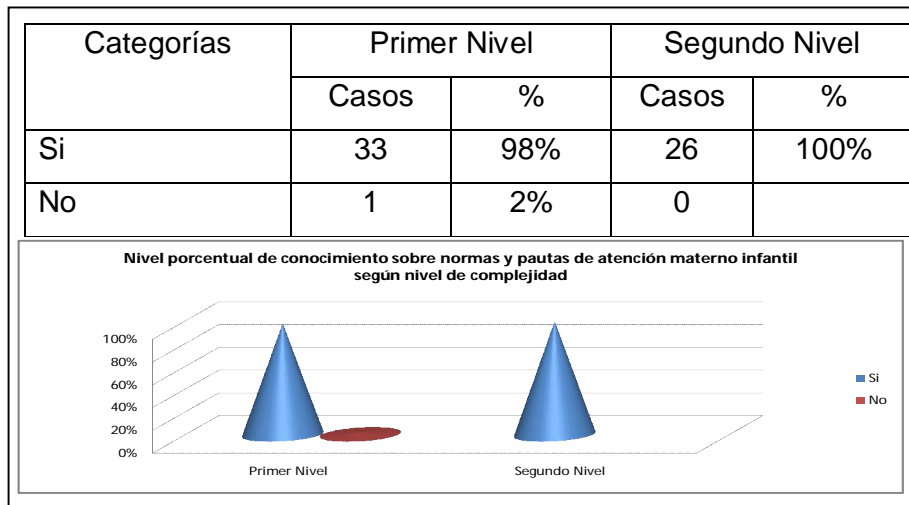
Por su parte si se trata de hacer un breve análisis de las respuestas en cada nivel se puede decir que en el primer nivel de atención las causas que inciden sobre la calidad de los registros son la falta de tiempo, con una necesidad de revisar la accesibilidad de los profesionales a los instrumentos de registros, considerando la logística interna prevista por el centro de salud para aportar los instrumentos de registro en tiempo y forma, complejizado con la obligación del llenado de varios formularios y planillas.

Para el caso del segundo nivel de atención las causas están centradas en el factor tiempo, con implicancia de la complejidad de los instrumentos de registros, su disponibilidad y la logística interna administrativa que acompaña a la dispersión y multiplicidad de formularios.

Para el cierre de la encuesta se trabajó sobre dos cuestiones relacionadas al conocimiento que los equipos de salud tienen en referencia a las normas de atención de salud materno infantil. Para ello se utilizaron dos preguntas diferentes que tienen la misma

respuesta en cuanto a conocimiento. Lo que se pretendió es demostrar qué nivel de conocimiento tienen los equipos de salud cuando hacen referencia al registro de las prestaciones.

Se indagó sobre el nivel de información que tienen los profesionales sobre el registro de las prácticas según las normas y pautas de atención de la madre y el niño. Del total de las encuestas la tabulación de los datos arrojó los siguientes resultados:



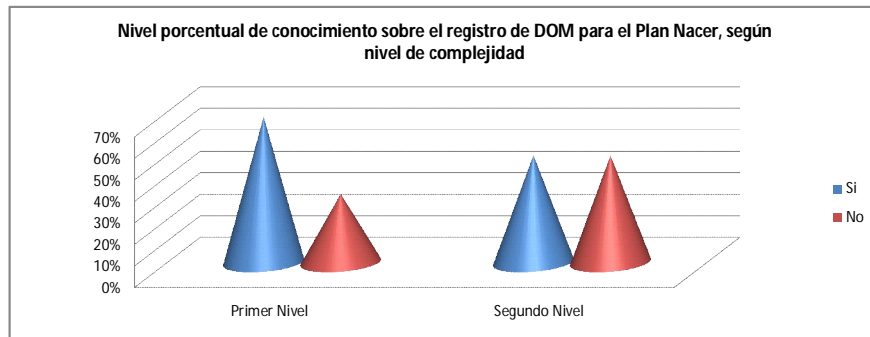
Esquema de Referencia N° 34. Atributos de los encuestados: Percepción del nivel de información sobre pautas y normas de atención MI. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

Con la siguiente pregunta, directamente relacionada a la anterior, se pretende saber sobre el nivel de información respecto a los Datos Obligatorios Mínimos (DOM) solicitados por el Plan Nacer para el proceso de registro y facturación. Cabe recordar que tales DOM son los previstos por las normas de atención materno infantil. Sin embargo los resultados fueron:

Categorías	Primer Nivel	Segundo Nivel

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

	Casos	%	Casos	%
Si	23	68%	13	50%
No	11	32%	13	50%

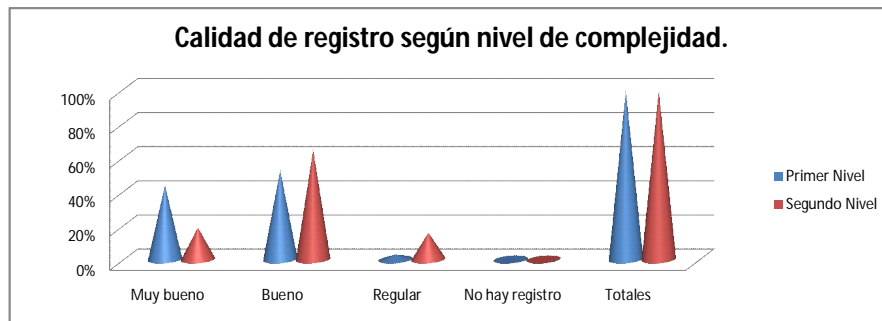


Esquema de Referencia N° 35. Atributos de los encuestados: Percepción del nivel de información sobre datos para registro y facturación de prácticas para Plan Nacer. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba.

Para terminar se preguntó a los encuestados que, según su punto de vista, que nivel de categoría le adjudicarían a la calidad del registro que realizan:

Categorías	Primer Nivel		Segundo Nivel	
	Casos	%	Casos	%
Muy bueno	15	44%	5	19%

Bueno	18	53%	17	65%
Regular	1	3%	4	16%
No hay registro	0	0	0	0
Totales	34	100%	26	100%



Esquema de Referencia N° 36. Atributos de los encuestados: Valoración porcentual de la percepción la calidad de los registros clínicos. Primer y Segundo nivel de atención. 2010. Fuente Área Técnica UGSP Córdoba

Como se puede observar las categorías mas consideradas fueron respecto a una calidad del registro que se moviliza entre muy bueno y bueno.

En estas últimas preguntas, los resultados de la tabulación permiten inferir que el conocimiento sobre las normas de atención para la salud de la madre y el niño requiere de una revisión por parte de los equipos de salud. Por su parte los equipos de salud no dan cuenta de conocer la relación que hay entre dichas normas de atención y los DOM previstos por el Plan Nacer. En este marco de conocimiento segmentado consideran que el registro es bueno, es decir que hay una percepción generalizada de creer que los datos que registran son los que corresponden.

Los datos tabulados de la encuesta y el análisis realizado aportaran mayores elementos al momento de ensayar una explicación analítica e interpretativa respecto al objetivo del trabajo de investigación, permitiendo cualificar los resultados obtenidos.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Capítulo III

Resultados

Del análisis y la interpretación de los datos

Análisis de la información y resultados alcanzados

Una de las atribuciones que aportan los procesos de investigación es favorecer la construcción de nuevos conocimientos haciendo aportes para definir tomas de decisiones, posibilitando nuevos espacios conceptuales, generando teorías e innovando procesos en el riguroso marco de una investigación científica.

El propósito es permitir una mirada particular sobre cada una de las prestaciones auditadas en terreno, asociadas a las Trazadoras Sanitarias, procurando establecer una relación con el complejo escenario en que se realizó la prestación: época del año, demanda en los servicios críticos para salud MI, oferta y accesibilidad, disponibilidad de recursos.

Validación y no validación de las prestaciones. El comportamiento de las prestaciones y su relación con los indicadores de salud.

Para el análisis de la información en relación a los atributos que intervienen en la validación o no validación de una prestación, se toma como referencia las cifras totales correspondiente a cada una de las prácticas.

Si consideramos que las Trazadoras Sanitarias críticas, es decir las Tz I, VI, VIII y IX que son captación temprana de embarazadas, cobertura de inmunizaciones y seguimiento del niño sano menor de un año y de uno a seis años, respectivamente, están ligadas a prestaciones del NUP que son parte de las muestras que se analizan, se observa que para el caso de la prestación MEM 01, Consulta de primera vez de embarazo, asociada a la Tz I, del total de las prestaciones auditadas (284), el 50,7% (144 prestaciones) se consideran válidas en tanto reúnen los atributos necesarios; y el 49,3% (140 prestaciones) no se consideró como válido por la ausencia de Datos Obligatorios Mínimos (DOM), específicamente en lo referido a evaluación del riesgo en el embarazo, diagnóstico de vida fetal y firma del profesional actuante, tal lo cual lo relatan los informes de auditoría. Cabe señalar que la información referida a evaluación de riesgo y diagnóstico de vida fetal no forman parte de la sistematización de la HCBP, lo que puede entenderse como una de las causas por las cuales no se registra la información. Sin embargo dichos datos forman parte de las normas y procedimientos en la atención materno infantil.

La tendencia que se muestra es que en el caso de los controles posteriores que se registran con el código MEM 02 del NUP, hay una ligera disminución de las prestaciones no validas y que corresponde al 39,8%. Las causas de la no validación siguen siendo

la ausencia de datos de referencia a evaluación de riesgo, diagnóstico de vida fetal y firma del profesional.

En el caso de evaluación de riesgo y diagnóstico de vida fetal, ambos registros se relacionan con pautas de atención, con la calidad de la consulta y con la actividad del diagnóstico oportuno y la prevención. La ausencia del registro de tales acciones reclama la necesidad de revisar el protocolo de atención en el control de la embarazada, como una oportunidad para fortalecer el diagnóstico precoz en el embarazo de riesgo lo que incidiría de manera directa en las tasas de mortalidad materna e infantil.

La revisión de las normas de atención en el control de la embarazo hace referencia a la importancia de su efectivo cumplimiento. En este marco la gestión de la implementación del Plan Nacer está dirigida a favorecer y garantizar la accesibilidad de las embarazadas al sistema de salud. Es el equipo de salud quien debe asegurar que esa accesibilidad no solo sea en cantidad sino que tenga calidad.

Es oportuno reflexionar analíticamente la tendencia que esta prestación de captación temprana refleja en cuanto a la trazadora sanitaria y que se manifiesta en la falta de alcance de los umbrales mínimos. En este punto se debe analizar también la dinámica que tiene la consulta de primera vez, con la posibilidad de estar cursando un embarazo (diagnóstico presuntivo vs. diagnóstico confirmado) y la identificación de la beneficiaria para su ingreso en el padrón de inscriptos del Plan Nacer.

En este sentido hay una diferencia en los tiempos previstos que no guardan una relación lineal con los tiempos sanitarios. Una mujer que llega a la consulta oportunamente, con la posibilidad de estar

cursando un embarazo, necesita de una confirmación del mismo que supera la clínica y requiere de exámenes complementarios. En ese momento se solicitan datos que muchas veces la mujer desconoce y que son parte necesaria para la inscripción como beneficiaria. Para que el proceso tenga una lógica se deberá disponer de métodos que permitan un diagnóstico certero en el momento de la consulta lo que permitirá identificarla, y, de ese modo, registrar que se trata de una captación temprana. Dado que los diagnósticos de confirmación requieren de un tiempo complementario a la consulta, sucede que cuando la mujer vuelve con los resultados del examen se han superado las veinte semanas y, en consecuencia, ya no se trata de una captación temprana. Desde lo sanitario se ha operado de manera lógica; lo que no ha acompañado son los tiempos previstos en el marco operativo del Plan.

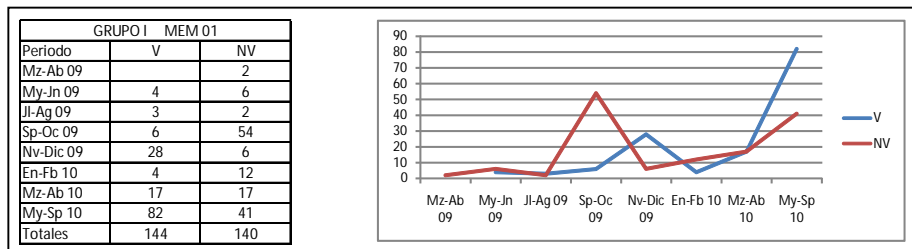
En este caso será necesario revisar el modelo de “captación administrativa u operativa” para que la misma guarde una lógica con la captación sanitaria.

Esta situación planteada tiene un supuesto diferente al que corresponde a la no validación de una consulta por falta de registros en la historia clínica. Se trata de situaciones diferentes en donde lo que se pone en discusión es la operativa sanitaria: en un caso por acción y en el otro por omisión.

Sin embargo se debe hacer un paréntesis en lo que respecta a la práctica MEM 01 cuando se discute su validación o no. El registro de las acciones que se producen durante la consulta es la materialización de la práctica. En consecuencia el registro ausente de un dato o información materializa la omisión de la práctica. Lo que se intenta plasmar es que “un buen registro habla de una buena

práctica” lo que implica el cumplimiento de las normas y pautas de atención de la embarazadas.

Es dificultoso presentar como tendencia la disminución de prácticas no validadas por falta de registro. El cuadro que sigue muestra un comportamiento de la práctica MEM 01 fluctuante y con escasas o ausentes mesetas.



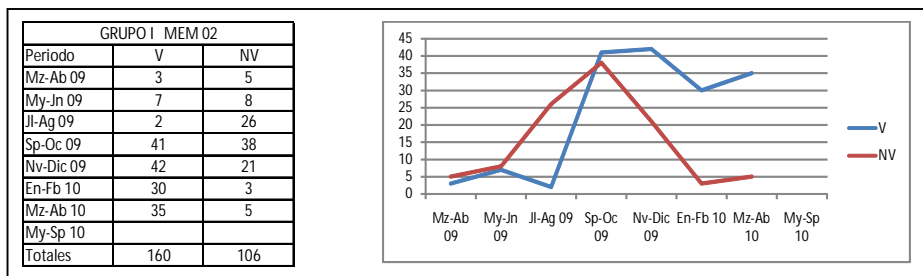
Esquema de Referencia N° 37. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de la práctica MEM0: Consulta de Control prenatal de primera vez, según número de casos validados y no validados. Primero y Segundo nivel de atención. NUP Plan Nacer.

Sin embargo habrá algunos elementos a considerar y que tendrán directa relación con el logro de los indicadores sanitarios a partir de la disponibilidad de registros completos. Por un lado el proceso de registro para facturación vía web que exige la totalidad de los Datos Obligatorios Mínimos -DOM- para avanzar en el proceso. Por otro lado la permanente revisión de las conductas de las prácticas a partir de información y capacitación que ha demostrado en los últimos cuatrimestres mejoras en los informes de auditorias.

Para el caso de la práctica MEM 02, Consulta ulterior por control de embarazo, las fluctuaciones y comportamientos de la prestación es diferente.

En primer lugar hay una mayor tendencia a prácticas válidas, 60%, con un porcentaje del 40% como no validas por falta de datos en la historia clínica.

En segundo lugar la diferencia entre válidas y no validas no es significativa y, especialmente en los últimos bimestres, hay un aumento en la brecha entre la cantidad de prácticas válidas y las no validas, con resultado positivo en referencia a la existencia de datos en la historia clínica.



Esquema de Referencia N° 38. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de la práctica MEM02: Consulta ulterior de control prenatal, según número de casos validados y no validados. Primero y Segundo nivel de atención. NUP Plan Nacer.

Si se observa el ultimo bimestre de la muestra (Marzo Abril 2010) se puede leer en el diagrama el comportamiento con tendencia a meseta, tanto para prestaciones válidas como no válidas. Es importante este dato porque puede ser el resultado de las actividades que se realizan a nivel de capacitación de información sobre los alcances del Plan Nacer.

Cabe destacar que los datos que relacionan la práctica de consulta ulterior con la no validación son los mismos de la práctica MEM 01, es decir la no evaluación del riesgo y la falta de registro del diagnóstico de vida fetal.

Desde esta consideración se deberá pensar que un acompañamiento en el control del embarazo implica estas dos acciones como una rutina fundamental. Se vuelve a insistir que la ausencia del registro da cuenta de la omisión de la práctica.

En estos casos será una alternativa posible la formación y capacitación del equipo de salud en la importancia de la práctica como cumplimiento de la pauta de atención de la embarazada, especialmente del profesional médico que realizó la omisión. Sin embargo hay un tercer elemento ausente en los registros de las prestaciones y que es la firma y el sello del profesional actuante.

Evidentemente se avanza hacia una cuestión conductual que supera las instancias de conocimiento en tanto que la razón misma y la estadística nos demuestran que son prestaciones que se realizan. Sin embargo no se registran, o bien el registro no es de la calidad pretendida.

Al tabular la información de la encuesta realizada en los efectores que forman parte de la muestra, se pudo observar que tanto en el primer nivel de atención como en el segundo nivel, hay una ausencia marcada de información y registro respecto a la evaluación del riesgo del embarazo y al diagnóstico de vida fetal. Otra de los datos que reflejan pobreza en el registro durante el control del embarazo es la altura uterina, particularmente en el primer nivel de atención. Al respecto será necesario revisar la disponibilidad del instrumental necesario para realizar la medición de la altura uterina. Este comentario es importante destacarlo porque puede ser uno de los motivos por los cuales no se realiza la práctica.

Si se toman como referencia los resultados de la encuesta realizada a los profesionales respecto al nivel de conocimiento que tienen sobre los datos que se deben registrar en una consulta por control

de embarazo, se está en presencia de situaciones diferentes para los niveles de atención encuestados. Por un lado aparece la ausencia de la evaluación del riesgo de embarazo y diagnóstico de vida fetal en ambos niveles de atención. Sin embargo la falta de datos se acentúa en el segundo nivel, tanto para generalistas como para médicos obstetras, en donde cabe recordar, las causas atribuidas a la falta de registros estaban dadas en la disponibilidad de tiempo, complejidad del registro y dificultades en la accesibilidad a los instrumentos de registros.

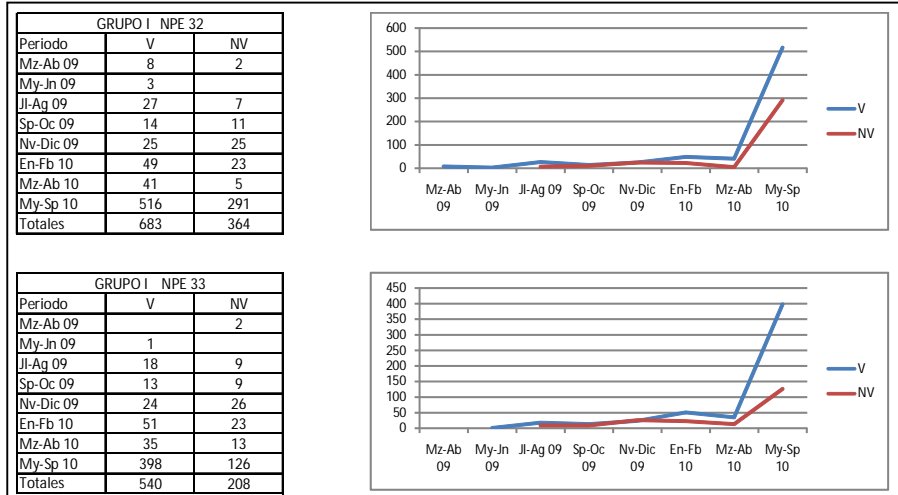
En este marco es que cabe comenzar a observar la complejidad del problema desde una mirada integradora en la cual las dificultades no solo reposan en los profesionales sino en el sistema que el equipo de salud ha estructurado, y burocratizado, a lo largo del tiempo.

En el caso de las prestaciones NPE 32 y NPE 33, Consulta para control del niños sano < de 1 año y consulta para control del niño sano de 1 a 6 años respectivamente, el comportamiento del registro es similar y los datos dan cuenta de una tendencia a mejorar la calidad de la información. En el caso de la atención del niño se presenta una situación común a todos los efectores y que es la ausencia de un instrumento único de registro, llamase historia clínica pediátrica, ficha de control, etc. Si bien en varios de los efectores se realiza el control del niño sano con el registro de las prestaciones, se observa en la muestra la ausencia de los datos de percentil para la edad, peso y talla.

En el caso de la NPE 32, el 53% de los casos fueron validos por disponer de toda la información, y un 47% se consideró como no valido por la falta de datos, particularmente la ausencia de percentil.

Para la NPE 33, el 62 % se consideró válido mientras que el 38% de la muestra se dio por no valido para Trazadoras Sanitarias por la falta de DOM.

El análisis de la tendencia da cuenta de una curva para prestaciones no validas que pretende disminuir en comparación a la curva de prestaciones válidas.



Esquema de Referencia N° 39. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de la práctica NPE 32 y 33: Consulta pediátrica niños < de 1 año y niños de 1 a 6 años, respectivamente, según número de casos validados y no validados. Primero y Segundo nivel de atención. NUP Plan Nacer.

A pesar que la línea de prestaciones válidas es ascendente, aún el registro de los datos que se toman como referencia para las muestras cuatrimestrales para Trazadoras Sanitarias, no alcanzan para cubrir el primer umbral pretendido para la Trazadora VIII y IX, Control de niño sano < de 1 año y de niños de 1 a 6 años, respectivamente.

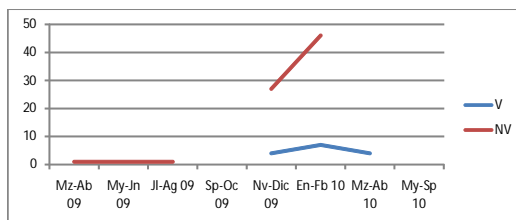
Procurando hacer una relación con la información resultante en la encuesta realizada, se puede hacer referencia a una primera dificultad y que es conductual: los datos no registrados coinciden con los datos no mencionados por los profesionales encuestados, y que son el resultado de acciones previas. Un niño es pesado y medido pero no es percentilado, cuando el percentil no es más que el resultado de la relación peso, talla y edad. La falta de la firma del profesional como dato central ausente en las prestaciones también es un indicativo de una conducta aprehendida en el tiempo, no revisada y no observada. Estas dificultades se fortalecen en el segundo nivel de atención en donde cabe recordar que se expresó como causas de dificultades en el registro el factor tiempo, disponibilidad, accesibilidad y complejidad en los instrumentos de registros.

En este marco conductual de los profesionales es que se materializa el no logro sanitario de los indicadores. El acto inconcluso del percentil y la firma del profesional actuante son las causas que generan la falta de datos completos para dar cuenta del trabajo sanitario que se realiza en la provincia.

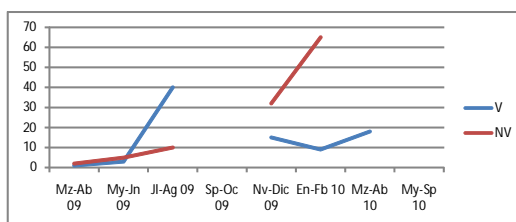
Un tratamiento particular merece el comportamiento de las prácticas relacionadas a inmunizaciones en niños de 0 a 6 años de edad, es decir MPE 41 (Inmunización para antisarampionosa), y MPE 42 (Inmunización para completar esquema). Los factores que inciden en el bajo número de los umbrales mínimos para indicadores sanitarios son variados y complejos. Estos factores que se exponen son el resultado de los informes de la ACE y la recopilación de información realizada en la UGSP.

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

GRUPO I NPE 41		
Periodo	V	NV
Mz-Ab 09		1
My-Jn 09		1
Jl-Ag 09	7	1
Sp-Oc 09		
Nv-Dic 09	4	27
En-Fb 10	7	46
Mz-Ab 10	4	
My-Sp 10		
Totales	22	76



GRUPO I NPE 42		
Periodo	V	NV
Mz-Ab 09	1	2
My-Jn 09	3	5
Jl-Ag 09	40	10
Sp-Oc 09		
Nv-Dic 09	15	32
En-Fb 10	9	65
Mz-Ab 10	18	
My-Sp 10		
Totales	86	114



Esquema de Referencia N° 40. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de la práctica NPE 41 y 42 relativas a coberturas de inmunizaciones, según número de casos validados y no validados. Primero y Segundo nivel de atención. NUP Plan Nacer.

Durante el proceso de investigación se pudo observar en los informes de la ACE que en las supervisiones en terreno realizadas no se dieron por validas las prestaciones de vacuna anti-sarampiones (NPE 41) por no encontrarse el registro en la Historia Clínica y si en cambio disponer de los datos de la práctica en un cuaderno llamado “el cuaderno de enfermería”. En este sentido se destaca que en la encuesta realizada a los profesionales de los equipos de salud, los profesionales de enfermería manifestaron no utilizar la historia clínica o historia clínica pediátrica para registrar sus prácticas. Esta información es muy útil en tanto que genera un desencuentro entre el valor de la información generada por el registro de las prestaciones y los resultados sanitarios reales. Si bien se trata de un tema que debe ser revisado por los responsables de la ACE y por el equipo de trabajo del Área de Supervisión Médica de la UEC, es deseable destacar que esta situación plantea la existencia de una escasa coordinación entre las

unidades o servicios de enfermería y las unidades o servicios de pediatría, materializada en el no uso o en la falta de accesibilidad de los profesionales de enfermería a las historias clínicas.

Por su parte se solicitó información a la Dirección Provincial de Epidemiología en referencia al nivel de cobertura en inmunizaciones. En la Provincia de Córdoba los índices de inmunizaciones alcanzan el 97% de cobertura, con un sistema de registro diferenciado de los reportes diarios de atención de pacientes, con carga de información centralizada en la Dirección Provincial de Epidemiología y con un proceso en la actualidad tendiente a nominalizar a la población que es vacunada en tanto que a la fecha se dispone de la información de cantidades de niños y cantidades de vacunas y dosis aplicadas, según la edad.

Factores como ausencia de unificación del registro, dispersión en la carga y tratamiento final de la información, escasa información sobre los alcances del Plan Nacer por parte de los profesionales de enfermería, son, entre otras, las causas que llevan a no disponer de un registro que de cuenta del trabajo sanitario que se realiza en los centros de salud respecto a la cobertura de inmunizaciones.

Si bien la tendencia es mejorar los logros de los umbrales previstos para alcanzar la Trazadora Sanitaria VI –Cobertura de inmunizaciones-, los cuadros anteriores de referencia dan cuenta de un avance pausado y lento respecto al desarrollo del nivel de información y registro disponible para esta Trazadora.

Para el Grupo II de Trazadoras sanitarias se toma en consideración como generadoras de información a las prestaciones relacionadas

con el parto y la cesárea, es decir MPA 17 y MPA 18, respectivamente. El registro completo sistematizado para estas prestaciones permite generar la información necesaria para las Trazadoras II, III, IV y VII, es decir aquellos indicadores relacionados al cuidado del parto, neonato y posparto, a saber:

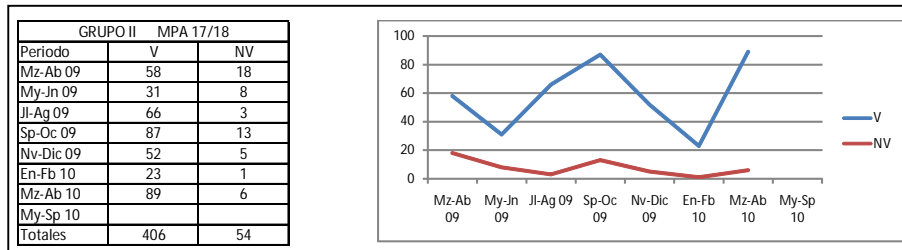
Tz II : Efectividad de atención del parto y atención neonatal.

Tz III: Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad.

Tz IV: Efectividad de atención prenatal y del parto.

Tz VII: Cuidado sexual y reproductivo.

Para analizar la tendencia de estas prestaciones se recurre al gráfico siguiente:



Esquema de Referencia N° 41. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de la práctica MPA 17 y 18: Atención del parto/ cesárea respectivamente, según número de casos validados y no validados. Segundo nivel de atención. NUP Plan Nacer.

La tabulación de la muestra para estas prestaciones muestran una tendencia constante a disponer de prestaciones validadas por la ACE, es decir que el registro de las prácticas MPA 17 y 18 dispone de la totalidad de la información solicitada lo que permite la disponibilidad de los datos para la construcción de las Trazadoras de referencia.

De un total de 460 prestaciones MPA 17 y 18 tomadas en la muestra de los períodos en estudio, solo el 11,73% no fue considerado como válidas, teniendo como causa la falta de disponibilidad de los datos del beneficiario en el Padrón de inscriptos.

Tomando como referencia los datos tabulados de la muestra y la tendencia de las prestaciones en cuestión, se pueden diferenciar dos formas de comportamientos, según se trate de prestaciones relacionadas al primer nivel o al segundo nivel de atención, es decir con las Trazadoras del Grupo I o Grupo II respectivamente. En esta línea de análisis es que surgen algunos interrogantes: ¿por qué hay una diferencia en la calidad de los registros según se trate de prestaciones de menor o mayor complejidad?; ¿cuáles son los motivos que hacen que los profesionales de la salud completen los registros de las prestaciones de parto y cesárea y no así los relacionados a los controles de embarazo o controles de niño sano?; ¿existe alguna sistematización diferenciada prevista por la Unidad del Plan Nacer que promueve una mayor calidad del registro en prestaciones mas complejas?; ¿cuáles son los factores que inciden para que los profesionales adopten diferentes conductas respecto al registro según se trate la práctica?

En este punto se abre una discusión teórica y práctica que se pretende abordar a partir de un análisis integral de la información recabada.

Triangulación de métodos y la cuadripolaridad en el análisis.

Para desarrollar este momento se consideró necesario hacerlo a partir de un método que permita practicar un análisis integral de la información disponible para el presente trabajo de investigación. Para ello es conveniente analizar los datos tabulados a partir de la triangulación de métodos, adaptada a los datos e información disponible y en relación a los objetivos del trabajo.

Se parte explicando que la triangulación de métodos “puede ser comprendida como la expresión de una dinámica de investigación y de trabajo que integra el análisis de las estructuras, de los procesos y de los resultados, la comprensión de las relaciones implicadas en la investigación y la visión que los actores diferenciados construyen sobre todo el proyecto, haciendo de él un constructo específico.”⁹

En este marco teórico cabe hacer referencia a dos conceptos que necesariamente contribuyen a comprender la intencionalidad del análisis que se presenta: son los conceptos o aproximaciones teórico-conceptuales de *método* y *constructo*.

En el término de triangulación de métodos, la posición teórica elegida para la expresión “métodos” es aquella relacionada con la cuadripolaridad propuesta por Bruyne quien considera que un método puede ser visto a partir de cuatro polos: epistemológico (vigilancia de la producción científica), teórico (conceptos y reglas

⁹ Souza Minayo, María Cecilia; Evaluación por triangulación de métodos. 1era edición. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar. 2005

de interpretación), morfológico (reglas de estructuración) y técnico (control de la colecta de datos)

Por su parte un constructo es un objeto ideal, un objeto cuya existencia depende de la mente del sujeto. Tratándose de un concepto de imagen construido individualmente, un constructo es de difícil definición en tanto que se trata de una entidad hipotética.

Estos conceptos permiten enmarcar la posición teórica desde la cual se intenta una propuesta de análisis de la información. Se ha presentado la permeabilidad entre la objetividad de los datos trazados o contextualizados en la rigurosidad de la cuadripolaridad que implica el método, y la subjetividad necesaria que cada uno de los actores involucrados aporta al trabajo de investigación. El constructo de cada actor será una clave esencial al momento de tratar de comprender los factores conductuales relacionados a la calidad de los registros de las prestaciones.

Sin embargo será necesario resaltar que en la triangulación de los datos disponibles se promoverán momentos de interjección entre las diferentes informaciones, en torno a ejes de trabajo regidos por los objetivos de la investigación. Es así que se intenta revisar las causas de la no validación de una prestación de la muestra, reconociendo las validaciones para esa misma muestra en un mismo escenario, la tendencia de la práctica y la construcción simbólica o representativa que rodean a la prestación en cuestión a partir de los intereses, comportamientos, conocimientos y posiciones que los equipos de salud toman respecto al registro, relacionado o no con el Plan Nacer.

La muestra, si bien compleja, reúne las condiciones necesarias para generar resultados que permitan, no solo interpretar e inferir comportamientos futuros en relación a la capacidad de los equipos de salud para superar los déficit del registro de las prestaciones, sino también permite la construcción de propuestas y sugerencias que, en el marco de ese déficit pueda ser transformado y superado.

Esta postura fundamentada en los principios de la filosofía comunicativa de Habermas, propicia medios para que, en el desarrollo del proceso de análisis, quienes lo implementan o reciben su impacto se apropien de la comprensión de los datos cuantitativos y cualitativos generados por el trabajo y produzcan sugerencias y propuestas para los cambios necesarios.

Las prestaciones del equipo de salud son la materialización del trabajo sanitario que se realiza en cada uno de los centros de salud de la provincia. Para el Plan Nacer cada uno de esos centros constituye un efector de salud que realiza y registra las prestaciones previstas en el Nomenclador Único de Prestaciones y que no son más que el conjunto de prácticas instituidas por las Normas y Pautas para la atención de la Madre y el Niño.

El registro de dichas prestaciones es lo que suministra los datos e información necesaria para la elaboración de los indicadores sanitarios representados en dos grupos, según se trate de la prestación que define los datos necesarios, y el nivel de complejidad en el que dicha prestación se realice. Trazadoras o indicadores sanitarios no solo representan y materializan rigurosamente la actividad sanitaria materno infantil de los centros adheridos al Plan Nacer, sino que aportan el dato necesario para generar recursos

financieros para fortalecer la calidad de la atención de la población en general.

El registro, como se verá, constituye un punto esencial en el desarrollo del Plan en tanto que el objetivo circula en torno al logro de la totalidad de los indicadores sanitarios (diez Trazadoras Sanitarias). Pero mas allá del Plan Nacer, el registro es el soporte material de una prestación, es la consolidación escrita en el documento único de cada paciente, su Historia Clínica, y es, fundamentalmente, el derecho que tiene toda persona cada vez que tiene un encuentro con el sistema de salud.

La validación o no validación de una práctica tiene su fundamento en el registro de dicha práctica en la Historia Clínica, documento que ha sido supervisado en terreno y que hoy forman parte de la muestra del presente trabajo de investigación.

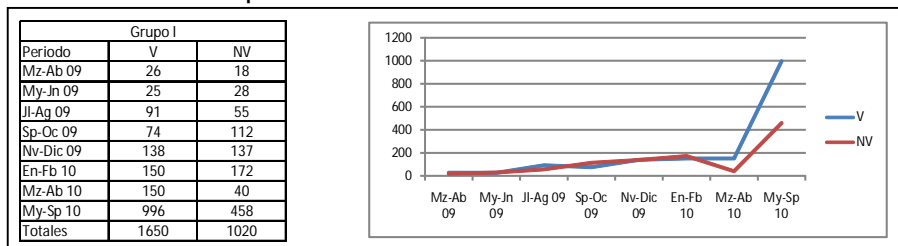
La validación se consolida en la disponibilidad de un conjunto de Datos Obligatorios Mínimos (DOM) que debe tener una prestación. Dichos datos son atributos de una práctica normatizada, pautada y sistematizada para la atención de la madre y el niño, desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.

Cada práctica comparte, en consecuencia, un mismo escenario que es el centro de salud, con iguales actores, equipo de salud y la embarazada o el niño menor de seis años; un único registro que es la Historia Clínica, con iguales normas de atención. Entonces... ¿cuáles son los factores que intervienen para que en ese escenario de elementos comunes existan iguales prácticas validadas y no validadas? En este punto es el factor humano quien parece generar

un quiebre en el proceso, que no solo define la disponibilidad de mayores o menores recursos en salud, sino que inscribe la representación de un sistema de salud debilitado en cuanto al registro de prácticas relacionadas con el cuidado de la madre y el niño. El quiebre del proceso se realiza en la falta de registro lo que trae consigo una ausencia de datos que permitan reflejar el trabajo realizado con la salud de las madres y los niños.

Aparecen aquí dos cuestiones importantes relacionadas a la calidad de la atención de la salud: la cotidianización de la atención y la naturalización del registro incompleto. Ambos, cotidianización y naturalización, conforman un binomio de riesgo para el desarrollo del Plan y, mas precisamente, para la posibilidad de pensar en un modelo de atención diferente y superador.

Sin embargo los elementos del binomio tienden a fortalecerse según se trate del nivel de complejidad y, en consecuencia, de la práctica realizada. Para las prestaciones del primer nivel de atención dichos elementos tienen mayor presencia simbólica, todo esto en un marco analítico de la información. En las prestaciones relacionadas con el control del niño y el control del embarazo se observa mayores dificultades en la calidad del registro. No obstante en los últimos bimestres se comienza a observar una tendencia a mejorar el nivel de validación de prácticas.



Esquema de Referencia N° 42. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de las prestaciones asociadas al primer nivel de atención, según número de casos validados y no validados. Periodos Mar09 – Sep10

Haciendo un análisis interpretativo del cuadro, hay una meseta entre los meses de Marzo 2009 a Abril 2010, en la cual se refleja una constante competencia entre la validación o no validación de las prestaciones por falta de DOM. Esta gráfica induce a pensar en una falta de estrategias para mejorar la tendencia a compartir igual cantidad de prestaciones validadas y no validadas.

Es necesario considerar dos cuestiones que se observan en el grafico anterior. Por un lado la meseta en las prácticas validas y no validas dan cuenta de un paralelismo entre la calidad ideal del registro que determina la validación de una prestación, y la naturalización del error en el registro de la información que se manifiesta en la no validación de una práctica. Por otro lado hay un quiebre que se muestra en el gráfico y que da cuenta de una tendencia positiva hacia la validación de las prestaciones como resultado de un buen registro. Ese quiebre puede responder a varios motivos tales como programas de capacitación, revisión del registro para las normas de atención maternas e infantiles, acceso a mayor información sobre los alcances del Plan, actividades de supervisión y auditoria en terreno. Estas causas enunciadas pueden conformar un “modelo de reflexión” que representan al acto reflexivo que impone la descotidianización de una situación para transformarla en una situación superadora.

En los servicios de salud materno infantil se realizan los controles de embarazo y controles de niño sano. En ambas prestaciones, y

como lo grafican los resultados de la muestra para las prácticas MEM 01, MEM 02, NPE 32 y NPE 33, se repiten en una constante la ausencia de los mismos datos que forman parte de la pauta de atención. El no registro de estos datos ubica en el espacio de duda a la realización efectiva de la práctica. Se puede decir que si no sólo registro una evaluación del riesgo de embarazo, o no se registró un percentil, se genera la duda de haber evaluado el embarazo o haber percentilado el control de crecimiento y desarrollo de un niño.

La falta de “lectura” de éste déficit en el registro favorece a que los mismos se repitan y se reproduzcan en forma cotidiana en cada prestación relacionada con la atención del control del niño o de la embarazada. Al cotidianizar una práctica se reproduce un modelo, en este caso, un modelo de dificultades en el cumplimiento de la norma de atención materno infantil, tal cual lo indican los registros de la muestra.

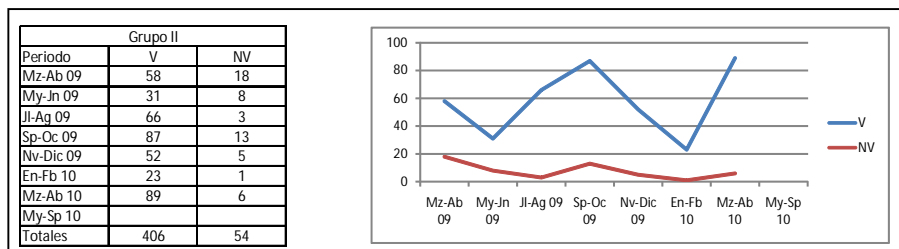
El no generar un espacio para revisar las prácticas, hace que el registro alcance un importante grado de naturalización, esto es que el error, en este caso la falta de dato o de registro, forme parte de la pauta o de la norma. Naturalizar una situación de error no permite reconocer la dificultad ni las causas que la generan. La cotidianeidad de las prácticas conlleva la naturalización del registro.

Entre la información estadística y los resultados de la encuesta se puede inferir un cierto grado de naturalización del error lo que lleva a repetir el modelo de la calidad del registro de las prestaciones. Para romper esa naturalización es necesario un acto de reflexión que permita reconocer el desencuentro del binomio entre el objeto

(el registro de la práctica) y el sujeto (la actitud o conducta del equipo de salud)

Otro de los aspectos que es necesario analizar es la diferencia que hay en el comportamiento de las prestaciones según se trate de la complejidad de la misma. Para el caso de las prestaciones relacionadas al primer nivel de atención y, particularmente, a las prestaciones involucradas en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), es decir los controles de embarazo y los controles del niño sano, el registro demuestra una menor calidad de la atención, independientemente del nivel de complejidad donde se realice.

Sin embargo, cuando se trata de prestaciones que requieren de sistemas de intervención más complejos, como en el caso del parto y la cesárea, el gráfico da cuenta de una tendencia positiva que se ha ido fortaleciendo en el tiempo. A interpretación de quien investiga se puede decir que hay un reflejo de “movimiento ascendente” en la calidad de la atención del evento como resultado de procesos de reflexión, revisión, capacitación, consensos y asociación de atributos y registros al modelo de financiamiento de la prestaciones en cuestión.



Esquema de Referencia Nº 43. Reflejo numérico del comportamiento y tendencia de las prestaciones asociadas al segundo nivel de atención, según número de casos validados y no validados. Periodos mar 09 abr 10

En la muestra de las prestaciones MPA 17 y 18 la no validación de las prácticas responde a causas relacionadas con el padrón de beneficiarios y no a cuestiones asociadas a la falta de datos o de registro. Resulta interesante comprender por qué tratándose de los mismos actores en un mismo escenario, las prestaciones más simples como es el control del embarazo o el control de niño sano, no muestran el mismo nivel de calidad de registro que las prestaciones más complejas.

Estos resultados podrán responder a diferentes variables intervinientes tales como la marcada división de las tareas entre los diferentes niveles de complejidad, o una representación simbólica diferente por parte de los equipos de salud respecto a la atención de la salud, según el nivel de complejidad al que pertenecen.

Un apartado especial merece el tratamiento del registro de inmunizaciones, particularmente en lo que refiere a la prestación NPE 41 relacionada a la inmunización con vacuna triple viral o anti-sarampionosa en niños de 12 meses de edad. No lograr los umbrales mínimos para alcanzar la Trazadora Sanitaria VI, Cobertura de inmunizaciones en niños de 1 año de edad, no solo responde a una calidad de registro deficiente, sino, particularmente, a la falta total de registro de la práctica.

En la provincia de Córdoba los reportes epidemiológicos dan cuenta de una cobertura cercana al 97% de la población infantil (Fuente “Reporte Epidemiológico 2009 y 2010), avalado ello con la transferencia permanente de dosis a los diferentes centros de

vacunación de la provincia. El registro de dichas dosis es privativo de la Dirección de Epidemiología.

El Plan Nacer prevé en su NUP el registro de las prácticas de vacunas permitiendo ello alcanzar uno de los indicadores sanitarios críticos. Sin embargo ese indicador no es logrado por la ausencia de registro de prácticas.

La encuesta realizada en el presente estudio de investigación no aporta información que permita analizar esta categoría, razón por la cual se encuentra una “laguna de la investigación”, sea por error o por omisión.

No obstante es interesante destacar algunos aspectos relacionados, tales como el umbral de información, o umbral de accesibilidad a la información que tienen las unidades de enfermería de los efectores de salud, lo que habla del nivel –o posibilidad- de integración de los profesionales de enfermería a los sistemas de salud; la dispersión del registro de las prestaciones y la necesidad de unificar los instrumentos para el registro de vacunas.

Retomando la propuesta de la cuadripolaridad, se deben integrar en el análisis cuatro polos que definen los indicadores de salud: la calidad del registro, la complejidad de los servicios, el equipo de salud y las externalidades del contexto. Como es evidente hay una disgregación de cada uno de estos polos los que no interactúan, sino que actúan, de manera individual en la tarea de alcanzar niveles de calidad de atención sistematizados, acordados, pautados y normatizados, para una misma población materno infantil, en escenarios semejantes, con un programa sanitario común que promueve el logro de macros objetivos para la salud de la madre y

el niño, como lo es la disminución de la morbimortalidad materno infantil. Por un lado hay criterios comunes para los diferentes actores involucrados en el proceso, compartiendo escenarios pre-establecidos, pero que no logran combinar cada uno de los polos intervinientes.

La disgregación de los factores colabora para que la calidad del registro sea directamente proporcional a la complejidad de las prestaciones, e inversamente proporcional a la complejidad de los servicios. A mayor complejidad de las prestaciones, hay una mejor calidad del registro de los DOM que se solicitan en el proceso de facturación para el Plan Nacer y que son parte de las normas de atención materno infantil (Datos SIPCLAP), lo que permite alcanzar las trazadoras del segundo nivel de complejidad. Sin embargo las prestaciones más simples relacionadas al control del embarazo y control del niño sano no encuentran una calidad de registro satisfactoria a medida que aumenta la complejidad de los servicios, incidiendo en el alcance de los umbrales mínimos para el logro de los indicadores relacionados con el primer nivel de complejidad. Si estos datos se relacionan con el polo representado por el equipo de salud se está en condiciones de postular que el nivel de dedicación y compromiso manifestado en el registro de las prestaciones es mayor en los niveles de atención menos complejos y en prácticas de mayor riesgo (parto y cesárea), disminuyendo la calidad de la información disponible como consecuencia del registro en las prácticas menos complejas en el segundo y tercer nivel de atención.

A estos polos se les debe integrar un cuarto factor que son las externalidades del contexto, tales como accesibilidad a la

información sobre el Plan Nacer y sus alcances; disponibilidad y complejidad de los instrumentos de registro; condiciones y reclamos laborales; épocas estacionales que inciden en la demanda de servicios; representación colectiva e individual que los miembros del equipo de salud tienen sobre los programas sanitarios, especialmente sobre el Plan Nacer.

Estos factores forman parte de un discurso institucionalizado en el sector salud y que es de conocimiento público frente a situaciones de conflicto. En estos escenarios el registro no se entiende como parte de la atención sino como una “carga” a la tarea sanitaria, lo que nos refiere una ausencia de información asociada a una conducta profesional que involucra un acto de imprudencia. El registro de las prestaciones supera el grado de sistematización que demanda el Plan Nacer ya que forma parte de la consulta como práctica, indistintamente si la persona atendida es inscripta o no al Plan Nacer.

Es evidente que en estas externalidades del contexto se ven involucrados otros actores que deberán revisar sus protagonismos y responsabilidades en la formación de los profesionales de la salud. He aquí una de las sinergias del presente estudio de investigación: dejar abierta una propuesta de trabajo para conocer cuáles son los procesos académicos universitarios que inciden en los cambios conductuales de los profesionales de la salud en ejercicio de sus funciones.

Los equipos de salud no definen la complejidad de los servicios y no son los únicos protagonistas en las externalidades del contexto. Sin embargo son ellos quienes pueden dar cuenta de la calidad de la

atención según lo relate el registro de sus prácticas. En un escenario donde se ha naturalizado la ausencia de datos por déficit en la calidad de la información, solo son capaces de modificar la situación sus verdaderos autores, en este caso los profesionales de la salud.

Para construir un indicador sanitario se requiere fundamentalmente del dato como elemento central. Para un indicador sanitario no basta la práctica en tanto que si no hay un registro de la misma no se puede elaborar un indicador.

El dato como elemento central es producto de una prestación, pero básicamente es resultado de una práctica de registro que materializa, total o parcialmente, la prestación realizada por el profesional.

Para que esa práctica sea posible se requiere también de un escenario que le aporte el encuadre necesario para una atención de calidad. El encuadre habla de tiempo, condiciones físicas, situación y habilidades en la comunicación, destreza técnica específica del profesional. En su conjunto se construye un escenario de trabajo contextualizado en un macro espacio definido por diversos factores sociales, políticos y culturales. En este punto del análisis debemos preguntar si se reconoce la magnitud de la tarea y la implicancia que la definición completa de la misma puede tener en los procesos de planificación y programación de la salud.

Pueden existir todos los factores anteriores enunciados en condiciones óptimas, sin embargo si de ese acto profesional no queda registro todo habrá quedado en una intervención incompleta,

fundada solo en la praxis, sin dimensionar el verdadero valor de la palabra escrita materializada en el registro.

Por ultimo merece un apartado especial el tratamiento de la historia clínica. Toda prestación realizada por el equipo de salud debe quedar registrada en la historia clínica (Ley 26.529, “Ley de los derechos de los pacientes”). Si la tendencia demostrada en el trabajo de investigación nos hablan de una transgresión en el proceso de los registros que invalidan las prácticas, y a su vez esos registros son la transferencia de la información que se plasma en las historias clínicas, evidentemente se está en presencia de una tendencia a no dejar registro de la atención, asociado a la transgresión de los derechos de toda persona a disponer de los datos en su historia clínica. Nuevamente se revela una inconducta del equipo de salud que supera los factores esgrimidos en la encuesta, que relacionan la falta de registro al factor tiempo, disponibilidad de instrumentos, complejidad de los mismos u organización interna del servicio. La falta de datos en el registro de la historia clínica es absoluta responsabilidad del profesional que realizó la prestación.

Este argumento que se plantea tiene su reflejo de fundamento en el hecho de que los gráficos de tendencias de validación de prácticas (Esquemas de referencias N° 42 y 43) dan cuenta que en los periodos de mayor demanda de servicios de salud (de mayo a septiembre), para las prácticas con mayores índices de errores (NPE 32 y NPE 33), hay una tendencia a mejorar la validación de las mismas. Es decir a mayor demanda de los servicios, lo que requiere como dispositivo del factor tiempo, mejor calidad del registro lo que favorece a una mayor disponibilidad de datos para la

construcción de las trazadoras sanitarias críticas del Grupo II (Trazadoras VIII y IX, Control del niño sano < 1 año y Control del Niño sano de 1-6 años, respectivamente). Desde esta posición pierde fuerza la causalidad de “disponibilidad de tiempo”, como factor regulador en la validación o no validación de las prácticas.

Nuevamente aparece la necesidad de reconocer al factor conductual como una de las principales causas que inciden en la calidad de los registros. Se hace necesario reflejar en los párrafos siguientes un análisis mas profundo.

Retomando el cuadro de resultados de la encuesta en el que se tabulan las respuestas aportadas por los entrevistados respecto a las causas que, según sus criterios, inciden en la calidad del registro (Esquema de Referencia Nro 33), se observa que dicha calidad es atribuida a diferentes causas las que son categorizadas según prioridades, reflejando que el factor tiempo ocupa el primer lugar, seguido por la logística administrativa, la dispersión de los registros, la complejidad y la disponibilidad de los mismos.

Sin embargo la variable tiempo queda debilitada al demostrarse en los gráficos de tendencias que a mayor demanda de servicios, mejor calidad de registro y su consecuente mayor validación de prácticas. En tanto el resto de los factores considerados, esto es logística, dispersión, complejidad y disponibilidad están asociados a una acción común que es el carácter obligatorio del registro de cada acción realizada por el equipo de salud, según lo marca la ley 26.529, Ley de los derechos del paciente. Se está en condiciones teóricas de analizar y defender la hipótesis que relaciona la calidad del registro a una “cuestión conductual” como principal antecedente

para la falta de datos y la consecuente ausencia de información para la construcción de los indicadores sanitarios.

La hipótesis de la “cuestión conductual” tiene una explicación primaria en cuanto que desplaza a la “actitud conductual” por el término de “cuestión”. Si se reconoce que el registro de las atenciones de los profesionales de salud en las historias clínicas de los pacientes es un derecho enunciado por ley, el echo de no cumplirlo supera la esfera de la actitud en cuanto a acción individual, y se transforma en una cuestión en tanto que involucra a otros sujetos, en este caso a los pacientes y sus derechos. Más aún, si se considera que el reflejo del registro de las prácticas es el insumo necesario para la construcción de los indicadores o trazadoras sanitarias, las que favorecen la planificación de las acciones colectivas de la salud de la población, el nivel de involucramiento es aun mayor. Revisar que la actitud individual de la inconducta hacia el registro incide en resultados desconocidos que obstaculizan la planificación de acciones sanitarias, requiere de una actitud de reflexión e introspección individual con debate social. Reflexión y debate es un binomio que facilitará la desnaturalización de las malas prácticas para permitir una revisión actitudinal para la construcción de una propuesta superadora.

Puede ser que en el proceso mismo de desarrollo del binomio propuesto se presenten otros factores que forman parte del contexto y que no pueden ser desplazados del análisis.

El psicoanalista Käes (1991) reconoce a las instituciones como portadoras de un valor constitutivo para la vida psíquica. Esto es

reconocer la importancia que tiene el análisis de los elementos que consolidan a una institución, ya sea mandato social, objetivos institucionales, misión, tarea primaria, producción de valores, etc. Es así que al hablar de una actitud conductual de los integrantes de un equipo de salud integrados en una organización institucionalizada por la salud, no es posible desconocer la interacción de los elementos de esa organización institucionalizada que atraviesan a cada uno de los integrantes del equipo, individual y colectivamente. Por un lado los define como parte de esa organización favoreciendo el sentido de pertenencia y fortaleciendo la pertinencia en la tarea. Por el otro ese sentido de pertenencia genera problemas en momentos de reformas o cambios.

La reforma, propuesta de cambio o reformulación pone en alerta a los integrantes de una organización. La angustia que provoca el cambio genera reacciones psicossomáticas o ideológicas. En el caso de las reacciones ideológicas las mismas se expresan en discursos con carga de valores que, como discursos, no facilitan su reflexión y análisis al interior de la organización, sin permiso a la problematización de la situación a la cual se oponen.

Hay en estos casos, y siguiendo la línea de trabajo del mismo psicoanalista Kâes, otros sufrimientos institucionales que se incorporan en las situaciones de cambio, tales como el sufrimiento de los inextricables el cual se acompaña por una angustia de la disolución que hace que el agente de salud se pregunte para quien trabaja, o para qué trabaja. En el caso del Plan Nacer se manifiesta en una idea de representar al programa con una obra social lo que

hace que los profesionales no alcancen a disociar su función pública de su actividad privada.

Otro es el sufrimiento relacionado a obstáculos para la realización de la tarea primaria. Existen en las instituciones de salud una tendencia a defender a los actores o agentes de su propia tarea. El ejemplo más acabado son las horas que los médicos y enfermeras pasan llenando formularios. Estos son procesos identificatorios que ponen en riesgo la autoestima del profesional. Es la institución la que acaba creando mecanismos de defensa para proteger a los agentes de su propia tarea. En el caso del registro puede ser esta una de las explicaciones que den cuenta de la precariedad en la calidad del mismo.

Dicho de este modo se está en condiciones de explicar que no hay hechos aislados sino interpretaciones. Es decir que la conducta de los equipos de salud es el resultado de un conjunto de factores interpretados en un contexto determinado, que es cambiante y dinámico, y que responde a intereses individuales como respuesta a las actitudes personales de cada sujeto. Esta línea de acontecimientos e interpretaciones deterioran la actividad del registro y, en consecuencia, afectan el logro de la disponibilidad de la información para la construcción de las trazadoras de salud.

Por lo tanto se deberá considerar en este análisis que la falta de registro como respuesta conductual puede ser un síntoma que refleja deficiencias o sufrimientos en el sistema de salud. Entre éstas dos directrices existiría cierta paradoja: para que se generen cambios conductuales individuales es necesario revisar el modelo

de organización colectiva. Tal vez sea indispensable reglamentar y sistematizar las actividades del registro hacia el interior de cada organización y de cada servicio, de tal manera que se dificulte la destrucción de los dispositivos creados para incentivar la calidad de la información, y sostener la continuidad del proyecto.

Capitulo IV

De la interpretación fundada en teorías

Interpretación.

En este momento de la investigación está la invitación a construir una propuesta que necesita, previamente, de la comprensión del análisis realizado sobre la muestra que conforma la información disponible.

Se ha buscado encontrar una combinación de métodos que nos permitiera analizar una parte de la realidad del Plan Nacer. Específicamente se trata de encontrar una respuesta que “encuentre” las causas que asocian a la práctica sanitaria y el registro. Se ha procurado también superar el reduccionismo que explica al comportamiento humano como en su totalidad por la economía o por el poder de las organizaciones.

Se los observó y encuestó a los equipos de salud descubriendo en ellos a los productores de un discurso ambiguo relacionado a proyectos y políticas de salud, pero también atravesado por limitaciones individuales y colectivas, algunas asociadas a conveniencias personales. Sin embargo, entre estas dos determinaciones, entre lo individual y lo colectivo, se los percibe como sujetos en un escenario, elaborando políticas de salud con escaso contenido de transformación social.

El éxito de la observación radicó en conocer la heterogeneidad de las causas que asocian la atención sanitaria y el registro de las prácticas; las diferentes normas construidas desde cada servicio o unidad, mas allá del reconocimiento de una pauta sistematizada para la atención de los niños y las embarazadas; el atravesamiento

de “lo político” sobre “la política” de salud; el discurso fragmentado y justificado en carencias históricas que viran entre la organización interna de las instituciones, el reclamo de la falta de recursos y la injustificada forma de explicar las debilidades del sistema sin sentirse parte de él.

Sin embargo este trabajo no tiene como objetivo hacer una declaratoria de los intereses de las partes, equipos de salud, sujetos sociales, organizaciones, Plan Nacer, para elevar una denuncia pública que no ayudaría a conocer cuales son las causas que no favorecen el registro de nuestro trabajo, a manera de dar cuenta de la tarea sanitaria realizada en cada uno de los servicios de salud.

Por ello es que para comprender el bagaje analítico presentado se hace la propuesta de interpretar “ese recorte de la realidad” que da la muestra del trabajo de investigación, haciéndolo en compañía de insumos teóricos construidos que se irán abordando en los postulados que se proponen.

La Historia Clínica: fuente primaria de información.

La ley 26.529, Ley de los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de la salud, en su Artículo 12, define a la Historia Clínica como el “*documento obligatorio, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud*”. De allí que los registros del equipo de salud son el soporte documental donde queda plasmada la información sobre la actividad referente a una valoración, tratamiento y evolución de una persona. Además constituyen una

fuelle de información estadística que favorece el desarrollo de las actividades sanitarias, siendo, a la vez, el testimonio documental de valor jurídico-legal de los profesionales.

Existe una bidireccionalidad respecto a la Historia Clínica en tanto que tiene carácter obligatorio para el profesional de salud, y es un derecho para la persona que asiste a una prestación sanitaria. En este sentido se deberá revisar cuales son los aspectos que han afectado el contrato implícito que representaba a los derechos y deberes de los sujetos involucrados en una atención de salud. El reconocimiento de esta doble vía será un disparador muy importante para recuperar ese contrato implícito.

Por su parte, en el carácter operativo puro, la Historia Clínica permite reconstruir los hechos, evaluando cada caso y tomando decisiones oportunas. Como instrumento operativo, en consecuencia, es la principal fuente de información que genera los datos necesarios para la construcción de indicadores de salud que faciliten la planificación y organización de acciones, ya sean promocionales, preventivas o protectoras.

Dado este marco interpretativo es de suponerse que el registro en la Historia Clínica de las acciones de salud realizados a una persona no pueden estar supeditados a una cuestión de tiempo o de falta de recurso humano, menos aun a una cuestión de organización interna de la institución, tal lo demuestran las encuestas realizadas. La historia clínica debe ser completada por un único recurso humano y es el profesional que ha realizado la práctica. El tiempo necesario para registrar la información que se genera en la atención de la

persona debe ser parte del acto profesional en tanto que el registro en la historia clínica es el corolario de un acto médico o de cualquier miembro del equipo de salud. La confección de la historia clínica es una aceptación tácita de cumplimiento del contrato de asistencia médica.

Cabe también señalar que es necesario deconstruir una representación social relacionada a la atención de los equipos de salud, especialmente a la atención médica: el verdadero sujeto protagonista de la historia clínica es el paciente y los datos que se registran en “su” historia clínica, sean epidemiológicos, semiológicos, de diagnóstico o tratamiento, le pertenecen en su totalidad. La historia clínica debe ser el mirador de la historia da salud, de familia, de trabajo, de relaciones de una persona. La reconstrucción de la representación social deberá estar centrada en el nuevo paradigma de salud que se instituye en Argentina y América Latina, ponderando el concepto de “historia sanitaria” en tanto que supera la visión biologista que encierra el término de “historia clínica”, transfiriendo todo su potencial de información a una mirada mas integral, que instala al sujeto en un contexto social y no solo en una institución de salud.

En el análisis de la encuesta se puede leer que el registro en la Historia Clínica pareciera ser otro invento administrativo que intenta sistematizar el trabajo de los profesionales de la salud. Sin embargo es necesario reconocer que la historia clínica es el resultado del trabajo de los equipos de salud, que es la muestra de la relación medico-paciente y, que, por sobre todas las cosas, es la

manifestación mas acabada de la decisión de los sujetos a ser atendidos por los profesionales de la salud.

Las dificultades para superar las tenencias de no validación de prestaciones por falta de registro de datos en las Historias clínicas no serán superadas en tanto no se logre transformar –o recuperar- el concepto teórico y práctico del registro de las prestaciones en las historias clínicas de los pacientes.

Por ultimo es deseo del autor que la presente investigación no se limite a una descripción metodológica de información, sino que promueva un doble trabajo. Por un lado asegure el cumplimiento de los objetivos de la investigación, y al mismo tiempo permita y estimule a los trabajadores y las organizaciones a ampliar su capacidad de reflexión, de autocritica constructiva, de discusión para la programación y la planificación, de reconocimiento de los derechos y de las responsabilidades, sea a nivel grupal como individual. De no lograr este cambio conceptual que implica una refundación de la responsabilidad ética y profesional, la vida cotidiana en los servicios de salud seguirá ajena a las novedades teóricas, y ausentes a los nuevos proyectos sociales.

Validación de las prácticas: tendencias y escenarios.

En el análisis de los datos se trabajó en diferentes cuadros la tendencia que tienen las prácticas validadas y no validadas, según nivel de registro de datos. En este análisis se observó la importancia del reconocimiento del registro en la historia clínica lo que implicaba

una reconceptualización de las responsabilidades de los equipos de salud.

Sin embargo se cree que en este marco de interpretación es necesario revisar algunas ideas respecto a la tenencia que muestran las prácticas validas y no validas en tanto que, en su mayoría, se considera que se han analizado de manera descontextualizada. Es decir que la calidad del registro en la historia clínica no es solo el resultado de la transcripción de un dato estadístico, sino que debe ser el componente de la materialización de la calidad de la atención brindada a una persona. Para el caso particular del Plan Nacer, el registro no solo supone el reconocimiento de las normas y pautas de atención de la madre y el niño, sino que deberá responder a una práctica de control de salud que identifique los factores de riesgo, evalúe las condiciones sociales de la persona, y facilite la obtención y captación de datos que favorezcan la planificación en salud, tanto a nivel individual, colectivo, o de las propias organizaciones sanitarias. Siguiendo esta línea es que no se puede hablar de validación de prestaciones sin revisar los conceptos trabajados en referencia a las historias clínicas, el registro y los derechos del paciente.

Retomando el análisis realizado en párrafos anteriores, intentando seguir un estricto nivel metodológico, es de entender que la tendencia de validación de prestaciones difiere según se trate del tipo de práctica y del nivel de complejidad de los efectores que realizan dichas prácticas. En este sentido se ha planteado que a mayor complejidad de las prestaciones, mejor calidad en el registro. Sin embargo en los niveles más complejos las prácticas de control

de salud del embarazo y del niño no tienen la calidad de registro deseado.

A diferencia de los niveles de menor complejidad, las prestaciones realizadas, que guardan íntima asociación con las Trazadoras Sanitarias reconocidas como críticas (Tz I, VI, VIII y IX), muestran una tendencia de validación progresiva dada por la calidad del registro.

Hasta aquí parece que se está en presencia de diferentes equipos de salud, de diferentes habilidades y conocimientos para realizar las mismas prestaciones, y hasta de diferentes sistemas sanitarios, según se trate el nivel de complejidad del efector.

Se puede decir que hay dos modelos polares para la organización de los procesos de trabajo en salud.

Por un lado, en organizaciones más tradicionales y complejas, con grupos de especialistas y organigramas verticales, la administración sanitaria aparecería desarticulada entre las diferentes líneas de trabajo, marcadamente diferenciados los rangos que habilitan la realización de una práctica compleja. En estas situaciones se observa el desarrollo de protocolos y programas que en vez de generar la magia de la integración, aparecen desarticulados y obstaculizando, en muchos casos, la producción de registros de calidad.

En el otro extremo las experiencias muestran equipos de trabajo con organigramas democratizados y con mayor distribución del poder. En estos equipos la responsabilidad busca lo colectivo por

sobre lo individual. Estos grupos están relacionados a los niveles de menor complejidad, con capacidad para realizar acciones de integración social de los pacientes.

Sin embargo el Sujeto de las prestaciones, cualquiera sea su complejidad, sigue siendo el mismo: sujetos que demandan el derecho a la salud. De allí que se trate de combinar características polares y antagónicas, inventándose modelos organizacionales que potencialicen la producción de salud.

No obstante es necesario revisar el análisis que se realiza en tanto que aparece descontextualizado teniendo en cuenta que no se ha considerado cada uno de los escenarios en particular, con la complejidad que tienen las organizaciones insertas en la red social. El registro de las prestaciones como elemento fundamental para la validación de las prácticas es también el resultado del sistema de salud.

Los profesionales de salud son sujetos y objetos en el mismo momento y durante todo el tiempo. Sujetos que posibilitan –o no favorecer la fuerza instituyente para generar cambios en el sistema; y objetos en tanto que responden a un conjunto de valores culturales que los reproducen en un modelo hegemónico legitimado por el colectivo social. Son ellos quienes participan activamente en la construcción de los saberes como principales traductores de los principios de las políticas para los modelos de atención sanitaria.

Pero hay otro sujeto que le da sentido a la creatividad instituyente y que en el marco de la cotidianeidad de los equipos de salud

aparece desdibujado del rango fundante que tiene en el proceso mismo. Es el sujeto que demanda la atención de los servicios, sujeto que sin el cual no tendrían razón de existencia ningún sistema de salud. Ese sujeto es portador del derecho a la salud, el cual queda plasmado, no solo en el ejercicio pleno, práctico y concreto del derecho, sino que se materializa en el registro de la práctica en su historia clínica como muestra de haber sido atendido con la calidad esperada.

El Plan Nacer pretende ser un dispositivo que se incorpora a las actividades de los equipos de salud con el objetivo sanitario de disminuir la morbimortalidad materna e infantil, democratizando la toma de decisiones hacia el interior de cada equipo, y recuperando el valor del reconocimiento del sujeto social como centro sinérgico del sistema sanitario.

Para Baramblit “dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades y reinventa lo nuevo...” Se puede observar que en este concepto los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que pueden, o no, formar parte de las estructuras de la organización. Sin embargo la riqueza de estos dispositivos está en movilizarse como instrumentos para instaurar un nuevo proceso, un programa de trabajo, una modificación en la cultura organizacional.

Si se comprende que la validación de las prestaciones es lo que abre la oportunidad para demostrar la calidad de la atención materna e infantil, es necesario revisar cuales son los dispositivos

que se utilizan a los fines de garantizar esa calidad materializada en el registro de las prestaciones.

Comprender esta idea es transferir la planificación de los sistemas de salud con centralidad absoluta en los usuarios, y no solo en las burocratizadas estructuras sanitarias. En este punto se puede comprender que la validación de las prestaciones tendrán una proyección positiva en tanto los equipos de salud reconozcan el sentido de pertenencia al sistema, el carácter de pertinencia en sus prácticas centradas en los sujetos-ciudadanos, y sientan la posibilidad de ser sujetos instituyentes de un nuevo modelo que supera la individualidad profesional y se instala en el crecimiento de la profesionalidad colectiva, que implica calidad en la atención y responsabilidad ética.

Por otro lado los equipos de salud deberán tener la posibilidad de recibir la devolución de sus registros a los fines de poder analizar internamente sus propias prácticas, conductas y procedimientos que los acercan a los resultados obtenidos. Hay un déficit en la información que se inicia en el registro primario del dato, pero que se fortalece en el proceso mismo de transferencia y carga, particularmente cuando solo se conoce el destino incierto de la información solicitada. Este modelo no solo debilita el sistema de registro, sino que desvincula a los equipos de salud de su propia información.

Sin embargo el instrumento de registro por excelencia que es la historia clínica no debe estar asociado a ninguno de estos dispositivos ya que representa el resguardo absoluto que paciente y profesional tiene de una prestación realizada. Ese resguardo es la

herramienta necesaria para sostener en el tiempo un nivel de validación progresivo como resultante de la calidad de las prestaciones.

A lo largo del tiempo la relación entre el equipo de salud y los sujetos que demandan sus servicios ha sido puntual y fragmentada. Un gran número de profesionales atienden episodios aislados de la trayectoria vital de las personas, sin que se ejercite como regla, el seguimiento integral de los casos a lo largo del tiempo. La historia clínica puede ser una herramienta que facilite el encuentro entre el equipo de salud y las personas en tanto sea un instrumento que revele la “historia sanitaria” de cada uno de los pacientes. Utilizar esta herramienta podrá ser el inicio para superar la desvinculación de los actores que participan en el acto médico. Quizás sea necesario poner a la enfermedad entre paréntesis y comenzar a ver a la salud como el centro de trabajo para la intervención profesional.

La salud con base en el derecho

“¿Cómo extraer el concepto de derecho a la salud del abstracto mundo de las leyes para traerlo al mundo concreto de la vida cotidiana?”

Existen dos ejes básicos que se supone son capaces de realizar tal empresa. El primero habla del respeto a la construcción de sociedades justas y saludables: empleo, trabajo, distribución de renta, vivienda, medio ambiente saludable, educación y ocio. El

segundo eje lo constituyen los propios servicios de salud con una capacidad limitada, sin embargo real, de producir salud.”¹⁰

El texto invita a reflexionar sobre el derecho a la salud desde las diferentes posiciones que se ocupan dentro del sistema sanitario.

Se deberá repensar el término de derecho a los servicios de salud cuando en realidad la actitud o ejercicio que se realiza al momento de asistir a un servicio de salud es dar respuesta a una necesidad. Entre servicio y necesidad hay una diferencia marcada, especialmente por el carácter de accesibilidad. Mientras que para los servicios la accesibilidad se alcanza a través del intercambio de bienes, para las necesidades el acceso se realiza desde la posición del ejercicio del derecho.

En el caso del Plan Nacer, el derecho a la salud se manifiesta en la convicción de brindar respuesta a las necesidades de las embarazadas y los niños menores de seis años que no disponen de un bien de cambio –obra social- que les garantice la cobertura de sus necesidad de salud. Comprender esta posición ideológica es lo que permite entender que el sistema de salud se reproduce en torno a la reproducción social que hacen los sujetos. Si esa reproducción social está basada en el ejercicio de la ciudadanía y la participación, el derecho a la salud no requiere de explicaciones porque se entiende a la misma como necesidad que reclama

¹⁰ Gastao Wagner de Souza Campos. Gestión en salud. Buenos Aires.

2001

respuesta, y es el Estado quien aporta esas herramientas para responder a la demanda.

Sin embargo, aún en pleno proceso de cambio de paradigma, se continúa aportando teorías en la representación conceptual de la salud como servicio, asociada al mercantilismo de un bien que se adquiere; respuesta de los modelos neoliberales en contextos nuevos, frente a un modelo de Salud Pública que trabaja la idea de cambio, no solo de sus estructuras, sino también desde la democratización de sus construcciones teóricas e ideológicas.

Cuando las condiciones sociales exigen discutir el modelo sanitario, los equipos de salud se resguardan en el desconocimiento de reconocer los derechos de los sujetos que demandan la atención del sistema. La imposibilidad de disponer de información que facilite la planificación de las acciones en salud es resultado de la ausencia de prácticas de los equipos de salud como lo es el registro. La información constituye el antecedente primario para un programa social de trabajo. Sin acceso a los datos que surgen de las prácticas de los equipos de salud resulta impropio planificar acciones que respondan a necesidades. La falta de datos constituye una ausencia práctica del ejercicio del derecho que tienen los sujetos.

Es necesario reconocer que un modelo que se sustenta y organiza desde los equipos de salud requiere de procesos que les permita redefinir sus funciones sociales, superando la hegemonía que se auto adjudican desde la pertenencia al sistema de salud, reelaborando la relación de los miembros de los equipos de salud con los sujetos sociales que demandan la atención, y revisando

cuales son los límites que deben ser superados para aportar los insumos necesarios que favorezcan la disponibilidad estadística, sinergia de todo programa social que pretenda factibilidad, viabilidad y sustentabilidad, componentes fundamentales de una política pública de Estado.

Abordar el concepto de derecho en salud en un marco de abstracción requiere de un ejercicio concreto que es la “necesidad de salud” y la “imposibilidad de atención”. Sujetos sociales que a diario deben convivir con la diada “necesidad-inaccesibilidad” superan el concepto abstracto. Mas allá de no poder teorizarlo, reconocer la importancia de una participación ciudadana plena les permita encontrar respuestas concretas a sus necesidades. La instancia “necesidad-respuesta” es la manera mas concreta de reconocer el derecho a la atención sanitaria.

Se puede decir que la teoría de un programa social con base en derecho tendría tres partes: la teoría prescriptiva relacionada con la estructura del programa; la teoría descriptiva que referencia el proceso de implementación del programa; y una tercera teoría, la coactiva, en tanto que moviliza los recursos disponibles para alcanzar la máxima calidad en los beneficios que aporta el programa.

Se puede continuar teorizando y discutiendo el marco de derecho que tiene la salud, y sin embargo no se necesita una tesis para reconocer que en el binomio derecho-obligaciones, combinado a la dupla médico-paciente, existe una marcada asimetría a favor de los equipos de salud. Es poco probable que los sujetos que demandan las atenciones en salud reclamen el derecho que tienen a su

registro en la historia clínica. Es mas, es poco probable que reclamen el derecho que tiene cualquier sujeto a ser bien tratado.

Eduardo Menéndez en el libro Salud colectiva¹¹ explica que desde la década del '50 diferentes tendencias de la psicología, la sociología, la antropología y de la misma biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico- paciente para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla promoviendo una mayor simetría. De allí que parte del mejoramiento de la calidad de la atención de los equipos de salud esté depositada en modificación de aspectos de la conducta. De esto gran parte de los integrantes de los equipos de salud, especialmente los médicos, son conscientes, y en forma reiterada se proponen mejorar la relación dando más tiempo a la palabra del paciente.

Sin embargo, sigue explicando el autor, pese a reconocerse la necesidad de modificar las características dominantes de la relación médico-paciente y revertir la orientación de los servicios, lo que en los hechos sucede es una tendencia a reducir el tiempo de la relación médico-paciente, especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente. En este sentido se ve potenciada la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica, y las dinámicas de las instituciones actuales que tienden a reforzar

¹¹ Hugo Spinelli: Salud colectiva. Parte I: Modelos de atención de los procedimientos de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas; Eduardo L Menéndez

dichas tendencias, más allá de los discursos y reflexiones sociológicas y de las mismas autoridades sanitarias.

En este punto de la discusión se está en condiciones de representar una triangulación de elementos asociados al derecho de los sujetos que demandan atención médica: la relación médico-paciente, el derecho y la conducta.

Recuperando los datos de la muestra se puede decir que la tendencia de prácticas no validas como respuesta de una deficiencia en la calidad de los registros en la historia clínica se asocia a una “cuestión conductual” superando el ámbito individual e involucrando no solo la obstaculización de los derechos de las personas, sino que dificultando aspectos relacionados a la planificación, programación y organización de los sistemas de salud, estadística y epidemiológicamente.

La discusión de la salud con base en el derecho necesita revertir una conducta hegemónica y omnipotente que los equipos de salud practican de manera cotidiana. Desnaturalizar dicha conducta permitirá definir una nueva relación salud-sujetos que tenga el centro activo en el sujeto social. Esto será posible cuando se reemplace el concepto de “paciente”, el que en actitud pasiva espera, por la representación de sujeto, persona que ejerce el derecho a la salud, que practica el derecho a la vida.

Las organizaciones sanitarias como continentes para el cambio.

La muestra del presente trabajo de investigación es el producto de auditorias realizadas a efectores con suscripción de Convenios de

Gestión, y de la encuesta efectuada a los integrantes de los equipos de salud de dichas organizaciones de la muestra. Con esto se está diciendo que las dificultades en las historias clínicas y el no logro de los umbrales para las trazadoras sanitarias se produce en los centros sanitarios, es decir en las organizaciones de salud.

Será también importante aclarar que la institución salud, como conjunto de valores y representaciones adoptadas socialmente, se materializa en una organización, sea hospital o centro de salud, es decir en un efector de salud, privado o del subsistema público.

Aclarado esto se puede abordar una cuestión que no debe escapar a esta interpretación de la información y que es el rol que juegan las organizaciones de la salud en la conducta, modos, comunicación, relaciones y posibilidades de ejercer el derecho a la salud por parte de los sujetos que demandan atención, con registros clínicos de calidad como manifestación de una atención integral y personalizada.

Sin duda alguna el ejercicio profesional de los equipos de salud se realiza dentro de una organización la que es atravesada por el conjunto de acontecimientos que definen el contexto social. En la lógica se entiende que los actores de la organización reproducen el modelo organizacional, lo que indica que las conductas de dichos actores también son parte de esa reproducción. De allí que sea necesario entender que el cambio conductual para mejorar la calidad de la atención de la salud no es individual sino que es colectivo; no es aislado sino contextual; no es solo organizacional sino institucional.

El cambio necesariamente debe oscilar entre la organización y la reorganización. Cuanto mas una organización se torna apta para los cambios complejos, más aumenta su capacidad de interactuar con el contexto histórico y social, porque el movimiento permanente ejecutado para responder a los desafíos construye soluciones para los problemas que provocan conflictos y contradicciones. Cualquier cambio social e institucional es un fenómeno simultáneamente histórico, colectivo, estructural y relacional. Las transformaciones que lleguen a ocurrir pasan por las subjetividades asociadas a las actitudes conductuales, creando nuevas posibilidades de organización, esto es revisando los objetivos, las funciones y la misión de la organización misma.

Pretender generar una mejor calidad en la atención de la salud promoviendo solo los aspectos comunicacionales, de relaciones y vínculos, las conductas y las acciones de manera individual es desconocer la dinámica social que se imprime desde la cultura organizacional.

En las personas los cambios ocurren cuando tocan su subjetividad, movilizand o habilidades, relaciones, posturas y valores. Los cambios institucionales se dan en ritmo de innovación y adaptación. Es posible garantizar su ritmo proyectando tendencias en cierto intervalo de tiempo, aplicando, entre otras cosas, programas de trabajo que devalen un nuevo modelo. En el caso del Plan Nacer, un programa que promueve un paradigma diferente de la salud, basado fundamentalmente en el derecho que cada sujeto tiene en el ejercicio pleno de la ciudadanía.

Para una transformación superadora es imprescindible una construcción colectiva de los equipos de salud con la misión de recuperar al sujeto social como único sujeto-objeto de la actividad sanitaria, re-interpretando la atención de la salud desde el derecho, resistiendo el regreso al modelo privatizador de los servicios hospitalarios y rechazando toda conducta que no guarde coherencia con la misión para la cual fueron creados los profesionales y las organizaciones de la salud.

De manera que desde la conceptualización presentada las organizaciones aparecen como parte fundamental de la estrategia para la implementación del Plan Nacer, es decir para la búsqueda de alcanzar una mejor calidad en la atención integral de los sujetos. Para ello es necesario entender la dinámica interna que se construye bajo el concepto de cultura organizacional y comprender que dicha dinámica constituye un movimiento recursivo que no tiene principio ni fin.

El contenido que se discute, que es la calidad de los registros que se generan durante la atención de la salud, con el Plan Nacer como instrumento, debe constituir un binomio con el continente, que es la institución-organización salud. Si las organizaciones de salud, hospitales o centros de salud de primer nivel de complejidad, no generan registros que promuevan el análisis estadístico, el efecto directo será sobre la política de salud la cual se verá con pocas posibilidades de planificar en un escenario de diagnóstico real. Si se

comparte con Mario Testa¹² que una política de salud debería ser construida como una propuesta de distribución del poder para socializar las decisiones y garantizar la plena accesibilidad al sistema, el conjunto de estrategias deben ser entendidas como la forma de implementación de esa política.

El desafío está en revisar las dinámicas internas de las organizaciones sanitarias en torno a los objetivos de los programas estratégicos para empoderar a los sujetos sociales y equipos de salud, recuperando prácticas éticas que consolidan el trabajo de los equipos, promoviendo la excelencia en la calidad de la atención y garantizando a cada ciudadano el acceso a la salud en organizaciones que tienen como capital social la confianza de la gente.

La pérdida de ese capital puede conducir a la anomia y a la más grave de las disfuncionalidades de una organización, la pérdida de su misión.

¹² Mario Testa; Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud).Buenos Aires. 1995

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Capitulo V

De las discusiones teóricas

Discusión

Se propone como metodología para la discusión el planteo de preguntas que intentan integrar el análisis e interpretación de los datos trabajados en el estudio de investigación.

1. El registro de las prestaciones en las historias clínicas constituye la expresión de la atención?

Sin duda alguna el registro de la práctica de un profesional de la salud es el acto que cierra una prestación sanitaria. En caso la discusión estaría centrada en el por qué de la falta de registro.

“Las representaciones sociales, compuestas por imágenes y conceptos, proporcionan a las personas un medio de dar sentido al mundo, ya que facilitan la adquisición de conocimiento común y el intercambio de ideas. Son adquiridas mediante un proceso que tiene dos momentos: fijación y objetivación. La fijación se obtiene integrando las nuevas ideas en imágenes o conceptos preexistentes. En el proceso de objetivación, la idea nueva ya fijada se convierte en una imagen concreta y familiar que cambia la imagen anterior. El estudio de las representaciones permitiría entonces explicar cómo lo extraño y desconocido se convierte al cabo del tiempo en familiar, se naturaliza como un aspecto indisociable de la realidad”¹³

¹³ Julio Bello y Martín de Lellis; Modelo Social de Prácticas de Salud. Proa XXI Editores. Buenos Aires. 2001

Este párrafo permite poner en discusión dos cuestiones: por un lado las representaciones que los equipos de salud han construido durante mucho tiempo bajo una supra-representación social que los instituye como modelo hegemónico, versus las representaciones que los sujetos han adoptado en su rol de pacientes, actitudes y conductas vinculadas a sostener y fortalecer la asimetría que se acompaña por la “falta de gestión individual del derecho a la salud”. Para superar esta cuestión es necesario revisar los procesos de comunicación social, entendidos estos como espacios de construcción de ideas, revisión de conocimientos y manejo de información, especialmente con los sujetos sociales. Los modelos hegemónicos son una construcción colectiva, en consecuencia instituir un nuevo modelo depende de procesos sociales que tengan la oportunidad de desnaturalizar una conducta, sea individual o colectiva, para consolidar una nueva imagen que reemplace a la anterior.

La segunda cuestión es la naturalización del error, representado en este caso por la ausencia de registros de las prestaciones. Si cada uno de los actores que intervienen en una práctica de salud tiene el acabado conocimiento de sus responsabilidades y derechos, se está en condiciones de re-objetivar una imagen como lo es el uso de la historia clínica, responsabilidad de los profesionales, derecho de los sujetos.

Sin embargo es necesario reconocer que este proceso de cambio requiere de la intervención de las organizaciones relacionadas con la salud, desde aquellas que son formadoras de profesionales, recuperando prácticas y conductas de responsabilidad profesional, ética y ciudadana, a las organizaciones relacionadas con los medios

de comunicación social, las escuelas, las obras sociales, los programas sanitarios, todos en el marco de informar y hacer conocer los derechos de las personas que demandan salud.

Por su parte los efectores de salud deberán ser los custodios de este ejercicio ciudadano, profesionales y pacientes, con programas que favorezcan la construcción de un nuevo modelo caracterizado por la simetría en las decisiones y la equidad en la atención.

2. Las causas de no registro que reflejan la muestra de la encuesta, pueden ser superadas?

“Un verdadero desafío para los emprendedores de proyectos sociales y para los evaluadores es identificar los tipos de intervención que provocan mayor impacto y generan movimientos de transformación mas consistentes y duraderos. Es preciso resaltar también que toda propuesta de intervención tiene sus límites: el del rechazo claro, el de la resistencia camuflada, o el de la re-interpretación”¹⁴

A lo largo de la historia se han construido y de-construido modelos de atención en salud. Cada uno de ellos fue un desafío.

Sin embargo hoy se trata de revisar las actitudes y conductas que han llevado a la poca disponibilidad de información y a las dificultades para planificar en base a datos estadísticos y epidemiológicos. Modificarlas es un nuevo desafío que permitiría superar la deficiencia en la calidad de los registros clínicos.

¹⁴ María Souza Minayo. Evaluación por triangulación de métodos. Editorial Lugar; Buenos Aires. 2005

Es cierto que las intervenciones generan resistencias. El modelo de grupo tratado por Pichón Riviere plantea dos miedos: resistencia al cambio y miedo a las pérdidas. Ambos juegan un papel importante en el desafío propuesto.

Por su parte los equipos de salud resisten revisar la hegemonía de sus conductas, mientras que los sujetos que solicitan los servicios de salud tienen miedo de perder la posibilidad de ser atendidos. Ambas situaciones rozan la perversidad en tanto que ninguno de los actores reconocer responsabilidades y derechos.

Si bien la resistencia existe es necesario conocer cuales son las causas que la generan. Pero también es fundamental que los equipos de salud no desconozcan la misión para la cual fueron creadas y son socialmente aceptadas las organizaciones donde se atienden las demandas en salud. Las organizaciones que prestan salud merecen reflexionar sobre dos aspectos que favorecerían el desarrollo de sus funciones y logro de sus objetivos: los aspectos sentidos, tanto de los sujetos que demandan sus servicios; y los aspectos normativos, conformados por el conjunto de pautas, normas y protocolos científicamente definidos para la atención de las personas. El encuentro de ambos aspectos fortalece el logro de los objetivos de toda organización social, en este caso, de una organización cuyo mandato social es “hacer salud”.

3. Las Trazadoras Sanitarias son indicadores válidos para reflejar el estado sanitario de la población materna e infantil?

En primer lugar las Trazadoras Sanitarias reflejan el estado sanitario en referencia al control de embarazadas y control de niño sano inscriptos en el Plan Nacer. Si se considera que el requisito único es no tener cobertura explícita de obra social y que, estadísticamente, el 50% de la población materna e infantil carece de cobertura, se estará en condiciones de decir que las trazadoras reflejan las condiciones sanitarias del 50% de la población materno-infantil.

Si a ello se le incluye que una de las debilidades del programa es la falta de registro que conlleva la ausencia de datos para la construcción de las trazadoras sanitarias, motivo central del trabajo de investigación, estaríamos en condiciones de afirmar que las Trazadoras Sanitarias previstas por el Plan Nacer solo reflejan una parte de la realidad de la salud materno infantil, atravesadas por sesgos importantes: solo se trata de datos de población inscripta y cuyas prestaciones en el sistema de salud fueron registradas como parte del proceso de facturación para el Plan Nacer.

Más allá de ello es importante reconocer que los indicadores deben ser contextuales, relacionales y de medición de la acción en si. De allí que sea necesario contengan dos propiedades: que sean observables y que permitan crear procedimientos para medirlos. El presente estudio de investigación permite dar cuenta de ambas propiedades de los indicadores al plantear, por observación, que los umbrales alcanzados para las Trazadoras Sanitarias, especialmente para trazadoras críticas, no guardan relación con la población inscripta al Plan Nacer, es decir con la población nominada y referenciada a cargo de cada efector de salud para el cumplimiento de la agenda sanitaria. Por su parte el análisis de las tendencias de

validación y no validación de las prácticas, permite demostrar la existencia de un método de medición para el logro de los resultados o umbrales alcanzados.

Sin embargo la discusión debería pasar por un punto mas importante y es que la falta de registro en la Historia Clínica, acto que debe estar presente en toda práctica, no permite demostrar el trabajo sanitario realizado con la población a cargo de cada efector, lo que dificulta, no solo el logro de los indicadores críticos de salud, sino la posibilidad de planificar a partir de datos estadísticos y epidemiológicos concretos, contruidos por los mismos efectores que trabajan en terreno.

Dicho de una manera más simple: la omisión de un acto administrativo, que es la omisión de una responsabilidad por parte de los equipos de salud, interfiere negativamente en la programación de la salud materno infantil, afectando la accesibilidad de la población a los servicios, derecho de todo sujeto que demanda atención de salud.

En este sentido cabe la reflexión de preguntarse si no es necesario replantear los indicadores o trazadoras sanitarias previstos por el Plan, pensando en indicadores con mayor valor de inclusión de la población materna e infantil, capaces de valorizar el trabajo sanitario de los equipos, y con las particularidades de aportar una mayor movilidad psíquica, sensibilizando más intensamente a la población objetivo del programa, mujeres y niños y equipos de salud, hacia experiencias nuevas que alteren la inercia conservadora de las organizaciones de salud y de los usuarios de los servicios.

O bien revisar el método previsto para medir los indicadores de salud, es decir no solo asociarlos a la disponibilidad de datos a partir del proceso de facturación, sino integrarlos al conjunto de datos estadísticos del que disponen otras dependencias relacionadas con la población objetivo, como lo son Dirección de inmunizaciones y Dirección de Maternidad e Infancia.

4. El registro de las prácticas y la construcción de los indicadores de salud del Plan Nacer, inciden en el impacto sanitario?

“La elección de indicadores debe estar hecha en función de los aspectos que se quiere analizar, como eficiencia, eficacia, efectividad o impacto. Eficiencia se refiere a la buena utilización de recursos con relación a las actividades y resultados alcanzados. Eficacia se refiere a la relación entre las acciones realizadas y los resultados obtenidos. Efectividad es la observación de la incorporación de los cambios generados por determinado programa en la realidad de la población objetivo. Impacto corresponde al grado de influencia y de irradiación de un proyecto realizado”.¹⁵

Evidentemente existe un feed-back entre registro, indicadores y resultados que se traducen en impacto sanitario. Sin embargo esta retroalimentación no encuentra sentido si no hay un análisis de los resultados a nivel local, a nivel de cada efector, para poder analizar el impacto que genera, o no, un determinado programa. En la

¹⁵ María Souza Minayo: Evaluación por triangulación de métodos. (Aguillar & Ander-Egg) 1994

medida que el análisis de los datos que se elaboran a nivel local no se utilicen como instrumentos sinérgicos para movilizar otras acciones, no estaremos en condiciones de medir el impacto.

En el caso del Plan Nacer las Trazadoras Sanitarias facilitan la medición de la efectividad en la población objetivo. Más aún, los datos que se producen a partir del registro permitirían relacionar los resultados alcanzados y los recursos utilizados, haciendo incluso una proyección de dichos recursos en base al planteo de mayores desafíos en los resultados.

Pero es necesario reconocer que el impacto guarda una estrecha relación con el cambio de conducta, y lo que afecta en el nivel de tendencias de prestaciones válidas y no validas está relacionado con las conductas de los equipos de salud: el no registro aumenta la no validación de prestaciones y fortalece la indisponibilidad de datos antropométricos y epidemiológicos para programar acciones en salud, en la población materno infantil.

Replantear las actitudes de los profesionales de salud merece un trabajo necesario y urgente, porque no solo se está invalidando parte de los derechos de los sujetos que utilizan los servicios de salud, sino que se está interfiriendo en la disponibilidad de información para la toma de decisiones.

5. Las organizaciones de salud aportan al cambio del modelo o son solo espectadoras?

Una organización es el escenario donde se desarrolla la trama de la acción, se ensayan los resultados, se define el argumento y se adiestra a los actores en habilidades y destrezas para alcanzar los objetivos. La organización es el espacio para la construcción de saberes colectivos, para la reproducción de las prácticas, para la discusión de las propuestas.

Todo cambio es gestado por medio de una dinámica que incluye diálogo, cooperación y consensos establecidos entre actores. Pero también hay antagonismos, contradicciones y conflictos entre ellos. No es posible desarticular a los equipos de salud de las organizaciones que los contienen. Más aún, no es posible desvincular a las organizaciones del contexto social. Esto quiere decir que organizaciones, equipos y contexto conforman una compleja triangulación en la que individualmente necesitan de la acción colectiva del otro.

Las organizaciones en su conjunto son las generadoras de las tendencias de las validaciones de las prácticas. Aquellas que apuestan al cambio ya han ensayado con sus actores la posibilidad de revisar habilidades aprendidas y destrezas olvidadas. Las organizaciones que ocuparon las butacas de los espectadores observan el cambio sin considerar que las prácticas internas que realizan en sus escenarios de trabajo están quedando por fuera de la propuesta del modelo de salud. Programar desde esas prácticas no les permitirá dar respuestas ciertas a las demandas sociales. Una organización de salud que ocasiona la pérdida de confianza y deja de ocupar un lugar importante en la sociedad por la falta de credibilidad, puede tener consecuencias graves, llegando a

generalizarse la falta de credibilidad, promoviéndose el traslado de la toma de decisiones a actores que hacen prevalecer los intereses particulares por sobre los colectivos. Esta condición conduce a la anomia y a la necesidad de refundar a la organización y sus actores.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"

Capítulo VI

De las conclusiones y propuestas

Conclusiones

El acercarse al final de este trabajo exige revisar el objetivo que se planteó al empezar, y que era buscar las causas que inciden en la calidad del registro de las prestaciones, afectando de manera directa los indicadores de salud.

A esta altura de la investigación no se pudo comprobar que las causas sean definidas por el mismo equipo de salud sino que las causas se definen desde los aspectos conductuales y actitudinales, los cuales están íntimamente ligados a un cambio o principio conceptual. La forma de entender el sistema de salud, organizado y planificado desde los equipos mismos sin la intervención de los sujetos que demandan el sistema, no permite delimitar que la base del sistema debe ser el derecho que esos sujetos tienen a la salud. Hay una definición no acabada de la salud como derecho en tanto que se han ido elaborando constructos diferentes, según sean los equipos de salud o los sujetos. Se trata entonces de revisar la necesidad de compartir una construcción colectiva de la salud, con sus representaciones simbólicas, valores e ideas instituidas, dejando abierto el espacio para reconocer la importancia que tiene el contexto para instituir el cambio.

Hace algún tiempo en América Latina se habla de procesos de reformas en la atención de la salud. Hay quienes comparten que tales procesos están más relacionados a un conjunto de decisiones estratégicas de los estados que le dan a los cambios la categoría de reconversión. Lo que no hay duda es que se está trabajando en una revisión sistemática, ideológica y social sobre el modelo de salud, el

cual convoca a un cambio que promueve tres perspectivas para el modelo: la accesibilidad, la gestión como instrumento y la evaluación por resultados.

Sin embargo se está aún en discusión si se trata de una reforma o de reconversión, pretendiéndose un modelo de salud que, apoyado en la tradición del sistema, tiene condiciones prescriptivas de cambios.

En realidad se trata de realizar un doble trabajo. Por un lado asegurar el cumplimiento del objetivo primario del programa de salud, y al mismo tiempo permitir y estimular a los equipos de salud a ampliar su capacidad de reflexión y de cogestión.

Una reforma no se desarrolla en línea recta porque sus instrumentos producen tensión y contradicciones. Por otro lado, la coalición que lleva adelante la reforma tiene que enfrentarse a restricciones económicas y políticas y adaptar la propuesta originar a esas condiciones. Este es el escenario particular de la descentralización en la que a las autonomías municipales les ha permitido la toma de decisiones y la adopción de sus propias políticas de salud. En estos contextos los programas nacionales y provinciales deben adaptar su rol de regulador y rector para acordar el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud. Por otro lado es necesario recordar que las políticas sociales no constituyen simplemente un arreglo técnico y organizativo, sino también opciones políticas basadas en valores apoyados por los actores involucrados en el proceso.

El modelo previsto por el Plan Nacer procura alcanzar la accesibilidad de la población materno infantil a los controles de

salud, garantizando el derecho de inclusión al sistema, para lo cual se basa en una propuesta de gestión que mide resultados. Para ello requiere de la cogestión de los equipos de salud los que deberán revisar sus responsabilidades éticas y profesionales aportando calidad en la atención, materializadas en los registros clínicos de las prestaciones realizadas. El derecho de los sujetos que demandan servicios de salud se moviliza en una doble dirección, derecho a la atención y derecho a la información. No existen causas comprobables que no sean actitudinales y conductuales las que interfieren en la calidad de los registros médicos y, en consecuencia, en la disponibilidad de datos para la construcción de los indicadores de salud.

Las Trazadoras Sanitarias son el resultado de la calidad de los registros, y los registros son la manifestación acabada de las conductas de los equipos de salud.

La evaluación por resultados que puede ser medido en el logro de los indicadores sanitarios, cualquiera sea el nivel de complejidad, tiene una íntima relación con los datos obtenidos de las prestaciones asistenciales. Visto de este modo, pareciera que los resultados de las trazadoras demuestran la prolijidad de un acto administrativo o la capacidad de la organización sanitaria para desarrollar los procesos de facturación para el Plan Nacer. Sin embargo el acto administrativo es parte de la atención de los equipos de salud, y la planificación como instrumento esencial para responder a las necesidades colectivas de la población, requiere de datos e información que se traducen en indicadores que marcan el desarrollo de programas específicos que respondan a las necesidades diagnosticadas.

No habrá variaciones en las tendencias para la validación de prácticas en tanto no haya variaciones en las conductas de los equipos de salud. Tales conductas no serán solo el resultado de un cambio individual sino el producto de una construcción colectiva, con conocimiento del derecho y las responsabilidades que les permita a los actores involucrados, profesionales y sujetos que demandan servicios, construir el sentido de pertenencia al sistema de salud.

Dualidad de las conclusiones: construcciones y deconstrucciones.

1. Las Trazadoras Sanitarias representan los alcances sanitarios en la salud materno infantil, o bien las Trazadoras Sanitarias representan el nivel de calidad de registro de las atenciones en salud materno infantil.

La primera dualidad consiste en plantear dos cuestiones: por un lado se reconoce la importancia y representación para la cual se construyen las Trazadoras Sanitarias. Sin embargo es necesario destacar que las Trazadoras surgen como resultado de un registro de la práctica, y no revelan si la prestación se realizó o no. Esta cuestión plantea la segunda dualidad.

2. Las Trazadoras Sanitarias surgen a partir de la disponibilidad del registro clínico, y el registro clínico es parte del acto profesional, materialización de la calidad de la atención.

Si bien las Trazadoras fueron creadas para medir los resultados en salud, a la vista queda de manifiesto que miden el nivel de registro de las prestaciones. Sin embargo no puede quedar en discusión que el registro clínico es parte de la calidad de la atención. Sin registro no hay disponibilidad de información. Sin información es imposible construir los indicadores de alcance. En consecuencia el registro es parte de las herramientas de gestión que se deberían fortalecer en el Plan Nacer.

3. Los equipos de salud deberán revisar sus conductas, o bien las conductas de los profesionales de salud deberán releer los derechos de los sujetos que demandan sus servicios.

En la investigación se pretendió demostrar que las causas atribuidas a la falta de registro no guardan relación con los datos analizados. Es decir que el factor tiempo, como causa central atribuida a la falta de registro, no se modifica según el nivel de demanda. Por su parte los datos de la encuesta revelaron un desencuentro en el nivel de conocimiento en cuanto a pautas y normas de atención MI, y los datos necesarios para la construcción de los indicadores. Queda en evidencia que hay un déficit en el nivel de información de los equipos de salud respecto al Plan Nacer y los atributos necesarios para construir los datos de Trazadoras. Conocimiento e información son dos cuestiones fundamentales para generar pertenencia a un programa. Para ello es necesario adoptar una conducta y actitud en favor del conocimiento y de la información.

4. El tiempo no debe ser un obstáculo para del registro, sino que el registro debe ser parte de la consulta.

En este aspecto no debería haber discusión: el registro tiene su base en un derecho y una responsabilidad de las partes involucradas en una atención medico-sanitaria. No existe un tiempo extra para registrar en la historia clínica lo actuado por el profesional, por el contrario debe ser parte de la acción, materialización de la calidad, reflejo de la atención y fuente de información para la programación en salud.

5. Las organizaciones sanitarias han favorecido a la burocratización de los sistemas de salud, o bien hay una anarquía organizada en el sistema sanitario.

Las organizaciones de salud, Centros de salud, dispensarios, hospitales y servicios, no son ajenas a las conductas de los equipos sanitarios; por el contrario son el modelo de reproducción de las conductas. La burocratización construida en torno a la accesibilidad a un servicio de salud es producto de la organización que la genera, alimenta y sostiene. Entre el acceso a la atención y las “particularidades” de los miembros de los equipos de salud hay una línea de permeabilidad que dificulta la prestación del servicio. En este espacio el Plan Nacer debería fortalecerse como herramienta de gestión. Sin embargo no dispone de la información suficiente para analizar sanitariamente los indicadores de salud, dejando la interpretación administrativa como parte del proceso para la toma de decisiones.

Una herramienta debe ser entendida como una oportunidad para construir un nuevo modelo. La gestión de un programa se vale de herramienta de trabajo para favorecer el logro de los objetivos que lo consolidan como respuesta a una demanda social.

El Plan Nacer como herramienta de gestión requiere del trabajo y de la tecnología apropiada para consolidar uno de los derechos ciudadanos como lo es el acceso a la salud. Tales tecnologías no necesitan de inversiones que puedan superar la relación costo-beneficio. Por el contrario, se trata de una revisión conceptual de los roles y funciones que los integrantes de los equipos de salud deberán recuperar en sus actividades cotidianas.

La existencia y génesis de los equipos de salud tienen su fundamento en la demanda social que los origina, sustenta y justifica. Son la respuesta a una necesidad social que en el actual contexto fundamenta sus principios en la inclusión y la equidad. Los indicadores de salud previstos por el Plan Nacer deberían estar en condiciones de representar el nivel de cobertura de la población materno infantil, y para ello es imprescindible recuperar una de las prácticas más antiguas de la historia como lo ha sido la palabra escrita, el registro de los acontecimientos. Palabra y registro han permitido traducir la historia, transmitir de generación en generación los saberes y acontecimientos para permitirnos construir, cada día, una historia individual y una historia colectiva. Tomar esa palabra registrada ha permitido crear una identidad.

Los equipos de salud y las organizaciones sanitarias tienen la posibilidad de definir un modelo de gestión en beneficio de la sociedad, refundando su identidad. Solo es necesario reflexionar

cual es la conducta apropiada frente al imperativo colectivo: la salud, un derecho.

Índice bibliográfico

Burgos Ortiz, Nilsa, editora. Gestión local y participación ciudadana. 1era edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Espacio. 2004.

Sabulsky, Jacobo. Investigación científica en salud-enfermedad. Córdoba, Argentina. Editorial Sima. 2003.

Bello, Julio – de Lellis, Martín. Modelo social de prácticas de salud. Buenos Aires, Argentina. Proa XXI Editores. 2001

Sousa Campos, Gastao Wagner. Gestión en salud. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 2001.

Slonim, Morris J. Muestreo: guía ágil y precisa de estadística práctica. Buenos Aires, Argentina. Editorial Americana SCA. 1967.

Souza Minayo, María Celia, organizadora. Investigación social: teoría, método y creatividad. 1era edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 2002.

Souza Minayo, María Celia, organizadora. Evaluación por triangulación de métodos: abordaje de programas sociales. 1era. Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 2005.

Spinelli, Hugo. Salud colectiva. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 2004.

Araujo Hartz, Zulmira – Vieira da Silva, Ligio, organizadores. Evaluación en salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 2009.

Testa, Mario. Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud). Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar S.A. 1995.

UNICEF – Sociedad Argentina de Pediatría. Salud materno infantil juvenil en cifras: 2009. Buenos Aires, Argentina. Ideográfica. 2010.

Freire, Paulo. La educación como práctica de la libertad. 14ta edición. Buenos aires, argentina. Editorial Siglo XXI S.A. 1974.

Glosario

ALC :	América Latina y el Caribe
ACE:	Auditoria Concurrente Externa
BIRF:	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CMI:	Comunidad Materno Infantil
CBP:	Conjunto Prestacional Básico
CBP:	Canasta Básica Prestacional (Según Ley Provincial 9133)
DOM:	Datos Obligatorios Mínimos
EPS:	Esquema de Protección Social
HC:	Historia Clínica
HCBP:	Historia Clínica Básica Perinatal

MPA:	Mujer Parto
MEM:	Mujer Embarazo
MPU:	Mujer Puérpera
MI:	Materno Infantil
NPE:	Niño Pediatría
NUP:	Nomenclador Único de Prestaciones
NOP:	Nomenclador Operativo de Prestaciones
PN:	Plan Nacer
PISMIP:	Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial
SIP:	Sistema Informático Perinatal
TS:	Trazadoras Sanitarias
Tz:	Trazadoras Sanitarias
UGSP:	Unidad de Gestión del Seguro Provincial
UEC:	Unidad Ejecutora Central

“Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud”

FORTALECIMIENTO DEL REGISTRO DE LAS PRESTACIONES
ENCUESTA EFECTORES AUDITADOS

Complejidad del efector	Primer Nivel <input type="checkbox"/>	Segundo Nivel <input type="checkbox"/>	Altura Uterina Consejería SS y R. Ev. De riesgo Firma Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Especialidad			5. Que datos registra en la atención por patologías prevalentes en niños y embarazadas (Pediátras /Generalistas/Ginecobstetras)	
Generalista	<input type="checkbox"/>		Fecha	<input type="checkbox"/>
Ginecobstetra	<input type="checkbox"/>		Talla	<input type="checkbox"/>
Pediatría	<input type="checkbox"/>		Plan	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>		Firma	<input type="checkbox"/>
			Peso	<input type="checkbox"/>
			Diag/ MC	<input type="checkbox"/>
Años de ejercicio profesional			6. Que tipo de instrumento para registro utiliza (Médicos y Enfermeras)	
<5 años	<input type="checkbox"/>		HCBP	<input type="checkbox"/>
5-10 años	<input type="checkbox"/>		Fecha pediátrica	<input type="checkbox"/>
>a 10 años	<input type="checkbox"/>		HC	<input type="checkbox"/>
			HC Informatizada	<input type="checkbox"/>
			Cuaderno de enfermería	<input type="checkbox"/>
Horas de atención semanal			7. Cuales cree que son las causas asociadas al registro de las prestaciones	
<10 horas	<input type="checkbox"/>		(Priorizar las causas ordenando de 1 a 5)	<input type="checkbox"/>
10-20 horas	<input type="checkbox"/>		Disponibilidad de instrumentos de registro	<input type="checkbox"/>
>20 horas	<input type="checkbox"/>		Factor tiempo	<input type="checkbox"/>
			Complejidad de los instrumentos de registro	<input type="checkbox"/>
			Logística administrativa interna	<input type="checkbox"/>
			Dispersión de los registros	<input type="checkbox"/>
1. Cantidad promedio de pacientes atendidos/día			8. Conoce las normas de atención en salud MI?	
<5 pacientes	<input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
entre 5 y 10 pacientes	<input type="checkbox"/>			
+ de 10 pacientes	<input type="checkbox"/>		9. Conoce el sistema de registro según lo sistematizado por Plan Nacer? (DOM)	
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. Cuanto tiempo promedio le demanda cada paciente			10. Como consideraría la calidad del registro en su centro de salud	
<10 minutos	<input type="checkbox"/>		Muy bueno	<input type="checkbox"/>
10-20 minutos	<input type="checkbox"/>		Bueno	<input type="checkbox"/>
+20 minutos	<input type="checkbox"/>		Regular	<input type="checkbox"/>
			No hay registro	<input type="checkbox"/>
3. Que datos registra en el control del niño sano (Generalistas y pediatras)				
Fecha	<input type="checkbox"/>			
Peso	<input type="checkbox"/>			
Talla	<input type="checkbox"/>			
Percentil	<input type="checkbox"/>			
PC	<input type="checkbox"/>			
IMC	<input type="checkbox"/>			
Firma	<input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="checkbox"/>			
4. Que datos registra en el control del embarazo (Generalistas y Ginecobstetras)				
Fecha	<input type="checkbox"/>			
Peso	<input type="checkbox"/>			
Talla	<input type="checkbox"/>			
TA	<input type="checkbox"/>			

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

"Plan Nacer en Córdoba: una herramienta de gestión para los equipos de salud"
