

Carrera:
Magíster en Salud Pública

Facultad de medicina – U.N.N.E.

Tesis

Autor : María Marta Lacoste de Vallejos

Director de tesis : Alberto C. Palladino

Tema

Utilización del laboratorio en el control de embarazo en un hospital rural. Efectos de la retroalimentación de la información en el comportamiento de los médicos.

Corrientes, octubre de 2.000

INDICE

	Páginas
Introducción.....	04
Hipótesis.....	05
1 - Objetivos del estudio.....	06
2 – Generalidades: Lugar donde se realizó el estudio.....	07
2 – 1. Localización geográfica y sanitaria.....	07
2 – 2. Institución sanitaria seleccionada.....	08
2 – 3. Motivo de selección de la institución.....	09
3 – Primer tema propuesto:	
3 – 1. Justificación de la elección.....	10
3 – 2. Marco teórica referencial:	
3 – 2 – 1. Características de un sistema de salud A.P.S.....	11
3 – 2 – 2. Servicio de laboratorio del hospital.....	11
3 – 2 – 3. Sistemas de registros hospitalarios.....	14
3 – 2 – 4. Efecto de la tecnificación de los servicios.....	18
3 – 2 – 5. Programa Materno Infantil.....	19
3 – 2 – 6. Propuesta Normativa Perinatal.....	20
3 – 2 – 7. Utilización del laboratorio institucional.....	24
4 – Metodología de trabajo:	
4 – 1. Diseño del trabajo.....	25
4 – 2. Implementación:	
4 – 2 – 1. Definición de caso.....	28
4 – 2 – 2. Procedimiento.....	28
4 – 2 – 3. Intervención.....	31
5 – Análisis de datos encontrados:	
5 – 1. Respecto a las parturientas atendidas.....	38
5 – 2. Respecto al servicio de laboratorio.....	39
5 – 3. Respecto al carnet perinatal base.....	40
5 – 4. Respecto a los controles clínicos prenatales.....	41
6 – Presentación de los datos :	
6 – 1. Respecto a las parturientas atendidas.....	41
6 – 2. Respecto al servicio de laboratorio.....	43
6 – 3. Respecto al carnet perinatal base.....	47
6 – 4. Respecto a los controles clínicos prenatales.....	49
7 – Discusión de los datos.....	51
7 – 1. Respecto a la intervención.....	51
7 – 2. Respecto a la ampliación de la oferta del servicio.....	53

8 – Conclusiones finales.....	56
9 – Sugerencias.....	58
10 – Bibliografía.....	60
11 – Anexos:	
11 – 1. Comparación de laboratorios hospitalarios.....	63
11 – 2. Carnet Perinatal Base.....	64
11 – 3. Historia clínica personal base.....	65
11 – 4. Planilla de datos del 1er. trimestre.....	66
11 – 5. Planilla de datos del 2do. Trimestre.....	68
11 – 6. Planilla de datos del 3er. trimestre.....	69
11 - Tablas comparativas complementarias:	
11 – 7. Respecto a la cobertura médica.....	71
11 – 8. Usuarias: grupo sanguíneo y controles clínicos.....	72
11 – 9. Paridad de las parturientas atendidas.....	73
11 –10. Parturientas totales con laboratorio completo.....	74
11 – 11. CPB registrado en la respectiva Historia Clínica....	75

INTRODUCCIÓN

La estrategia de atención primaria definida en Alma-Ata (1.978) y reafirmada en Riga (1.988) ha servido como base para que en la Región de las Américas, se elabore la propuesta de los sistemas locales de salud. El modelo de atención integral propuesto en los SILOS enfatiza, entre otras premisas, la promoción y prevención. La calidad y oportunidad en la atención de la salud se asegura por el complemento y enfoque en equipo coordinado, teniendo en cuenta todos los recursos de los que dispone. La eficiencia y eficacia social, se logran mediante el desarrollo coordinado de cada subsector. La atención en los SILOS está basada en la relación con la comunidad (modelo social y comunitario de atención) adaptando los conocimientos actuales a cada realidad en particular.

Basada en estas premisas, parecería lógico esperar que el funcionamiento de un servicio de diagnóstico de un centro de salud que funciona acorde a los basamentos elementales de APS, en una zona rural cuyas tasas de natalidad superan la media provincial y nacional, complemente la atención integrada del mismo.

El presente trabajo surge como inquietud desde un servicio de laboratorio hospitalario rural, ante una presunta subutilización del mismo por parte de los profesionales médicos de la institución. La propuesta desde el mencionado servicio, es testear la posibilidad de motivar adecuadamente a los profesionales involucrados, de manera tal de procurar cambios en las pautas conductuales de los mismos, utilizando como motivación la información originada en el mismo (retroalimentación).

El trabajo abarca por lo tanto, dos temas principales estrechamente vinculados:

1. La utilización real de un servicio de diagnóstico, específicamente del laboratorio, por parte de los profesionales médicos de un hospital rural, el cual funciona de acuerdo a elementales premisas de APS.
2. El comportamiento de los mencionados profesionales, ante planeamientos basados en las actitudes por ellos adoptadas.

HIPÓTESIS

La retroalimentación del desempeño profesional desde un servicio de diagnóstico, influye en la actitud de los profesionales médicos involucrados.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1- 1. General:

El presente trabajo pretende analizar el comportamiento de los profesionales médicos frente a la retroalimentación de la información desde el servicio de laboratorio. Tomando como base las normativas perinatales propuestas a nivel nacional e implementadas en la Provincia de Corrientes, se estudiarán las actitudes adoptadas por los médicos de un hospital rural relacionadas con la utilización del laboratorio.

1- 2. Específicos:

- a. Relacionar la utilización de un servicio de laboratorio rural frente a normas preestablecidas.
- b. Analizar los datos que evidencian una subutilización del servicio de laboratorio rural en el control de embarazo.
- c. Analizar el uso real y utilidad real (practicidad) de normas preestablecidas (carnet prenatal). Realizar una propuesta operativa.
- d. Analizar los cambios detectados en los registros perinatales por efecto de la retroalimentación hacia los profesionales médicos.

GENERALIDADES

2- REFERENTES AL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

2 – 1. Localización geográfica y sanitaria

La presente investigación se llevó a cabo en un hospital rural de Caá Catí, Departamento General Paz, Provincia de Corrientes. Dicha provincia forma parte de la región conocida como mesopotamia, en el Noreste de la República Argentina.

Los indicadores sanitarios de la Provincia de Corrientes, extraídos del Boletín de Indicadores Básicos año 1.999* (publicación del Ministerio de la Nación y OPS/OMS) son los siguientes:

	Del País	De Corrientes
Población	36.124.931 (100%)	896.418 (2.5%)
Tasa bruta de natalidad (%o habitantes)	18,9	25,5
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)	3,8	4,4
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	19,1	23,8
Porcentaje de población con NBI	19,3	30,4
Porcentaje de pobl. analfabeta (de 10 años y más)	3,6	9,3

* Datos: - población y Tasas corresponden a 1.998
- N.B.I. y pobl. Analfabeta corresponden al censo de 1.991

Las Estadísticas Vitales año 1.999 de la Provincia de Corrientes (última publicación provincial) refieren:

Tasa Bruta de natalidad Provincial: 22,7 ‰ hab.

Tasa Bruta de natalidad del Dto. Gral. Paz: 25,0 ‰ hab.

El Departamento de Gral. Paz tiene una población, según datos del censo de 1.991, de 13.700 habitantes. Como resultado del decrecimiento de la misma, el INDEC estima una proyección para el año 2.000 de 13.400 habitantes, los que vendrían a representar el 1,5 % del total provincial, con una distribución aproximada, de 5.600 habitantes en zona rural (42 %) y 7.700 en zonas urbanas (58 %), datos suministrados por el propio municipio.

La localidad de Caá Catí es la cabecera del Departamento y cuenta aproximadamente con 5.000 habitantes.

2 – 2. Institución hospitalaria seleccionada

El hospital “San Vicente de Paul” es el más importante del Departamento en cuanto a complejidad: Nivel III según clasificación de I a IX (*), cantidad y tipo de prestaciones y personal de planta permanente. El objetivo de este hospital es atender la demanda de aproximadamente 9.000 habitantes, distribuidos: 5.000 en zona urbana y 4.000 en zona rural de influencia.

En el mismo se realizan prestaciones asistenciales básicas, contando para ello con un plantel de profesionales formado por tres médicos generalistas, dos odontólogos, un bioquímico y un kinesiólogo, todos ellos de planta permanente y máxima disponibilidad horaria permitida en la administración pública provincial (40 hs. semanales). El resto del personal lo conforman 52 agentes, 15 de los cuales son personal de enfermería.

El hospital cuenta con 28 camas de internación, distribuidas en distintos sectores: 6 para crónicos, 4 para partos, 4 para mujeres en general, 4 para niños y 10 camas dispuestas en habitaciones semi-

(*) Clasificación adoptada en Corrientes de lo sugerido por la 6ª “Reunión Nacional de Autoridades de Salud de la Nación”, Mendoza, 1.969. El Nivel III representa al hospital con internación no diferenciada y es la categoría a la que pertenecen la mayoría de los hospitales rurales de la Provincia.

privadas (5 salas de 2 camas cada una) de uso indiferenciado. Su tasa de ocupación promedio es inferior a 30%(*).

Como todo hospital de baja complejidad, el principal motivo de internación se debe a partos, registrándose un promedio de 120 partos/año(**).

La Institución atiende en promedio: 14.200 consultas médicas/año y 820 internaciones/año(**).

Económicamente se financia con el presupuesto provincial e ingresos genuinos generados por la aplicación de la Ley Provincial N° 3.593/80 (“De arancelamiento hospitalario”). Esta ley autoriza el retorno económico a los nosocomios por medio de facturación a obras sociales, mutuales, seguros, etc. o por implementación de un bono contribución voluntario. En el caso específico del servicio de laboratorio, cuando los pacientes solicitan el mencionado bono contribución, el aporte que realizan es mínimo y no compulsivo. No se realiza ningún tipo de discriminación o diferencia entre quienes adquieren o no el citado bono (se apela a la responsabilidad de los usuarios).

2 – 3. Motivo de selección de la Institución:

El motivo por el cual fue seleccionado dicho hospital, obedece a que la tesista es personal de planta permanente del mismo y por tal motivo, conoce el movimiento de cada sector. Por tratarse de una institución “pequeña”, el personal se conoce en su totalidad y mantienen entre sí un trato de tipo “familiar”. La relación que mantienen los profesionales, puede calificarse como cordial.

Esta investigación contó con la autorización del Director del hospital (para indagar y revisar registros hospitalarios), y el apoyo y la excelente predisposición del personal administrativo, especialmente de la sección estadísticas y archivos.

(*) Zurita G. A., Meretta C. O. “Accesibilidad, calidad y eficiencia de la atención de los hospitales públicos en el Nordeste de Argentina” Facultad de medicina – UNNE- 1.997

(**) Datos propios de la Institución. Promedio de los datos elevados mensualmente al “Departamento Estadísticas” del Nivel Central del Ministerio de Salud Pública de Corrientes durante los años 1.995, 1.996 y 1.997.

3 – REFERENTES AL TEMA DE ESTUDIO PROPUESTO

3 – 1. Justificación de la elección:

La inquietud surge en el propio servicio de laboratorio hospitalario rural, como consecuencia del análisis estadístico del mismo (promedio de los registros del último año):

- 44 pacientes/mes
- 3,2 análisis/paciente

Si consideramos por mes 26 días hábiles (los domingos se consideran no trabajados), esto se traduce en:

- 1,7 paciente/día
- 5,4 análisis/día

La impresión del profesional a cargo del servicio, era que el mismo estaba siendo subutilizado por parte de los profesionales médicos.

Comparando la producción del servicio hospitalario, con otros de características similares en cuanto a complejidad, personal y tipo de prestaciones ofrecidas, nos encontramos con cifras muy dispares(*): Ver [Tablas comparativas de laboratorios](#)

HOSPITAL	Pacientes/mes	Análisis/mes	Anál./Paciente	Cons.médica**/Pte.lab
de Gral. Alvear	119,6	755,7	6,3	10,5
de San Luis del Palmar	234	983,9	4,2	9,2
de Caá Catí	44	140,4	3,2	24,3

(*) Datos correspondientes al año 1.999, proporcionados por la Subdirección de Bioquímica del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes a partir de las “Planillas de producción” elevadas mensualmente desde los respectivos servicios.

(**) Relación entre datos anuales: consultas médicas institucionales/pacientes del respectivo servicio de laboratorio. Del informe anual de “Producción de Servicios” de Estadística del Ministerio de Salud Pública de Corrientes.

Esta comparación refiere simplemente distintas utilizations de servicios similares, pero no permite asegurar si un determinado servicio está siendo mal utilizado (ya sea sub o sobreutilizado).

Con el objeto de corroborar la presunción inicial (presunta subutilización), se intentó primeramente analizar distintas patologías atendidas en el nosocomio y constatar la utilización del laboratorio en la confirmación del respectivo diagnóstico y/o tratamiento (ej.: en infecciones urinarias, anemia parasitaria y tuberculosis entre otros). Considerando la diversidad de criterios por un lado y el real aporte del servicio, muchas veces limitado por la provisión de reactivos, se decidió finalmente tomar una situación fisiológica suficientemente estudiada y normatizada (embarazo) y comparar los registros generados a nivel local con las normas vigentes en la provincia (Propuesta Normativa Perinatal – Ministerio de Salud y Acción social de la Nación).

3 – 2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3– 2– 1. Características de un sistema de salud basado en APS.

Según apreciaciones de personal jerárquico de nivel conductivo (*) del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes, el sistema sanitario estatal implementado actualmente responde a las premisas de atención primaria, reconociendo su importancia vital en el logro de la salud para todos (propuesta desde Alma-Ata en 1.978). Para lograr esta meta, resulta necesario plantear actividades integradas de prevención, fomento, tratamiento curativo y rehabilitación.

(*) Entrevista personal realizada a la titular de la Subsecretaría Normativa del Ministerio Dra. Susana Vidales.

Todo sistema sanitario de distrito basado en la atención primaria de la salud, atiende a una población bien definida que reside en una zona claramente delimitada, como el caso que nos ocupa.

En Argentina, la mayor parte de los hospitales rurales carecen de la complejidad de los urbanos. Operativamente correspondería encuadrarlos, más precisamente, como centros de salud con interacción (indiferenciada). El funcionamiento se asemeja más a éstos últimos (considerando los servicios que brinda), con una estrecha relación entre el personal y los usuarios (empatía).

Considerándolo como un centro de salud, podríamos afirmar que brinda (teóricamente) ventajas específicas sobre hospitales con mayor tecnología, respecto a: atención curativa primaria, atención preventiva y contacto con la población.

La verdadera fuerza del Centro de Salud, reside en su potencial de establecer relaciones humanas con la población de referencia, lo cual solo es posible si logra la confianza de los usuarios. Dicha confianza está relacionada con la capacidad que tenga para responder a la demanda, fundamentalmente de actividades preventivas y curativas.

Desde el punto de vista de los usuarios, haciendo un análisis meramente económico, resulta más conveniente referirse al centro de salud local antes de optar por otro de mayor complejidad distante 135 Km (en Corrientes Capital) o uno de similar complejidad distante a 30 Km (vecina localidad de San Miguel). Si bien existen buenos caminos, el costo del traslado medido en pesos o en función del tiempo requerido es para muchos usuarios limitante.

La atención en los Centros de Salud integra en forma práctica todas las experiencias y actividades de programas verticales (orientados a resolver un problema concreto) como así también de los programas horizontales (con enfoques de mayor integralidad) orientados a resolver conjuntos de problemas como el programa materno-infantil.

La prestación de servicios en los Centros de Salud debe coordinar la utilización de la tecnología disponible, integrando los conocimientos pero sin dejar de considerar las costumbres y valores propios de la población de referencia. Se debe garantizar la **calidad en la atención** dispensada, considerando los recursos existentes y los conocimientos médicos actuales.

La eficacia en la atención de los Centros de Salud se logra mejorando el acceso y aumentando la capacidad resolutoria del mismo. El laboratorio de análisis, colabora concretamente posibilitando diagnósticos, controlando y siguiendo los casos sobre bases ciertas (no de impresiones clínicas subjetivas).

Las características técnicas del servicio de laboratorio del hospital que nos ocupa, se detallan a continuación:

3- 2- 2. Servicio de laboratorio del hospital:

- **CARACTERÍSTICAS GENERALES:**

Este servicio, integrado ediliciamente a la institución, funciona a cargo de un profesional bioquímico y una técnica de laboratorio. En casos excepcionales, se afecta al servicio un personal de enfermería para realizar extracciones. De esta manera se garantiza **continuidad en la atención** (ya que constantemente existe personal en el servicio, propio o afectado provisoriamente).

El horario de atención es de lunes a sábado, de 7.00 a 13.00 hs. y guardias pasivas el resto del día y fines de semana. Las extracciones se realizan de 7.00 a 9.30 hs. para los residentes en la localidad, pero esta limitación horaria no se tiene en cuenta si los pacientes provienen de zonas rurales. Los resultados habitualmente se entregan al día siguiente; en casos de internados o urgencias, en el día.

El laboratorio tiene capacidad como para brindar prestaciones de rutina: química, hematología, parasitología, serología y bacteriología básica (coloraciones directas para gram o baciloscopías, urocultivos y antibiogramas). Si bien cuenta con personal capacitado y equipamiento necesario, las prestaciones ofrecidas no son constantes, dependiendo de la existencia de reactivos de trabajo. Estos son adquiridos por compra directa del hospital en el momento que existan fondos disponibles y decisión del director (no son provistos por el nivel central).

- **PRODUCCIÓN DEL SERVICIO:**

Del análisis de las “planillas de producción del servicio”, elevados mensualmente al sector “Estadística” del Ministerio de Salud Pública (nivel central) durante el año 1.999, surge que el servicio realiza en promedio 3,2 análisis/paciente. Las cifras de producción se detallan en la siguiente tabla:

	Anual	Mensual	Diario
Pacientes	528	44	1,7
Análisis	1.685	140	5,4

- **UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS:**

Existen estudios que relacionan la distinta utilización de los servicios preventivos, con factores tales como:

- **El nivel socioeconómico de las usuarias** (parturientas): Existen evidencias (*) que concluyen que “... los usuarios de niveles socioeconómicos bajos recurren más a la consulta con médicos generalistas pero utilizan menos a los especialistas y a las prácticas preventivas que sus homólogos de niveles socioeconómicos alto.”(**)
- **Los distintos estilos de la práctica clínica de los profesionales** que se desempeñan en el hospital estudiado: “ La utilización de los servicios estaría determinada por el estado de salud, pero también por la oferta y los estilos de la práctica clínica” (***) Basados en esta evidencia, si se normatiza el “estado de salud” (controles de embarazo) y la “oferta” (un mismo servicio de laboratorio), la utilización de los servicios estaría relacionada directamente con los estilos de práctica clínica de los profesionales médicos.

3- 2- 3. Sistemas de registros hospitalarios

Resulta fundamental para todo Centro de Salud, contar entre otras cosas, con un sistema de información que permita recolectar datos sobre la situación de salud y la prestación de servicios. Formado por una dotación básica de recursos humanos, físicos e insumos acordes a la capacidad del centro de salud, de modo tal que posibilite llevar a cabo este tipo de actividades.

Para el presente estudio resultaron primordiales los datos obtenidos de los registros hospitalarios.

(*) Investigaciones sobre determinantes de la salud y desigualdades:

Mustard CA, Frohlich N. **“Socioeconomic status and health of the population”**. Medical Care 1995; 33(suppl):DS43-54.

(**) RossNP, MustardCA. **“Variation in health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canadá: Does the system work well? Yes and no”**. The Milbank Quarterly 1997;75:89-111.

(***) RossNP, Black C, Frohlich N, DeCoster RC, Cohen M, Tataryn DJ, Mustadr CA, Ross LL, Toll F, Carriere KC, Burchill CA, MacWilliam L, Bogdanovic B. **“Population health and health care use: an information system por policy makers”**. Milbank Quarterly 1996;74:3-31

Se detalla a continuación el sistema múltiple de registros de pacientes, implementado en el Hospital “San Vicente de Paul” de Caá Catí, el cual consta de:

- a. **Planilla de consultorio externo:** donde se anotan los pacientes por orden de llegada para la consulta con los distintos profesionales, la completa el profesional correspondiente y al finalizar la jornada es archivada y destinada a la sección estadística del hospital

- b. **Fichas individuales:** este sistema relativamente nuevo para la institución, ha sido implementado desde hace aproximadamente dos años por exigencias del nivel central. Si bien al comienzo costó su implementación, en la actualidad se lo emplea habitualmente ya que ha sido aceptado y normatizado tanto por parte de los médicos como de los propios usuarios. Las fichas están disponibles en la sección de admisión, primer contacto con los pacientes al solicitar los turnos para las distintas consultas profesionales. En la práctica diaria se asientan en estas fichas, las consultas médicas ambulatorias exclusivamente solicitadas por consultorios externos.

- c. **Historias clínicas personales:** implementada por medio de carpetas, mediante las cuales sistemáticamente quedan registradas, en la sección de archivos, todas las internaciones realizadas en el hospital. Cuando un paciente se interna en la institución, toda la información referida a ese episodio se coloca en la “Carpetas de internación” en enfermería. Cuando el paciente se retira del nosocomio, los datos son incorporados a su carpeta personal e individual: “Historia clínica personal”. Si el paciente no registra internaciones anteriores, se le habilita una.

- d. **Carnet perinatal base (CPB):** Esta planilla implementada según normativas recibidas de nivel central (propuestas a su vez

desde nación), la completa el profesional que realiza el control y es entregada a la propia embarazada. Queda en poder de ésta hasta el parto, momento en que la entrega a la institución y se la incluye en la carpeta de la historia clínica personal (la Institución no implementó aun el uso de la Historia Clínica Perinatal Base, detallada más adelante).

- e. **Registros en cada uno de los servicios.** En el caso particular del laboratorio, cuenta con un “libro de entrada” foliado, ordenado cronológicamente y varios registros especiales por tipo de determinación: química y serología, hematología, orina, materia fecal y bacteriología.

- f. **Registro de partos.** En el caso específico de los partos, en la propia sala habilitada para este tipo de atención figura un libro foliado donde se asienta el hecho con los datos de la parturienta, recién nacido, y atención recibida.

- g. **Registro de nacimientos:** Consiste en una carpeta en la cual queda archivada copia de la documentación que se remite al Registro Civil. Operativamente se implementa este trámite en el sector de archivos.

- h. **Cuaderno de Novedades de enfermería:** Como se trata de un servicio que constantemente se encuentra cubierto, en este cuaderno se asientan todas las novedades específicas del servicio y generales a la Institución: hora de los ingresos y egresos de pacientes (y profesional responsable), llegada y salida de ambulancias y/o mercaderías diversas (leche, medicamentos, etc.), partos (asentando la hora exacta del mismo, peso del recién nacido, personal que atendió y estado de la madre y recién nacido), etc. Para el presente trabajo resultó de suma utilidad como posteriormente se detallará.

3- 2- 4. Efecto de la tecnificación de los servicios

Respecto a la salud de la mujer, en todo el mundo se ha observado un fomento en la educación, el empleo y la participación en la atención de la salud. Esto dio lugar en la actualidad a un compromiso más firme de lograr la equidad en lo referente a su atención.

En general, en todo el mundo, se ha comprobado que la demanda de asistencia sanitaria es superior a la oferta. Corrientes y particularmente Caá Catí no es una excepción.

Por otro lado, las nuevas tecnologías han influido en los servicios de diagnóstico y apoyo de tratamientos en forma positiva, contribuyendo al desarrollo de servicios preventivos de atención primaria de salud. Es conocido el hecho de que, al tener tecnología apropiada a disposición de los usuarios, ésta genera demanda (espontánea) por parte de los mismos. Por otro lado existe lo que el economista Víctor Fuchs denomina “imperativo tecnológico” o sea, el impulso de recurrir a todas las posibilidades tecnológicas que se disponga para tratar cada caso (sin tener en cuenta su eficacia)(*). Esto habitualmente, suele ser causa de frecuentes sobreocupaciones de los servicios de salud, especialmente los de diagnóstico.

Con el objeto de normatizar el uso de los mismos garantizando al mismo tiempo la calidad en la atención médica, se crearon diversos programas como el “Programa Materno Infantil” (ProMIn).

(*) Neri Aldo “Salud y política social” Cap.II - Buenos Aires, 1.993

3- 2- 5. Programa Materno Infantil

Este programa horizontal en particular, creado en 1.993 y financiado por el Banco Mundial, fue diseñado por técnicos locales tomando, con normativas UNICEF, una población objetivo y utilizando técnicas de focalización específicas. El objetivo principal del programa es el de bajar las tasas de mortalidad infantil.

El programa está dirigido a grupos vulnerables: niños menores de 6 años, embarazadas y mujeres en edad fértil. Este programa involucra otros subprogramas (acción social, educación, etc.) articulados a nivel provincial o municipal de acuerdo a las posibilidades (*).

Encuadrándose en este programa, la Dirección de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, y considerando:

- Las altas tasas de mortalidad materna y perinatal en muchas zonas del interior del país.
- El déficit en la calidad de la atención y la inaccesibilidad a los servicios de control de embarazo
- La falta de normativas comunes que permitan integrar los servicios materno infantiles (interjurisdiccionalmente).
- Las nuevas estrategias destinadas a lograr eficiencia y equidad en la atención.
- La implementación de normas generales destinadas al control de calidad, al financiamiento (arancelamiento), la descentralización, establecimiento de redes, etc.

decidió actualizar y unificar las normas vigentes al momento, para lo cual formuló en 1.993 la **PROPUESTA NORMATIVA**, utilizada hasta el presente en todo el País.

(*) Escudero, José Carlos “La construcción de una hegemonía: el Banco Mundial en la salud argentina” – X Conferencia de la Asociación Interamericana de Políticas de Salud-1.998- Perugia.Italia.

Esta Normativa actualizada, se implementó mediante la realización de talleres locales, provinciales y regionales con entrega de elementos necesarios para desarrollarla. Se completó con la edición y distribución a todos los niveles de dicha propuesta implementada en 4 tomos. De ellos, el **Tomo I** corresponde a la **Propuesta Normativa Perinatal**.

Tomando el caso del Hospital de Caá Catí, del taller de aplicación de las Normativas desarrollado a nivel Provincial, tomaron parte activa uno de los médicos, una enfermera y un agente sanitario. Además fue entregado oportunamente material, elementos para el control y siete ejemplares de los distintos tomos editados: uno para cada profesional médico (3 en total), supervisores intermedios del programa APS (2 en total) y dos para la biblioteca de la Institución (a disposición de todo el personal).

Como se ha mencionado, el Programa se encuentra actualmente en vigencia, remitiéndose mensualmente al nivel central las planillas individuales de control de embarazadas, de niños sanos y desnutridos. El tiempo de implementación y alcance de la normativa, sumado al principal motivo de internación del hospital local (los partos), justifican el conocimiento por parte de todo el personal del Centro de Salud de la mencionada normativa (conocimiento que varía de acuerdo a la actividad real que desempeña cada personal dentro de la institución).

3- 2- 6. Propuesta Normativa Perinatal (Tomo I)

En este tomo, se desarrolla la propuesta normativa para la atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Se basa en normas de atención de baja complejidad, sustentadas por conocimientos científicos actualiza-

dos, que consideran los modernos avances tecnológicos pero se adaptan a cada realidad y situación local.

Si bien la Propuesta Normativa Perinatal induce a los efectos provinciales y locales a que formulen sus propias Normas Locales de atención (basados en el documento original) contemplando cada realidad en particular, la Provincia de Corrientes ha adoptado el documento original sin efectuarle cambio alguno.

El documento define a la atención prenatal, como una serie de entrevistas programadas de la embarazada con el equipo de salud, destinadas a fomentar la salud de la madre y del feto en gestación, vigilando la evolución del embarazo. Para estos objetivos, la organización de los servicios de salud resulta fundamental.

El control prenatal eficiente queda definido como aquel que cumpla cuatro premisas:

- Precoz, para poder implementar acciones de salud oportunas.
- Periódico, considera que la frecuencia adecuada, para un embarazo de bajo riesgo, es de **cinco controles como mínimo** (y ocho si la embarazada es desnutrida).
- Completo: que garanticen efectivas acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud
- De amplia cobertura, que minimicen problemas de accesibilidad.

Propone una serie de actividades para ir desarrollando en las distintas consultas prenatales. Dedicar especial importancia a la primera consulta, minimizando su valor si se realiza en forma tardía. La considera como **oportunidad perdida** si no logra un examen lo más completo posible, teniendo en cuenta que puede ser la única oportunidad en que la embarazada tome contacto con el centro de salud.

Con el objeto de normatizar el Control Prenatal, propone el uso entre otros, de la **Historia Clínica Perinatal Base** (de aquí en más **HCPB**) y **del Carnet Perinatal Base (CPB)** (ver figuras Anexo). Se tratan de formularios-base con preguntas y sus respuestas consignadas en forma de cruz, que representan una minuciosa y completa anamnesis, resumen lo que los expertos consideran información mínima indispensable requerida para este tipo de control. Ambos tienen similar formato, diferenciándose fundamentalmente en el material sobre el cual están impresos:

- La **HCPB** (Historia Clínica Perinatal Base) es una sola hoja impresa, de bajo costo, destinada a quedar en poder del Centro de Salud. El reverso contiene una lista con códigos de patologías, indicaciones y medicamentos que en la práctica diaria y en servicio rurales como el que nos ocupa (sin computadoras) no registra utilidad alguna (Anexo 11-3 – ver: [HCPB](#)).
- El **CPN** (Carnet Perinatal Base) confeccionado en cartulina (mayor durabilidad), quedará en poder de la embarazada para facilitar la transmisión de información considerada básica. El reverso contiene cuadros de utilidad profesional, datos personales de la embarazada (igual que en el anverso) y un espacio limitado para indicación de exámenes complementarios, hospitalización y observaciones en general (Anexo 11-2 – Ver: [CPB](#)).

Operativamente el “**CPB**” se encuentra dividido en tres sectores:

- **El primero:** Relacionado con la evolución del embarazo, destinado a registrar los datos inherentes a la embarazada: antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo en curso.
- **El segundo:** Relacionada con el parto y el recién nacido: atención recibida, duración del mismo, edad gestacional, presentación y tamaño fetal, etc.

- **El tercero:** Relacionado con el egreso institucional: datos del recién nacido y de la madre al momento del alta médica.

Refiriéndose específicamente a la utilización del servicio de laboratorio, la Normativa Perinatal propone realizar mínimamente las siguientes determinaciones:

	CONSULTAS				
	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.
Diagnóstico de embarazo	x				
Grupo sanguíneo y factor Rh	x				
Detección de Sífilis (V.D.R.L.)	x			x	
Determinación de hemoglobina	x		x		
Examen de orina	x	x	x		
Detección de diabetes gestacional	x			x	

Estos análisis son considerados mínimos, ya que por otra parte también hace alusión a otra variedad de estudios, los cuales requieren insumos más costosos, complejidad y aparatología como ser: Coombs Indirecta (solamente para los casos en que se justifique), HIV, hepatitis B, urocultivo, Chagas, Brucelosis, Toxoplasmosis, y otras patologías endémicas o regionales.

3- 2-7. Utilización del laboratorio Institucional respecto a las normativas en vigencia

Considerando la propuesta de la Normativa Perinatal respecto a los controles mínimos de laboratorio a realizar a cada embarazada (presentada en el ítem anterior) y datos estadísticos del propio servicio de laboratorio, registrados durante el año 1.999 y 2.000 – ver: [Datos comparativos 1.999-2.000](#) (se presentan los registrados en el primer trimestre de cada año) surge la siguiente tabla comparativa:

		1.999	2.000	Normativa
Consulta/embarazadas		2,7	2,9	5
Uso del laboratorio	Con grupo y factor	50 %	47,5 %	100 %
	Con análisis completo	10 %	17,5 %	100 %

En la cual:

- Consulta/embarazada son los datos promedio que registró cada parturienta atendida en el hospital, durante el período indicado.
- La cantidad de controles/embarazo propuestos por Normativa, corresponde a los **mínimos** controles sugeridos para un embarazo de bajo riesgo.
- Los valores presentados en: “**Uso del laboratorio**”, corresponden a **frecuencias relativas** (registradas en el servicio o propuestas).

Los datos que relacionan la producción del servicio de laboratorio del Hospital de Caá Catí con:

- Servicios provinciales similares, presentados en 3-1.
- Normativas Perinatales en vigencia.

confirman la (hasta el momento presunta) subutilización del servicio del laboratorio de la institución.

Esta confirmación motivó el presente análisis.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

4- 1. DISEÑO DEL TRABAJO

El diseño del presente trabajo corresponde al de un estudio de intervención “**preexperimental**”. Este tipo de estudios no implica el uso de la aleatorización (para formar el grupo de estudio) ni el uso de un grupo independiente de control. Ambas características son requeridas en forma conjunta en los estudios experimentales, o una sola de ellas en los cuasiexperimentales (*).

Este tipo de diseño, utiliza únicamente un grupo en el cual se lleva a cabo la intervención. Se analiza la situación antes y después de la intervención para observar si se presenta cualquier diferencia en el problema observado. Por esta razón este tipo de estudios es frecuentemente conocido como de “antes-después”.

En el presente trabajo, el grupo de estudio sobre el cual se realizó la intervención, lo integraron los profesionales médicos de la institución. El problema observado fue la subutilización del servicio de laboratorio hospitalario en los controles de embarazo. El análisis se realizó en función de la información registrada en el “**CPB**” de cada parturienta atendida en el hospital local, durante el tiempo que demandó el estudio.

El presente trabajo se diagramó en función del tiempo, dividiendo operativamente el presente año en trimestres; el desarrollo del trabajo se llevaría a cabo durante los diez primeros meses (tres primeros trimestres y un mes más para el análisis, conclusiones y redacción final).

El diseño original propuesto contemplaba la realización de dos intervenciones motivadoras, las cuales se llevarían a cabo al finalizar los dos primeros trimestres (fin de marzo y fin de junio).

(*) Varkevisser C.M., Pathmanathan I., Brownlee A. “**Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud**” Serie de capacitación en investigación sobre sistemas de salud- Vol:2 Parte:1 , capítulo:9 - Libros del CIID, PO Box 8500, Ottawa, Canadá. 1995

Este diseño original resultó alterado debido a que al finalizar el segundo trimestre, la institución realizó una importante compra de reactivos e insumos para el laboratorio, lo cual permitió aumentar, en cantidad y variedad, los análisis ofrecidos por parte del servicio hospitalario. A criterio de la autora, dicha compra actuaría por sí misma como elemento motivador (nueva hipótesis a demostrar) considerando la expectativa que generó entre los profesionales médicos de la institución dicho aumento en las prestaciones ahora ofrecidas.

El presente trabajo culmina con el análisis de los cambios detectados luego de dos “motivaciones”: una intervención (marzo) y la compra de insumos (junio).

Tenemos así dos diseños del trabajo: el propuesto originalmente y el realmente aplicado:

4- 1- a. Diseño propuesto originalmente

- **Primer trimestre:** (enero a marzo/2000) investigación bibliográfica, por Internet y en terreno, recolección de datos y análisis estadístico preliminar a partir de los controles de las parturientas atendidas en el Hospital. Los datos del período serían comparados con los propuestos por normativa nacional. Esto permitiría corroborar o no la hasta ahora presunta subutilización del servicio de laboratorio. En caso de confirmarse la citada subutilización, el estudio continuaría con una primera intervención (fin de marzo) al finalizar el mismo.
- **Segundo trimestre:** (abril a junio/ 2000) continúa la recolección de datos del período y análisis estadístico a partir de los mismos, intentando detectar los cambios producidos respecto al trimestre anterior. Simultáneamente se continuaría con la investigación del marco teórico. Al finalizar el mismo se llevaría a cabo la segunda intervención (fin de junio).
- **Tercer trimestre:** (julio a septiembre/2000) Recolección de datos y análisis estadístico a partir de los controles de las parturientas atendidas en el período. Redacción y compaginación

de la investigación. Análisis final al finalizar el mes de septiembre.

- **Mes de octubre:** Elaboración de las conclusiones finales. Edición y presentación del trabajo.

4- 1- b. Diseño realmente aplicado:

- **Primer trimestre:** (enero a marzo/2000) investigación bibliográfica, por Internet y en terreno, recolección de datos y análisis estadístico preliminar a partir de los controles de las parturientas atendidas en el Hospital. Los datos del período fueron comparados con los propuestos por normativa nacional. Esto permitió corroborar la subutilización del servicio de laboratorio, por lo que finalizó con una intervención motivadora al finalizar el mismo.
- **Segundo trimestre:** (abril a junio/ 2000) continuó la recolección de datos del período y análisis estadístico a partir de los mismos, prestando fundamental atención a la detección de los cambios producidos respecto al trimestre anterior. Simultáneamente se continuó con la investigación del marco teórico. Al finalizar el mismo se llevó a cabo la ampliación de prestaciones del servicio, debidas a la compra de insumos realizada por la institución.
- **Tercer trimestre:** (julio a septiembre/2000). Recolección de datos y análisis estadístico a partir de los controles de las parturientas atendidas y de los estudios de laboratorio (ahora más completos) solicitados en el período. Redacción y compaginación de la investigación. Análisis final al finalizar el mes de septiembre.
- **Mes de octubre:** Elaboración de las conclusiones finales. Edición y presentación del trabajo.

Nota:

Al finalizar el tercer trimestre se llevó a cabo una nueva intervención (segunda en el año y fuera del diseño de la presente tesis), cuyos análisis y conclusiones se esperan poder realizar a partir de fin del año en curso (enero-febrero de 2.001).

4- 2. IMPLEMENTACIÓN

4- 2- 1. Definición de caso

Se tomó como **caso**, cada parto atendido en el Hospital “San Vicente de Paul” de Caá Catí durante el período comprendido entre el 01/01/00 y el 30/09/00 y registrado en el “Libro de partos” existente en la sala destinada a este fin.

4- 2- 2. Procedimiento

Se partió del registro existente en sala de partos (“Libro de Partos”) donde por norma institucional, se registran inmediatamente de producidos todos los partos atendidos en el hospital

Con el dato de cada parto allí registrado, se tomó contacto con la “Carpeta de internación” de la parturienta (en el sector enfermería). Dicha carpeta por norma, incorpora el “**CPB**” y toda la documentación del embarazo provista por la paciente en el momento de registrar la internación.

Para constatar el personal que atendió efectivamente el parto, se recurrió al “Cuaderno de Novedades de enfermería”.

Luego se procuró tomar contacto con la propia parturienta, cuando esto no fue posible se entrevistó a un familiar acompañante. Esto se realizó con el objeto de indagar fundamentalmente sobre la existencia de estudios complementarios que no se hubieran propor-

cionado en el momento de registrarse. También se aprovechó la oportunidad para completar datos faltantes en la “Carpeta de Internación” (ej.: cobertura social)

Habitualmente, toda embarazada que concurre al hospital solicitando cualquier motivo de atención (Ej.: médica, paramédica, odontológica, laboratorio, parto, etc.) debe portar dicho “**CPB**”. No obstante esta norma, se comprueba que en la práctica diaria, muchas mujeres concurren al parto sin este documento.

Para el presente trabajo, se procuró determinar las causas de la falta del documento:

- Si se debía a olvido de la misma (habitualmente por el apuro en llegar hasta el Hospital) se le solicitaba al familiar acompañante que completara el trámite requerido y alcanzara el documento hasta la institución.
- Si era por extravío de la misma, se procedía a la búsqueda de los datos necesarios para este trabajo en la carpeta de historia clínica personal (sector archivo), en las fichas individuales (sector arancelamiento), y registro del servicio de laboratorio.
- Si la causa obedecía a que la paciente se autorrefería desde de un lugar distinto al hospital, sin portar carnet o historia clínica de evolución del embarazo, pero manifestando embarazo controlado, se habilitaba un nuevo “**CPB**” en el cual se asentaban solamente todos los datos debidamente documentados proporcionados por la paciente: ecografías, laboratorio, etc.(quedando sin datos en el lugar correspondiente a los registros de los controles clínicos).
- En el caso de tratarse de una paciente autorreferida, sin “**CPB**” ni documentación de la evolución del embarazo (sin controles), igualmente se le habilitaba el carnet, el cual quedaba mayoritariamente incompleto.

Con el objeto de averiguar si los registros asentados en el “**CPB**” reflejaban la totalidad de controles realizados en ese Centro de Salud durante la gestación, se compararon los mismos con el resto los registros institucionales: ficha individual de admisión (proporcionada en el momento de solicitar la atención), registros del servicio de laboratorio y carpeta de historia clínica personal.

Si bien es sabido que toda búsqueda de datos primarios es sumamente lenta y dificultosa, esta tarea pudo llevarse a cabo considerando la cantidad de partos atendidos: 69 partos en el primer semestre (0.38 partos/día).

Respecto a las prestaciones de laboratorio, se consideraron solamente aquellas propuestas por normativa y que estuvieron disponibles constantemente durante todo el tiempo que demandó el trabajo, a saber: grupo sanguíneo, factor Rh, sedimento urinario, hematocrito (considerado supletorio de hemoglobina) y VDRL.

Para el presente análisis se consideró la utilización del servicio de laboratorio en base a: “Grupo sanguíneo y factor Rh” y “análisis completo”. Esta última clasificación incluye además de grupo sanguíneo y factor Rh, uno o más de los anteriormente mencionados: sedimento urinario, hematocrito y VDRL. Toda parturienta a la cual, durante el transcurso del embarazo, se le hubiera realizado **al menos uno** de los estudios mencionados, se contabilizó como caso positivo.

Los datos registrados durante el primer trimestre, constataron la subutilización del servicio de laboratorio. Esto dio lugar a una intervención motivadora con los profesionales involucrados (posteriormente detallada) y la continuidad del presente trabajo.

Durante los dos trimestres siguientes se continuó con la recolección de datos de la misma manera que en el primero. A partir del tercer trimestre fue aumentada la disponibilidad de reactivos de laboratorio lo que originó un aumento en la cantidad y variedad de prestaciones ofrecidas (análisis). No obstante, el estudio continuó respetando los propuestos originalmente desde el comienzo del mismo

Dichos datos, a medida que se obtenían de las distintas fuentes, se volcaron en una planilla diagramada al efecto (Ver: [Partos registrados en el primer trimestre de 2000](#)).

Durante el transcurso del trabajo, las planillas se completaron por trimestres separados, para facilitar así los cálculos de los valores promedio (días de internación, edad de la madre, paridad y peso del recién nacido) y la comparación entre trimestres.

Se registraron también datos que, si bien no contribuyeron directamente al presente estudio, se utilizaron para proporcionar a los profesionales médicos durante la intervención a fines de marzo como justificación o excusa de investigación, como la cantidad de partos discriminada según horario de ocurrencia.

4- 2- 3. Intervención: detalle del procedimiento

Para evitar que involuntariamente (o no), el conocimiento del presente estudio, pudiera afectar el proceder de los profesionales involucrados, se evitó en todo momento hacerles conocer el mismo.

La intervención se llevó a cabo en los últimos días del mes de marzo (miércoles 29/03/00), dentro de la misma Institución. Se buscó la oportunidad de reunir a todos los profesionales médicos que se desempeñaban en el centro de salud al momento del estudio, supuestamente para comentarles (nivel informativo) datos estadísticos característicos de la institución. En todo momento, se intentó evitar manifestar especial interés o importancia de la propia intervención por parte de la tesista.

La oportunidad se presentó un día hábil, entre semana, aprovechando la circunstancia que por razones climáticas la asistencia de pacientes al nosocomio era mínima y a la vez se encontraban presentes todos los profesionales involucrados (tres médicos y tesista).

Para la realización de la reunión informativa, se tomaron los recaudos necesarios como para que se desarrolle con total normalidad respecto a otras reuniones similares. Se evitó en todo momento, demostrar interés especial por parte de la informante.

Durante la misma se presentaron datos estadísticos generales a la institución (algunos de ellos correspondiente al año 1.999, como los referentes a partos) y los específicos del presente trabajo correspondientes al primer trimestre del año en curso.

Como ya se explicó anteriormente, la institución cuenta con varios ejemplares de las normativas perinatales vigentes en la Provincia, ubicados en la biblioteca de la Dirección. Antes de comenzar la reunión, dos ejemplares de la misma fueron dispuestos intencionalmente a la vista y alcance de los profesionales.

Durante el transcurso de la reunión, al tocar el tema de los partos uno de los médicos presentes, el que había tomado parte activa en los talleres de aplicación de las normas (como se mencionó anteriormente en 3-2-5), procedió en forma espontánea a la lectura de dichas normativas. Esto permitió contrastar entre todos los presentes, los datos propios generados localmente con los referidos por la bibliografía especializada.

- **RAZONES ESGRIMIDAS POR LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD:**

Al referirse a la documentación propuesta por normativa, los profesionales coincidieron en que la Historia Clínica Perinatal Base les insumía tiempo para completarla y “doble esfuerzo” considerando que todas las embarazadas consultantes portaban siempre su correspondiente Carnet Perinatal Base.

También se mencionó la cantidad de documentación que debe llenarse al finalizar cada parto, tanto la implementada por la propia institución como la exigida por el Registro Civil. Esta documentación “en paralelo” también insume mucho tiempo para su llenado.

En general los profesionales mostraron disconformidad ante lo que denominaron “el papeleo” que deben cumplimentar ante cada embarazada o parto (en realidad, ante cada paciente en general), lo cual les resta tiempo para otras consultas con sus pacientes habituales.

Mencionaron que el tiempo real disponible para las consultas con sus habituales pacientes, se encuentra condicionado por los horarios de los medios de transporte que los usuarios (fundamentalmente los de zonas rurales de influencia) utilizan para trasladarse de o hasta su domicilio. Esta situación, habitual en todo servicio rural, limita considerablemente el tiempo de la consulta médica.

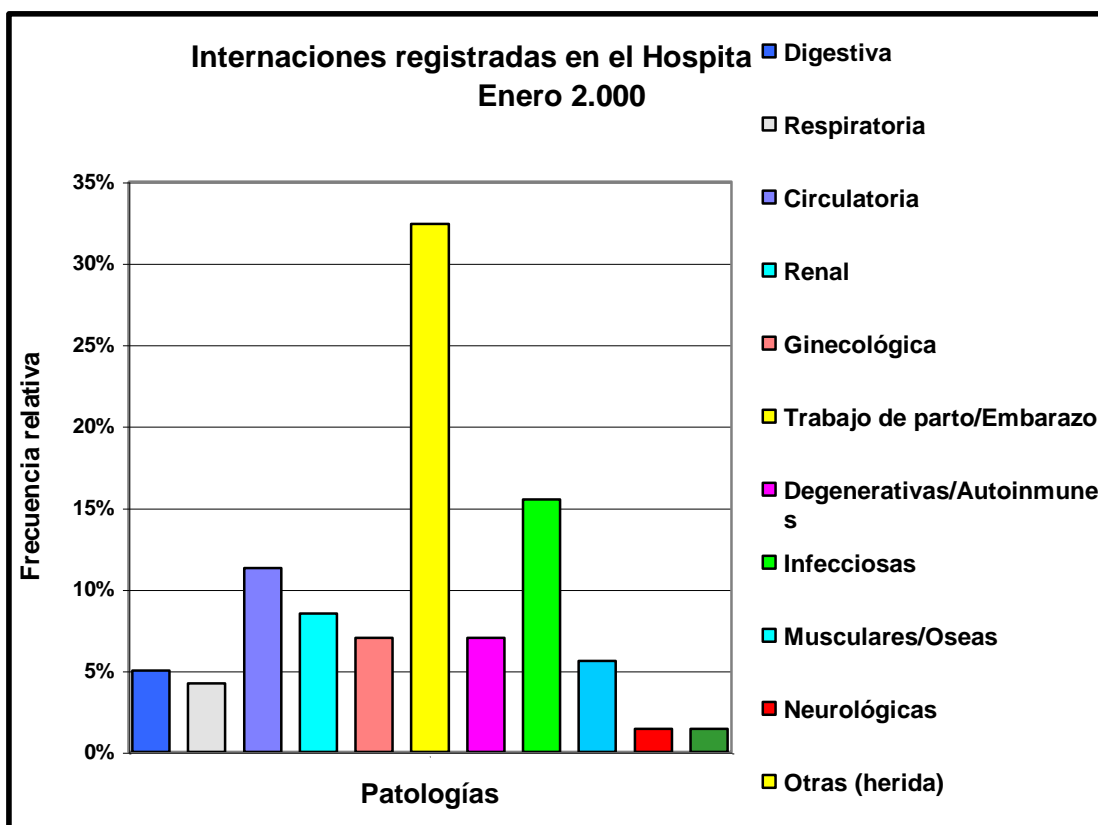
También se mencionó que, al tratarse de un centro de salud en el cual la empatía usuarios-personal es una realidad, los profesionales conocían a las embarazadas debido a las atenciones dispensadas en embarazos anteriores (teniendo en cuenta que la cantidad de embarazadas atendidas en el servicio no resulta muy elevada). Este “supuesto conocimiento” de las embarazadas, aparentemente era la principal causa de la baja prescripción de análisis de laboratorio.

Datos presentados durante la intervención

A continuación se presentan las tablas que fueron expuestas durante la intervención motivadora, a los profesionales de la institución.

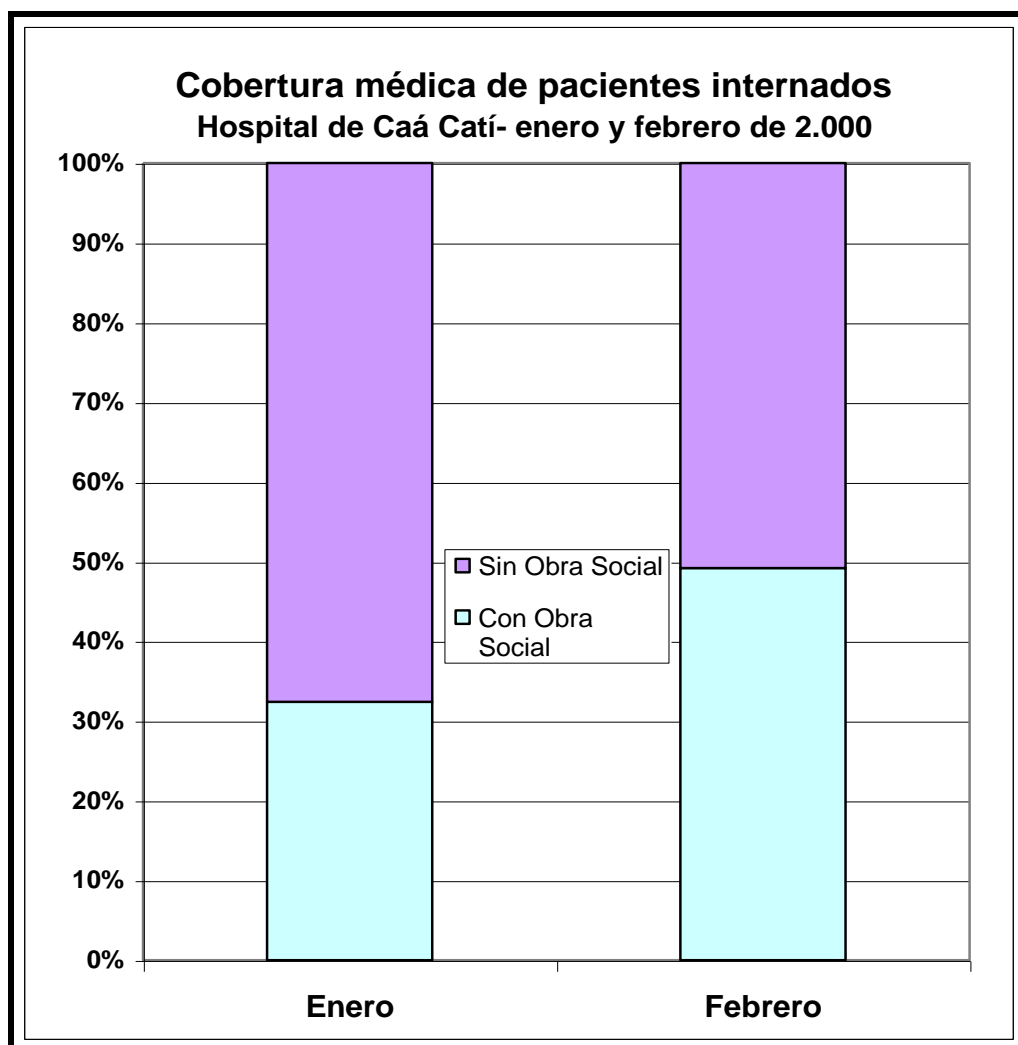
Datos estadísticos de la institución, referente a los motivos de internación registrados en forma mensual y discriminados por patología (correspondientes al mes de enero de 2.000).

Patología	Fr. Absoluta	Fr. Relativa
Digestiva	4	5,5 %
Respiratoria	3	4,2 %
Circulatoria	8	11,3%
Renal	6	8,5 %
Ginecológica	5	7,0 %
Trabajo de parto/Embarazo	23	32,4%
Degenerativas/Autoinmunes	5	7,0 %
Infecciosas	11	15,5%
Musculares/Oseas	4	5,6 %
Neurológicas	1	1,4 %
Otras (herida)	1	1,4 %
Total	71	100%



- Cobertura social de los pacientes internados en la institución durante los dos primeros meses del año en curso.

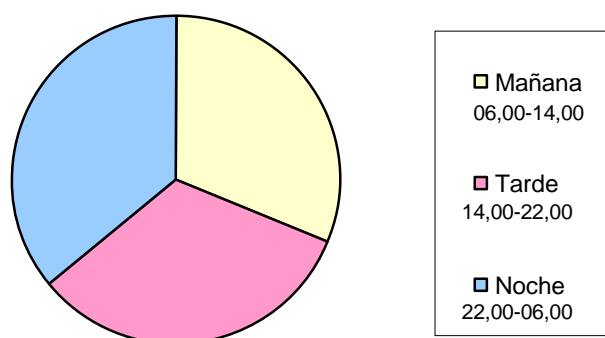
	Enero/00		Febrero/00	
	Frec.Abs	%	Frec. Abs.	%
Con Obra Social	23	32.4%	30	49.2%
Sin Obra Social	48	67.6%	31	50.2%
TOTALES	71	100,0%	61	100,0%



- **Partos hospitalarios atendidos en 1.999 diferenciados según horario de ocurrencia** (expresado en función del turno del personal de enfermería).

	Partos atendidos	
	Fr. Absoluta	Fr. Relativa
Mañana (06.00-14.00)	34	31%
Tarde (14.00-22.00)	36	33%
Noche (22.00-06.00)	39	36%
TOTAL	109	100%

Partos hospitalarios atendidos durante 1.999 según horario de ocurrencia



- **Cuadro comparativo de partos hospitalarios atendidos en el primer trimestre de 1.999 y de 2.000, diferenciados según el horario de ocurrencia.**

	1.999		2.000	
	Fr. Absoluta	Fr. Relativa	Fr. Absoluta	Fr. Relativa
Mañana	7	35 %	16	40,0 %
Tarde	8	40 %	9	22,5 %
Noche	5	25 %	15	37,5 %
Total	20	100 %	40	100 %

- **Datos comparativos de frecuencias de partos institucionales atendidos, en el primer trimestre 1.999-2.000**

		1.999		2.000	
		Fr.Absoluta	Fr. Relativa	Fr.Absoluta	Fr. Relativa
Partos atendidos		20	100%	40	100,0%
Primíparas		3	15%	9	22,5%
Uso del Laboratorio	Grupo y factor	10	50%	19	47,5%
	Análisis completo	2	10%	7	17,5%
Procedencia	Ciudad	11	55%	17	42,5%
	Externo	9	45%	23	57,5%

(*) En “**Análisis completo**”, teniendo en cuenta la realidad local, se considera además de grupo y factor Rh, **al menos uno** de los siguientes estudios por embarazada: sedimento urinario, hematocrito o VDRL

- **Promedios comparativos de datos relacionados con los partos institucionales atendidos, en el primer trimestre 1.999-2.000**

	1.999	2.000
Consultas/embarazadas	2,7	3,0
Edad materna en años	26	23,4
Peso Recién Nacido en gr	3.459,5	3.391

- **Comparación surgida durante la intervención, entre datos propios y los propuestos por la Normativa Perinatal en vigencia.**

		2.000	Normativa
Prom. consultas/embarazadas		3,0	5
Uso del Laboratorio(*)	Pedidos de grupo y factor	19 (47,5%)	40 (100%)
	Análisis completos	7 (17,5%)	40 (100%)

*) Tomando como base las 40 parturientas atendidas en el hospital, se citan los datos constatados localmente y los resultantes de la aplicación de Normativas.

ANÁLISIS DE DATOS

Comentarios

NOTA : todos los datos citados a continuación se refieren a las pacientes embarazadas cuyo parto se haya atendido y registrado en el Hospital “San Vicente de Paul” de Caá Catí, durante el transcurso de los tres primeros trimestres de 2.000

Seguidamente se presentan los análisis más relevantes realizados a partir de los datos obtenidos en el transcurso del presente estudio. Los datos genuinos y el resto de los análisis realizados, obtenidos a partir de las distintas fuentes ya mencionadas, se adjuntan en el anexo.

5 - 1) Respecto a las parturientas atendidas en el hospital de Caá Catí.

Detalle de las características generales de las parturientas atendidas durante el transcurso del estudio.

5 -1. A) **Datos promedios** registrados, en cada uno de los trimestres en que se realizó el estudio.

5 -1. B) Discriminación **según sean o no usuarias** del centro de salud, entendiéndose por usuarias aquellas que hallan registrado al menos un contacto previo al parto con el centro de salud (tengan un control clínico registrado o más).

5 - 2) Respecto al servicio de laboratorio:

A continuación se presentan distintos análisis, todos ellos relacionados con la utilización del servicio:

5 - 2. A) Control de grupo sanguíneo y factor Rh de las **primíparas** atendidas en la institución. Esta relación surge a consecuencia del “supuesto conocimiento” de las parturientas atendidas, manifestado por los profesionales de la institución.

5 - 2. B) Control de grupo sanguíneo y factor Rh de las **usuarias** del centro de salud. Para este caso se consideró como “usuaria” aquella parturienta que hubiera registrado al menos un control en su “CPB”. No se consideraron aquellas con “cantidad de controles= 0” registradas en la planilla de datos habilitada para cada trimestre (ver Anexo: [Registros del 1er. trimestre](#), [Registros del 2do. trimestre](#), [Registros del 3er. trimestre](#)). Se entiende que este tipo de pacientes, han sido derivadas o autoderivadas para atención del parto únicamente, ya sea por no haber recibido asistencia sanitaria durante la gestación o bien por ser usuarias de otro sistema sanitario (público o privado) diferente al Hospital de Caá Catí que nos ocupa.

5 - 2. C) Control de grupo sanguíneo y factor Rh de **todas las parturientas** atendidas **en función de la cobertura médica** de las mismas.

5 - 2. D) Control “completo” de las **usuarias** del centro de salud. Como ya se explicó anteriormente, este trabajo considera como “completo” aquellos casos que registren además de grupo sanguíneo y factor Rh, **al menos uno** de los siguientes estudios: sedimento urinario, hematocrito o VDRL (considerando la disponibilidad del servicio).

5 - 3) Respecto al carnet perinatal base:

Se presentan distintos análisis, que relacionan dicho carnet con el uso que se le da al mismo en la Institución estudiada y la información que proporciona.

5 - 3. A) Referente al “llenado integral” del “CPB”: Como se explicó oportunamente, dicho documento se encuentra dividido operativamente en tres sectores. El “llenado integral” del carnet se refiere al registro de datos constatado en los tres sectores que conforman el mismo. Los documentos perinatales que registraron datos en los **tres sectores** del mismo, fueron considerados como: “completos”.

5 - 3. B) Concordancia entre los análisis solicitados y los registrados en el “CPB”. Se compararon los registros del laboratorio institucional con los datos registrados en cada “CPB”, específicamente referente a los grupos sanguíneos de las embarazadas.

5 - 4) Respecto a los controles clínicos prenatales:

Se presentan relaciones entre la cantidad de controles clínicos realizados a las usuarias del Hospital de Caá Catí y los estudios de laboratorio registrados en sus correspondientes “CPB”.

5 - 4. A) Discriminación de la cantidad de controles clínicos de cada usuaria del hospital, registrado en el “CPB”.

5 - 4. B) Relación entre las parturientas usuarias del centro de salud, sin grupo sanguíneo en función de la cantidad de controles clínicos registrados en su respectivo “CPB”.

6 - Presentación de los datos:

6 - 1) Respecto a las parturientas atendidas en el hospital de Caá Catí.

6 - 1. A) Datos promedio registrados, en cada uno de los trimestres en que se realizó el estudio.

	1° Trim	2° trim	3° trim
Cantidad de partos	40	29	35
Promedio edad materna	23,4	24,5	28,6
Paridad promedio	3,5	4,2	3,9
Peso de Recién Nacido promedio	3.391	3.270	3.145
Promedio cantidad control/embar.	3	3,6	3,4
Días de internación promedio	3,8	3,8	2,8

Comentario:

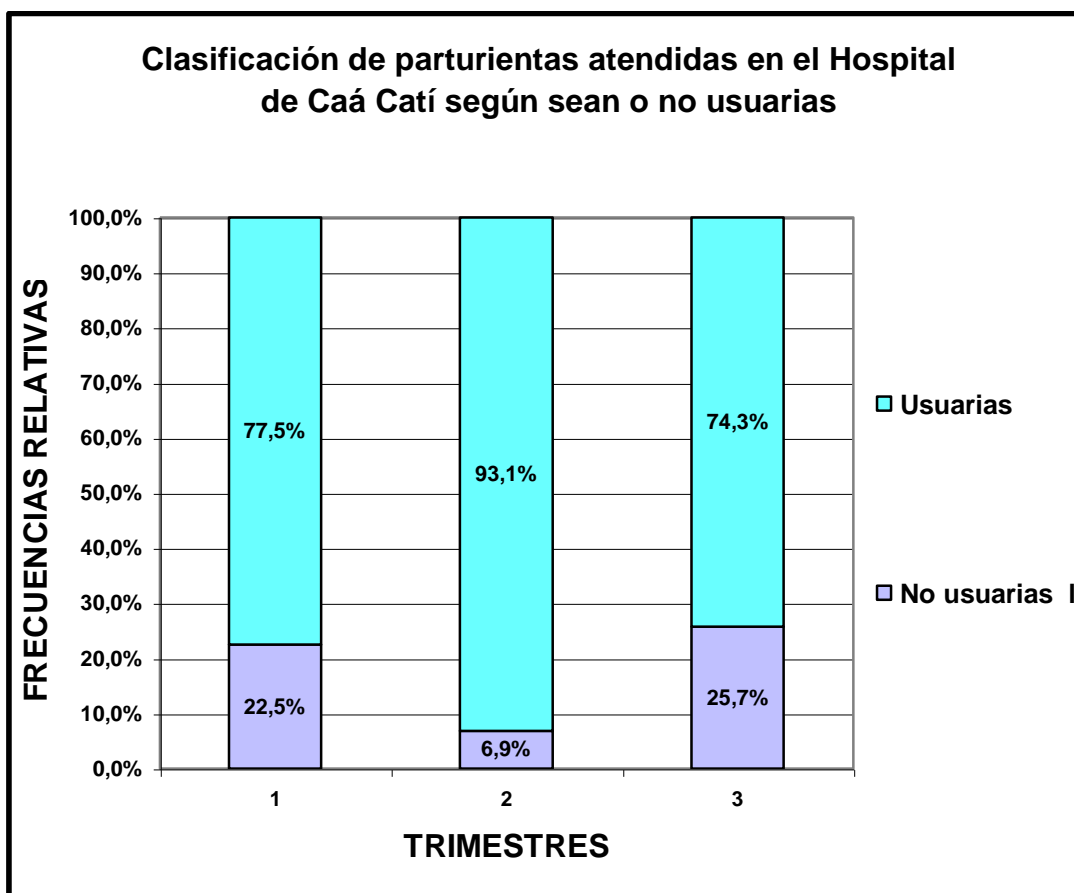
Los valores registrados en los tres trimestres resultan ser muy similares entre sí, excepto en “Días de Internación”. Este resulta ser un caso especial que no permite obtener conclusiones válidas referente a la propia Institución asistencial, debido a que los valores que se registran del mismo suelen obedecer a causas ajenas al nosocomio (Ej. : caso de menores, en los cuales influye el juzgado actuante - [Ver 1er.Trimestre](#) , [Ver 2do.Trimestre](#)).

Llama también la atención que en el primer trimestre, donde se observa el menor promedio de controles por cada embarazo, se registre el mayor peso promedio de los recién nacidos.

6 - 1. B) Discriminación según sean o no usuarias del centro de salud, entendiéndose por usuarias aquellas que hallan registrado

al menos un contacto previo al parto con el centro de salud (tengan un control clínico registrado o más)

Parturientas	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
No usuarias	9	22,5%	2	6,9%	9	25,7%
Usuaris	31	77,5%	27	93,1%	26	74,3%
Total	40	100,0%	29	100,0%	35	100,0%



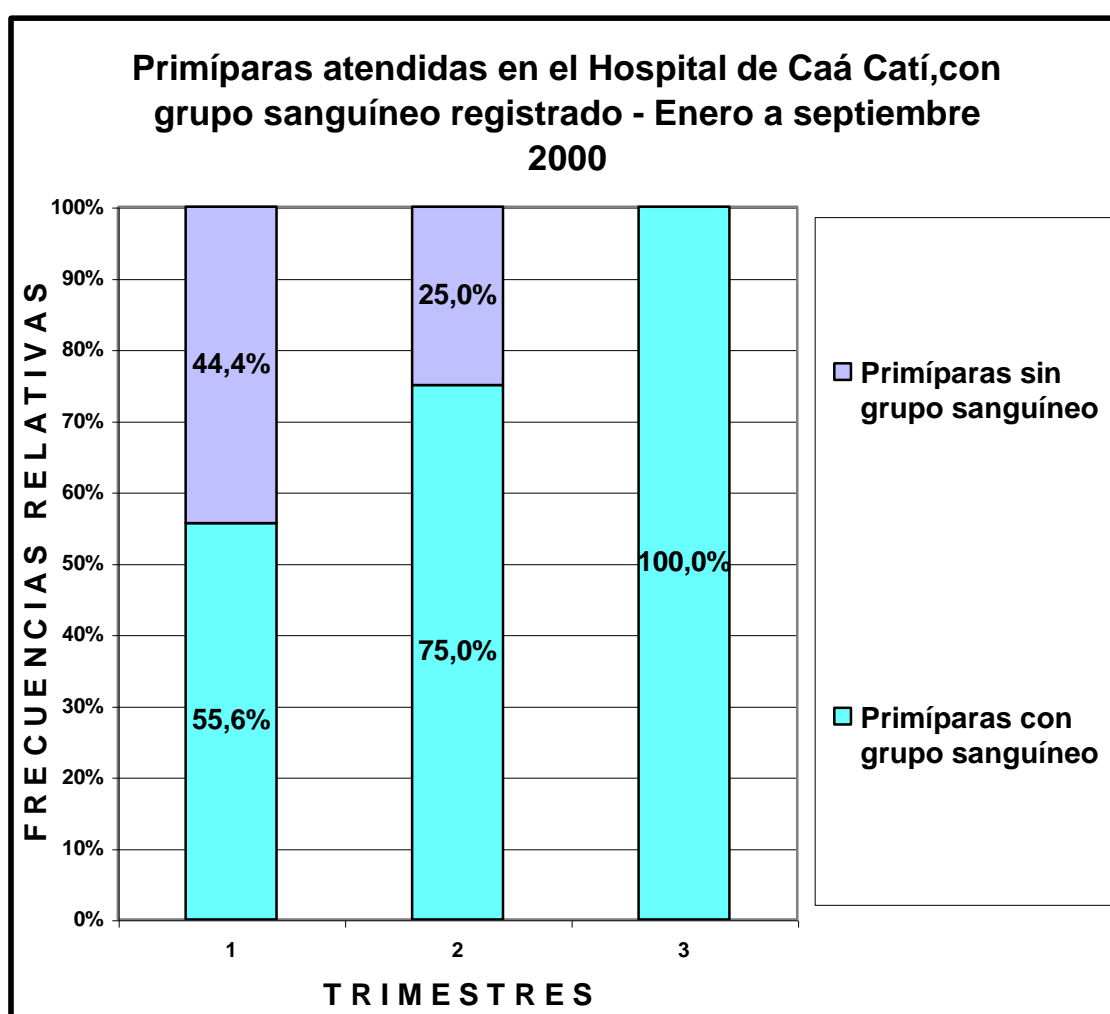
Comentario::

En los tres trimestres estudiados, la cantidad de **usuarias** atendida se mantuvo relativamente constante (X = 28). En el segundo trimestre particularmente, las parturientas atendidas resultaron ser mayoritariamente usuarias del centro de salud.

6 - 2) Respecto a la utilización del servicio de laboratorio:

6 - 2. A) Grupo sanguíneo y factor Rh de las primíparas atendidas en el servicio.

Primíparas	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con grupo sanguíneo	5	55,6%	3	75,0%	3	100,0%
Sin grupo sanguíneo	4	44,4%	1	25,0%	0	0,0%
Total	9	100,0%	4	100,0%	3	100,0%

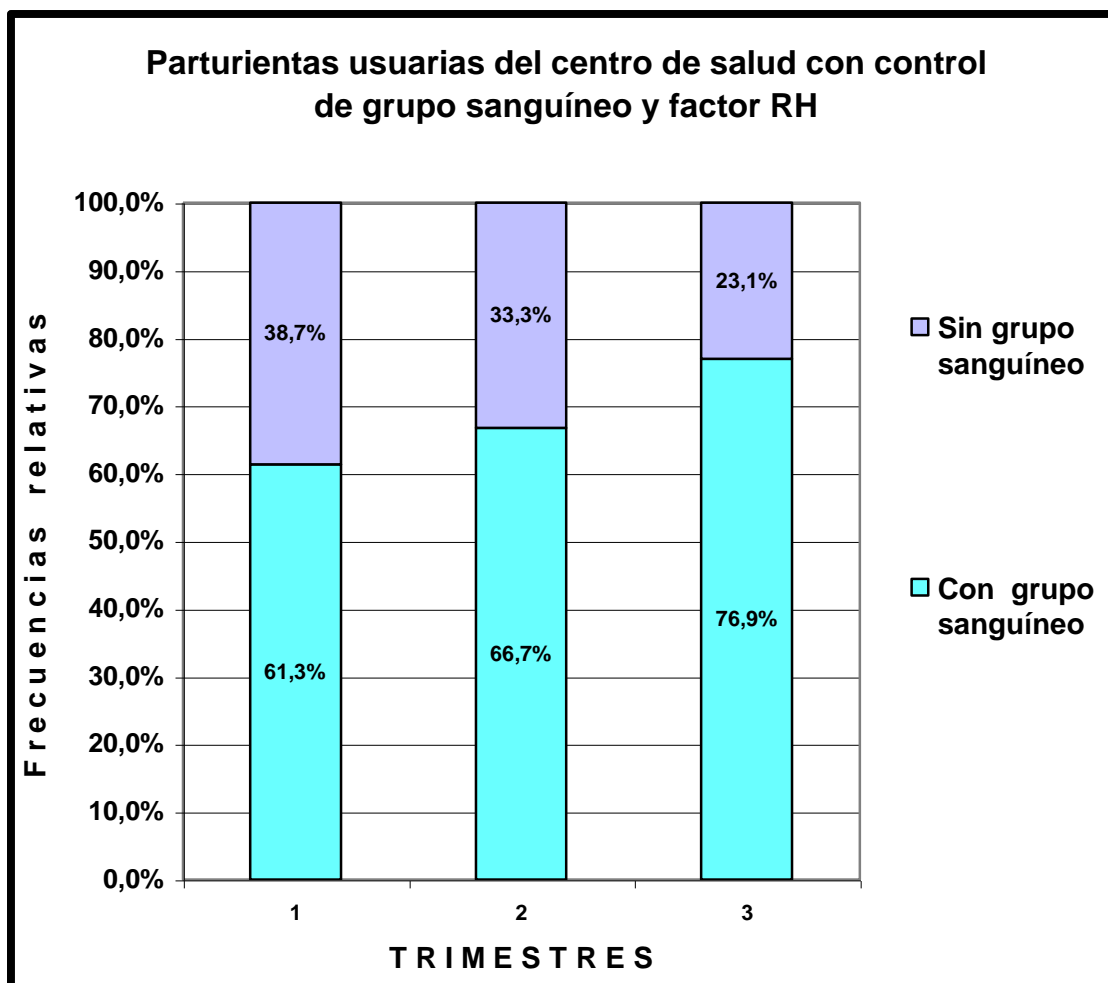


Comentario:

Si bien son pocas las primíparas atendidas, se registra un notable y relativamente constante aumento en los controles de grupo sanguíneo: 35% entre el primero y el segundo trimestre y 33% entre el segundo y tercer trimestre, llegando en este caso a los valores propuestos por normativa.

6 - 2. B) Grupo sanguíneo y factor Rh de las usuarias del Hospital de Caá Catí.

Parturientas Usuarias	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con grupo sanguíneo	19	61,3%	18	66,7%	20	76,9%
Sin grupo sanguíneo	12	38,7%	9	33,3%	6	23,1%
Total	31	100,0%	27	100,0%	26	100,0%

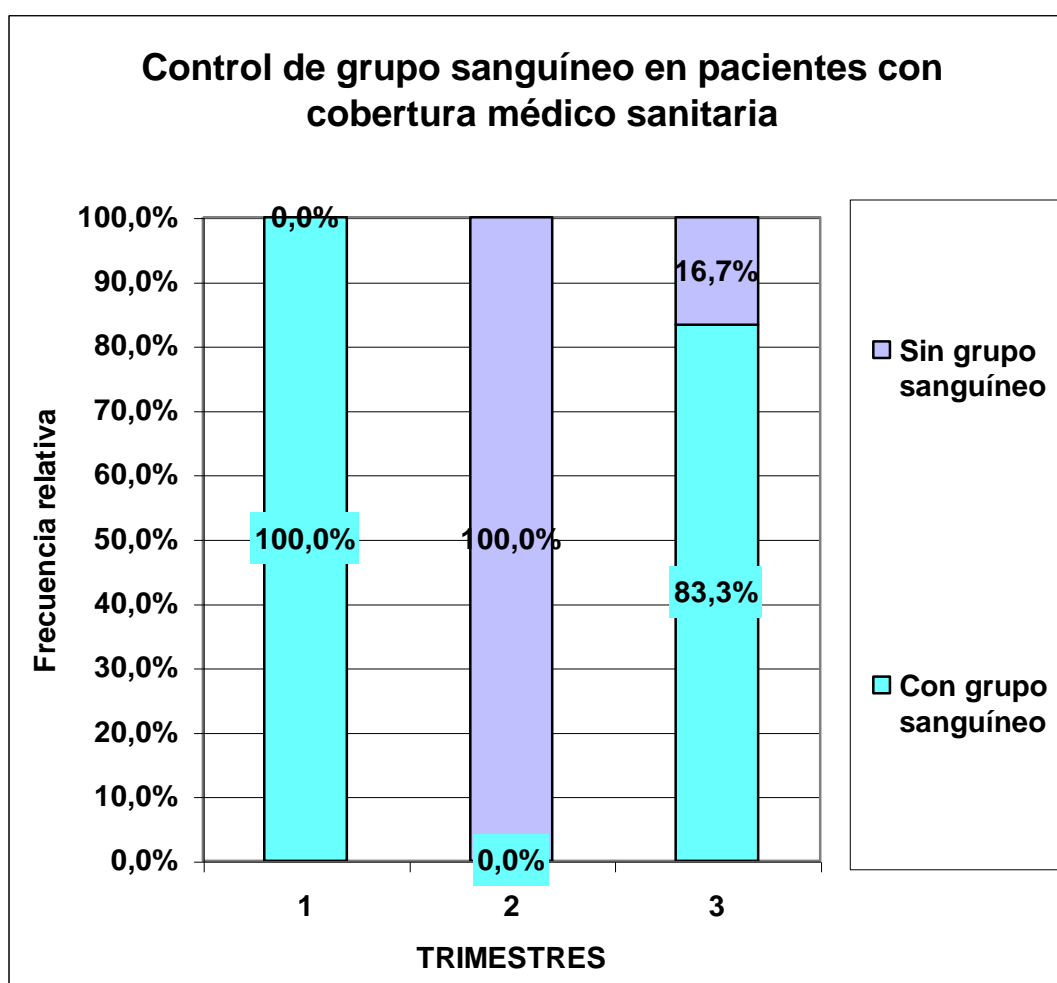


Comentario:

Este cuadro considera exclusivamente los datos de las “usuarias” del Hospital (parturientas que hayan registrado al menos un control prenatal). Los controles de grupo sanguíneo manifiestan un incremento entre los trimestres analizados, siendo mayor el aumento el registrado entre el segundo y tercer trimestre (15,3%) que entre el primero y el segundo (8,8%). A pesar de ello, aun continúan lejos del 100,0% propuesto por normativa.

6 - 2. C) Grupo sanguíneo de las parturientas con cobertura médico sanitaria (obra social). Complementa: Anexo 11-7 [Par-turientas atendidas con obra social](#)

Cobertura médica	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con grupo sanguíneo	4	100,0%	0	0,0%	5	83,3%
Sin grupo sanguíneo	0	0,0%	2	100,0%	1	16,7%
Total	4	100,0%	2	100,0%	6	100,0%

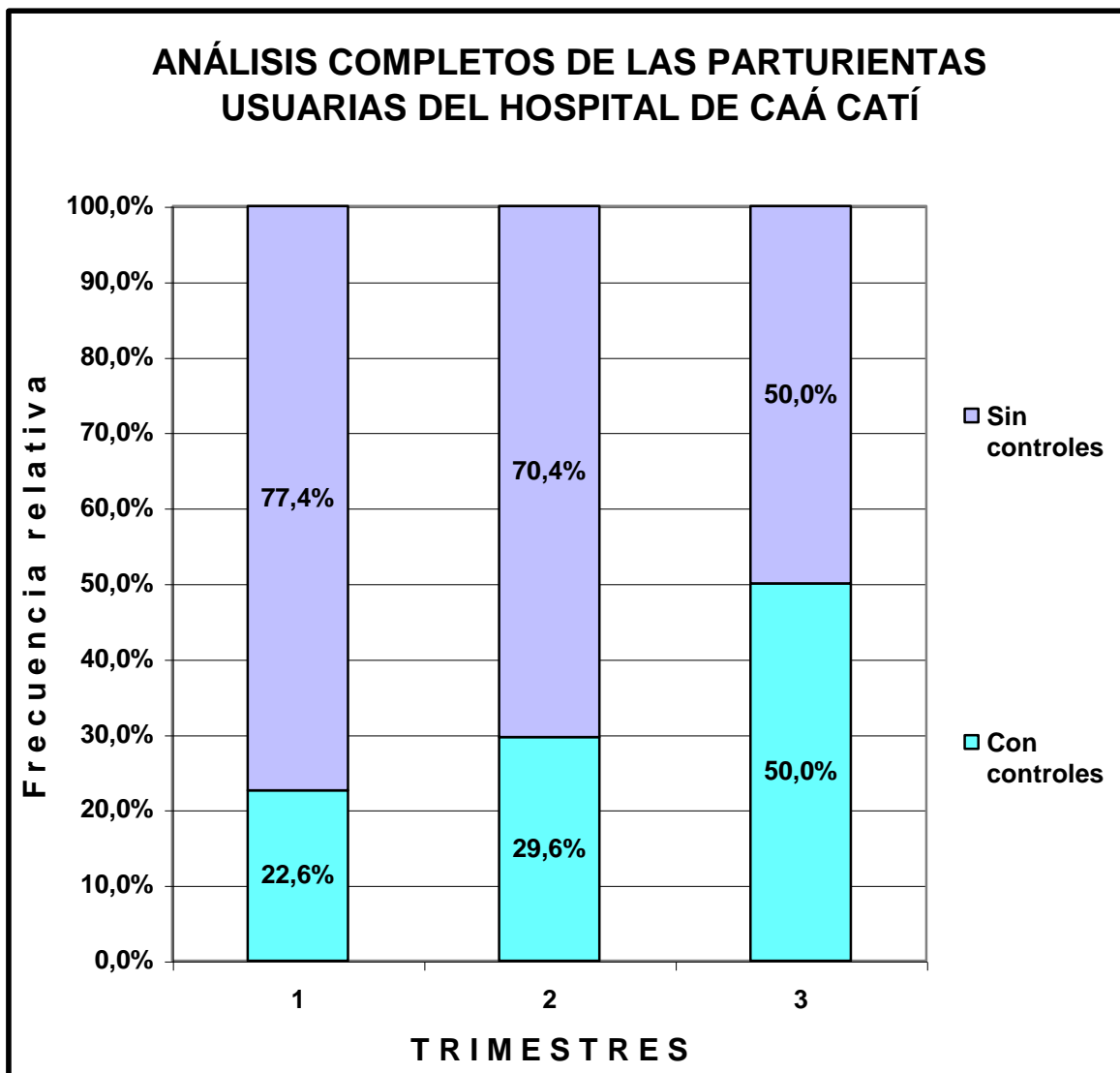


Comentario:

En el primer trimestre la totalidad de las pacientes con obra social presenta control de grupo sanguíneo. En el segundo, ninguna de las parturientas con obra social presenta grupo sanguíneo. En el tercero y último, la mayor parte de las parturientas con obra social controlaron su grupo sanguíneo.

6 - 2. D) Detalle de los análisis “completos” de las usuarias del Hospital de Caá Catí.

	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con controles completos	7	22,6%	8	29,6%	13	50,0%
Sin controles completos	24	77,4%	19	70,4%	13	50,0%
Total	31	100,0%	27	100,0%	26	100,0%



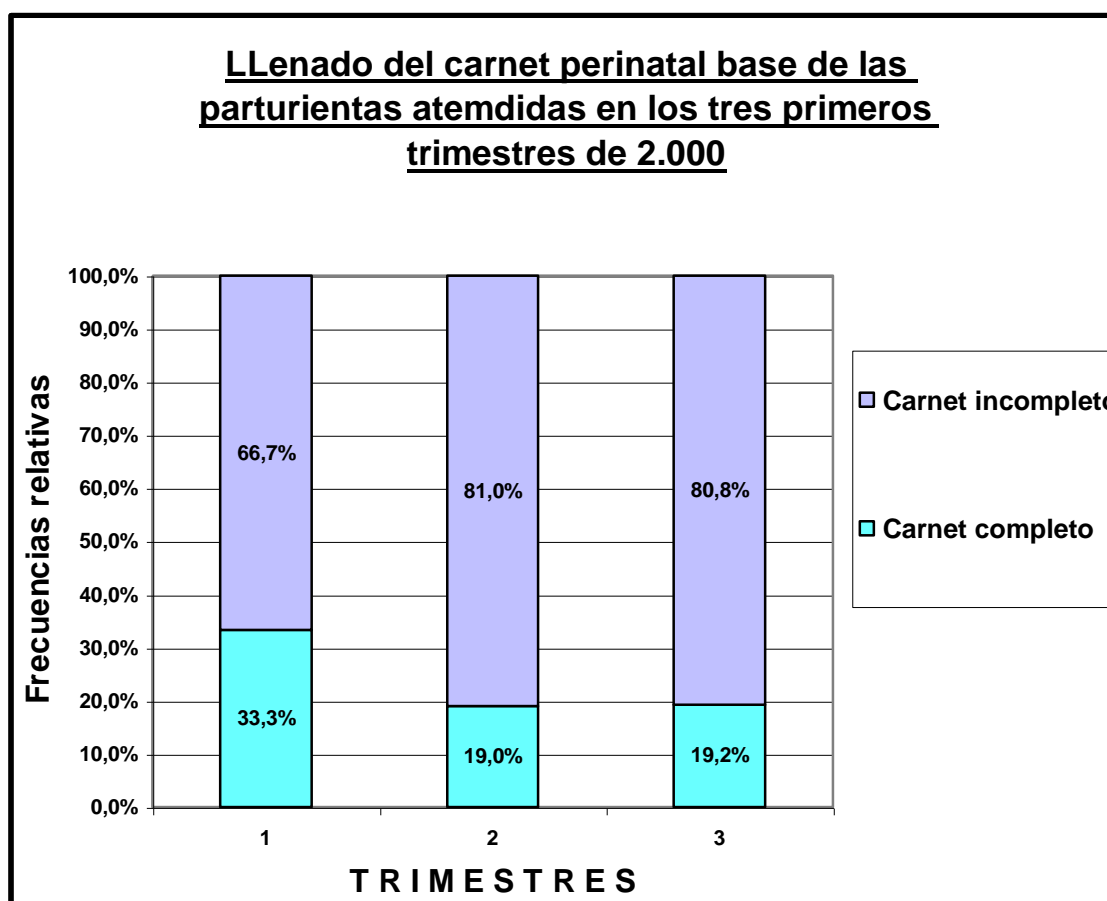
Comentario:

La cantidad de controles de laboratorio solicitado a las “usuarias” del centro de salud, evidencia un incremento a partir del primer trimestre. Dicho aumento es mayor entre el segundo y tercero (68,9%), que entre el primero y el segundo (31,0%).

6 - 3) Respecto al carnet perinatal:

6 - 3. A) Referente al “llenado integral” del CPB. Como se mencionó anteriormente, el “llenado integral” del carnet se refiere al registro de datos constatado en los tres sectores que conforman el cuerpo del mismo. Los documentos perinatales que registraron datos en los **tres sectores**, fueron considerados como: “completos”.

	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Carnet completo	9	33,3%	4	19,0%	5	19,2%
Carnet incompleto	18	66,7%	17	81,0%	21	80,8%
Total	27	100,0%	21	100,0%	26	100,0%

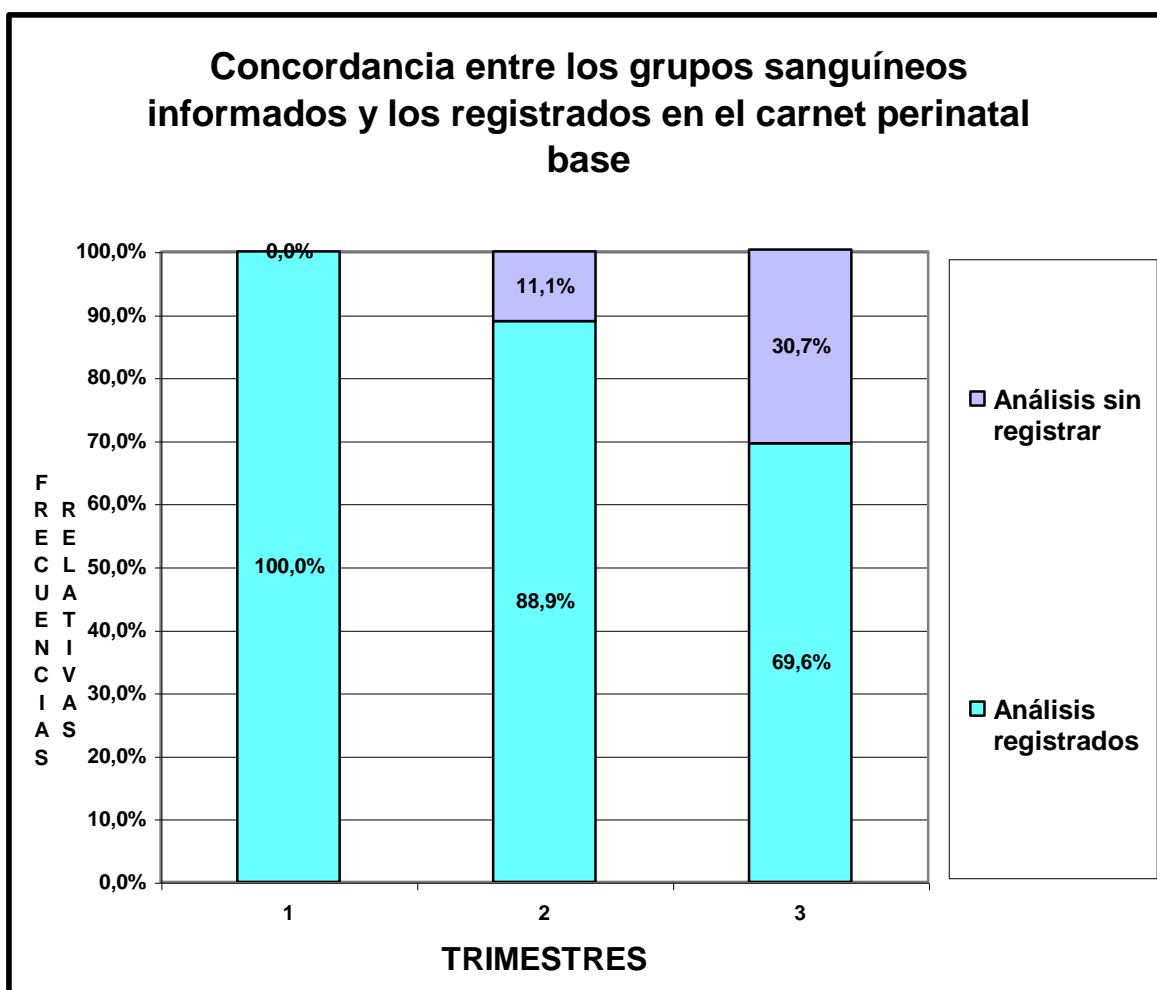


Comentario:

Los registros completos de los “CPB” (refiriéndose al llenado integral de los tres sectores que lo conforman) experimentan un decrecimiento notable. Los valores más favorables se registran en el primer trimestre; disminuyen en el segundo trimestre (en un 42%), manteniéndose relativamente constante en el tercero.

6 - 3. B) Concordancia entre los análisis solicitados y los registrados en el CPB.

	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Análisis solicitados	19	100,0%	18	100,0%	23	100,0%
Análisis registrados	19	100,0%	16	88,9%	16	69,6%
Análisis sin registrar	0	0,0%	2	11,1%	7	30,7%



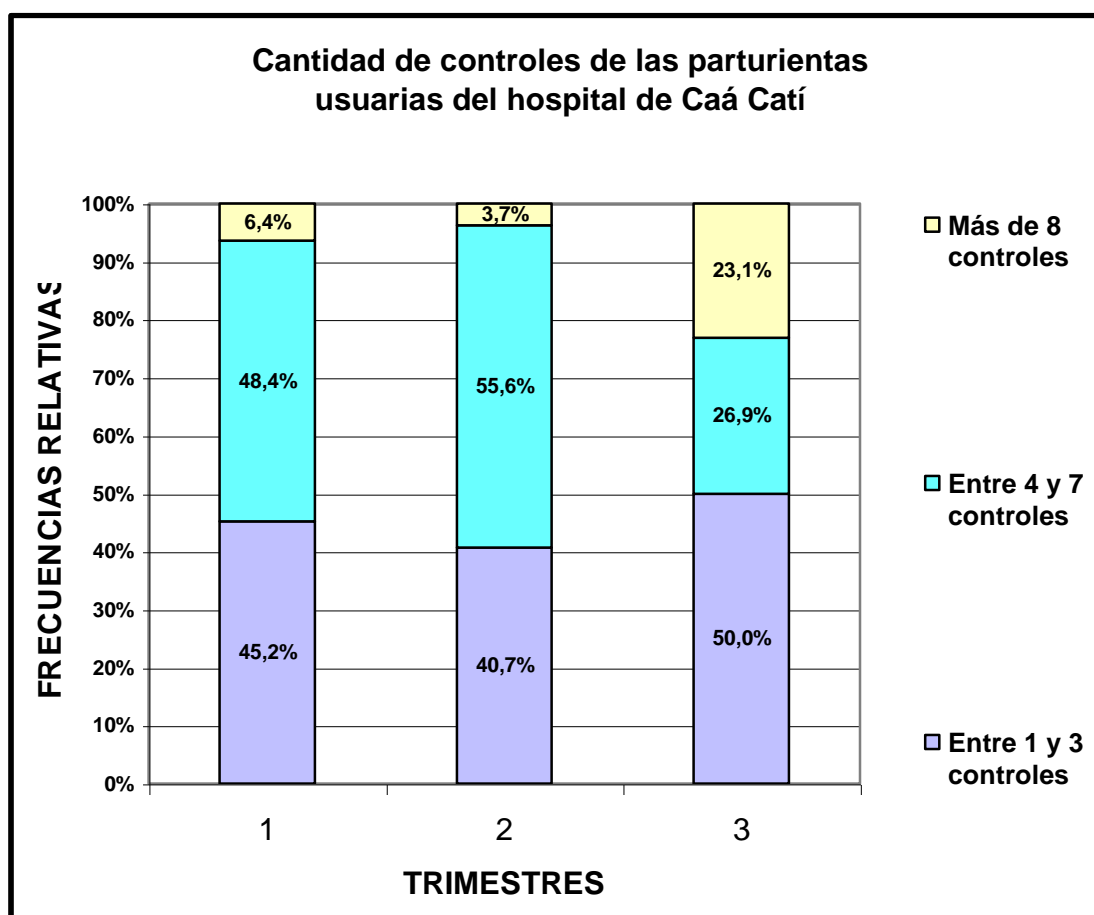
Comentario:

La concordancia entre los estudios solicitados a cada usuaria y los registrados en el correspondiente “CPB” es total para el primer trimestre, registrándose una evidente y cada vez mayor disociación a partir del segundo trimestre. En este caso los valores registrados presentan una disminución del 11% respecto a los del primer trimestre, y a su vez los del tercero un 27% respecto de los del segundo.

6 - 4) Respecto a los controles clínicos prenatales

6 - 4. A) Discriminación de la cantidad de controles clínicos de cada usuaria del hospital, registrado en el “CPB”.

Cantidad de Controles	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
1 a 3	14	45,2%	11	40,7%	13	50,0%
4 a 7	15	48,4%	15	55,6%	7	26,9%
8 o más	2	6,4%	1	3,7%	6	23,1%
Total	31	100,0%	27	100,0%	26	100,0%



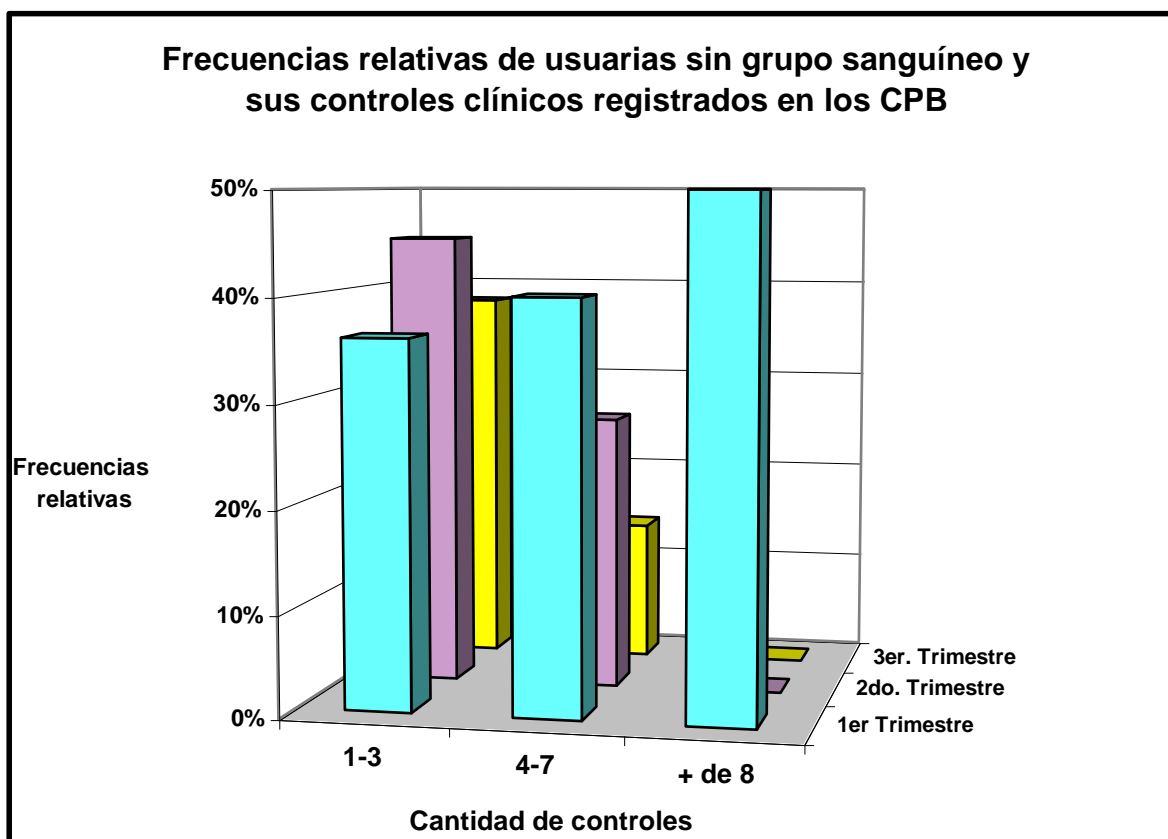
Comentario:

El tercer trimestre presenta un incremento entre las parturientas con pocos controles (1 a 3) y con muchos (más de 8) respecto del resto.

6 - 4- B) Frecuencias relativas de usuarias con y sin grupo sanguíneo en función de la cantidad de controles clínicos registradas en el “CPB”.

Cantidad de controles	1er Trimestre		2do Trimestre		3er. Trimestre	
	C/grupo	S/grupo	C/grupo	S/grupo	C/grupo	S/grupo
1-3	64%	36%	55%	45%	62%	38%
4-7	60%	40%	73%	27%	86%	14%
+ de 8	50%	50%	100%	0%	100%	0%

Se adjunta la tabla con las frecuencias absolutas en el anexo: [Relación entre cantidad de controles y grupo sanguíneo](#)



Conclusión:

La proporción de usuarias con controles reiterados (4 a 7 y más de 8) sin grupo sanguíneo, disminuye a partir del primer trimestre. Respecto a “más de 8” controles, no se registran casos de embarazadas sin control de grupo sanguíneo en el segundo ni en el tercer trimestre. Respecto a “4 a 7” controles, la cantidad de usuarias sin grupo sanguíneo presenta a partir del primer trimestre, una disminución del 33% y en el tercero una disminución de 48% respecto a los valores constatados en el segundo trimestre.

7 – DISCUSIÓN DE LOS DATOS

A pesar de la escasa cantidad de controles prenatales promedio de las embarazadas atendidas en el Hospital de Caá Catí (Presentación de datos 1-A - [Ver Datos promedio de trimestres](#)), comparadas con las propuestas por normativa (ver [Control Prenatal eficiente](#)), los recién nacidos presentan un peso promedio compatible con un adecuado estado nutricional.

El hospital de Caá Catí brinda atención permanente a parturientas provenientes de distintos sistemas de salud. Esto se deduce de los datos presentados en 1.A de “Presentación de datos” (ver [Usuaris del centro de salud](#)), donde la presencia de parturientas “no usuarias” en los tres trimestres es constante (aunque en distintas proporciones).

7 – 1) Respecto a la intervención realizada al finalizar el primer trimestre:

Comparando los datos anteriores y los posteriores a la realización de la intervención, se notan ciertas variaciones en los registros (en algunos casos más favorables y en otros menos). Todos aquellos casos en que se evidencia cierta mejoría en los registros “posteriores” a la intervención, nos inducen a pensar en la eficacia de este método como elemento motivador.

A saber:

- En la proporción de primíparas atendidas en el servicio con grupo sanguíneo registrado en el carnet perinatal base (Ítem 6-2. A – Ver: [Grupo sanguíneo y factor Rh de primíparas](#)). Esta relación surge a consecuencia del “supuesto conocimiento” de las parturientas atendidas, manifestado por los profesionales de la institución. El aumento registrado después de la In-

intervención corresponde al 35 % del valor inicial (del primer trimestre)

- Se registra un aumento del 8,8% de los valores anteriores a la intervención (del primer trimestre) respecto a la proporción de parturientas usuarias del centro de salud con registro de grupo sanguíneo (Ítem 6-2.B – Ver: [Grupo sanguíneo y factor Rh de las usuarias](#)).
- Se evidencia un aumento en los valores posteriores a la Intervención del 31% respecto a la proporción de análisis de laboratorio completo de las usuarias del centro de salud (Ítem 6-2.D – Ver: [Usuarias con control completo](#)). El aumento registrado es de menor magnitud al registrado luego de la compra de insumos (con la consiguiente ampliación de prestaciones).
- Respecto a las usuarias con controles clínicos reiterados y sin grupo sanguíneo, los valores mejoran después de la intervención: posteriormente a la misma no se registran pacientes con 8 o más controles sin grupo sanguíneo, y disminuye en un 13% la proporción de usuarias con consultas clínicas reiteradas (4 a 7 controles) sin grupo sanguíneo y factor Rh. (Ítem 6-4. B – Ver: [Usuarias sin Grupo sanguíneo y factor Rh](#))

Por el contrario, existen también casos en que los registros posteriores a la intervención son menos favorables que los anteriores. A saber:

- Grupo sanguíneo de las parturientas con cobertura social (Ítem 6-2.C – Ver: [Obra social y control de grupo sanguíneo](#)). Se pretende de esta manera, analizar si el hecho de tener cobertura social favorece la realización de estudios complementarios, en el hospital de referencia. “Aparentemente” no habría tal relación facilitadora según los datos registrados; la escasa cantidad de parturientas atendidas con obra social, no permite obtener conclusiones al respecto.

- Considerando el “llenado integral” del Carnet perinatal, la proporción de CPB “completo” es más favorable en el primer trimestre (antes de la intervención) que en el resto (Ítem 6-3. A – Ver: [Llenado integral del Carnet Perinatal Base](#)).
- La proporción entre la concordancia de los análisis solicitados con los registrados en el Carnet Perinatal Base también registra un valor menos favorable luego de la intervención, donde la disminución es del 11,1% respecto a los registros iniciales (Ítem 6-3. B – Ver: [Concordancia solicitado-registrado](#)).

Si bien no es motivo de este trabajo analizar las razones de la disociación: análisis realizados-análisis registrados puesta de manifiesto, se podría citar como una **posible** causa al circuito que deben seguir los resultados: laboratorio-paciente-médico, antes de ser registrados en el respectivo CPB por el profesional médico que controla el embarazo. Resulta factible que ese circuito se vea interrumpido en algún lugar del mismo, ocasionando dicha disociación.

7 – 2) Respecto a la ampliación de prestaciones realizada al finalizar el segundo trimestre:

Comparando los registros posteriores con los anteriores a la compra de insumos realizada por la Institución, lo cual dio lugar a la ampliación de prestaciones del servicio de laboratorio, se notan ciertas variaciones en algunos de ellos (tal como en el caso anterior: algunas más y otras menos favorables). Todos aquellos casos en que se evidencia cierta mejoría en los registros “posteriores” a la compra de insumos, avalan la hipótesis inicial que proponía al aumento de prestaciones, originado a partir de dicha adquisición, como elemento motivador para los profesionales médicos de la institución.

A saber:

- En la proporción de primíparas atendidas en el hospital, con grupo sanguíneo registrado en el CPB (Ítem 6-2. A – Ver: [Grupo sanguíneo en primíparas](#)). En este caso el aumento verificado luego de la compra de insumos es de un 33% respecto a la proporción registrada en el segundo trimestre. Los valores obtenidos en el tercer trimestre son coincidentes con los propuestos por la normativa en vigencia (100%).
- Se verifica cierta mejoría en las proporciones de grupo sanguíneo de parturientas con cobertura social, registradas luego de la ampliación de prestaciones respecto a las verificadas luego de la intervención (Ítem 6-2. C – Ver: [Grupo sanguíneo y cobertura social](#)). No obstante, la escasa cantidad de parturientas con cobertura médico asistencial no permite realizar conclusiones válidas al respecto.
- Se verifica también un aumento en la proporción de los registros de grupo sanguíneo en las usuarias del centro de salud, luego de la ampliación de prestaciones (Ítem 6-2.C – Ver: [Grupo sanguíneo en usuarias](#)). El aumento del 15% respecto a lo registrado en el segundo trimestre, avala la hipótesis de la ampliación de prestaciones como elemento motivador. Los valores finales a los que se llega distan del 100% propuesto por la normativa en vigencia.
- También aumenta la cantidad de “análisis completos” en las usuarias del centro de salud, en casi un 69% respecto a lo registrado en el segundo trimestre, antes de ampliar la oferta del laboratorio (Ítem 6-2. D – Ver [Usuarias con "análisis completos"](#)).
- Se evidencia una disminución en la proporción de usuarias que llegan al parto sin registro de grupo sanguíneo (Ítem 6-4. B – Ver: [Usuarias sin grupo sanguíneo](#)). En este caso disminuye

en un 66% la cantidad de usuarias con controles reiterados (de 4 a 7), sin el mencionado análisis respecto a los datos consignados en el trimestre anterior.

Se verifican también variaciones “menos favorables” luego de la ampliación de prestaciones, como ser:

- Respecto al “llenado integral” del CPB, las proporciones registradas luego de la ampliación de prestaciones son similares a las obtenidas en el trimestre anterior luego de la intervención (se mantienen constantes) Ítem 6-3. A - Ver: [Llenado integral del CPB](#) .
- También la concordancia entre los análisis solicitados y los registrados en el CPB, evidencia proporciones menos favorables, en los registros posteriores a la ampliación de prestaciones, respecto a los anteriores (Ítem 6-3.B – Ver: [Concordancia: realizado-registrado](#)) disminuyendo en un 27% respecto a lo registrado en el trimestre anterior.

Como ya se mencionó, la interrupción del circuito: laboratorio-paciente-médico que deben seguir los resultados de las usuarias, sería una posible causa de dicha disociación. De ser cierto, coincidiría la mayor cantidad de análisis solicitados en el tercer trimestre con la mayor falta de concordancia entre los análisis realizados y los registrados en ese período (luego de la ampliación de prestaciones.)

8 - CONCLUSIONES FINALES

El presente estudio, confirma la hipótesis inicialmente propuesta referente a que la retroalimentación desde un servicio de diagnóstico, influye en la actitud de los profesionales médicos involucrados.

También confirma la hipótesis propuesta durante el transcurso del estudio ([Nueva hipótesis a demostrar](#)), referente a que la ampliación en la oferta de prestaciones de un servicio hospitalario, influye en la actitud de los profesionales médicos de la institución.

Tanto la intervención realizada al finalizar el primer trimestre, como la ampliación de la oferta desde el servicio de laboratorio (originada a partir de la compra de insumos por parte de la Institución) a fines del segundo trimestre, motivan cambios en las actitudes de los profesionales médicos involucrados, los cuales se manifiestan en variaciones en los registros de los carnets perinatales base de las parturientas atendidas durante el período analizado. La intensidad de estas variaciones detectadas, difiere según las consideraciones:

- En ciertos casos, reforzando la hipótesis de la intervención realizada con los profesionales médicos institucionales, como elemento motivador (6-2.A ; 6-2B ; 6-2.D; 6-4.B)
- En otros, reforzando la hipótesis de que la ampliación de prestaciones registrada en el servicio de laboratorio hospitalario, actuaría como elemento motivador (6-2.B ; 6-2.C ; 6-2.D).

De todos modos, los cambios evidenciados, salvo escasas excepciones (6-2.A) distan bastante de los sugeridos por la normativa

en vigencia, la cual propone la realización de los controles completos (teniendo en cuenta las diferentes posibilidades locales) para el 100% de las parturientas atendidas en el nosocomio, fundamentalmente si se trata de usuarias del mismo.

El trabajo analizó la respuesta de los profesionales médicos respecto a un servicio de diagnóstico de diversa manera:

- primero mediante una intervención motivadora, pero sin variar las escasas prestaciones ofrecidas (la oferta).
- luego mediante la compra de insumos, variando las prestaciones ofrecidas
- faltaría analizar lo que sucedería con una segunda intervención motivadora, realizada una vez que los profesionales se habituaran a una mayor oferta del laboratorio.

Esta última intervención, se llevó a cabo a comienzos del cuarto y último trimestre de 2000. No fue incluida en el diseño de la presente tesis, por razones de tiempo, pero se espera obtener las conclusiones en los primeros meses de 2.001.

Respecto a la utilización del servicio de laboratorio rural del hospital de Caá Catí-, el estudio evidenció una subutilización del mismo respecto a otros servicios hospitalarios similares en cuanto a complejidad, prestaciones y personal, como así también frente a normas preestablecidas.

Respecto al Carnet Perinatal Base, este documento en el Hospital de referencia, se utiliza fundamental y exclusivamente (salvo escasas excepciones) para control de gestación. Por este motivo y considerando el espacio que el documento dedica a los registros del embarazo, el CPB resulta mayormente desaprovechado (incompleto). El diseño actual (propuesto por normativa) no resulta útil para el uso habitual que los profesionales dan al mismo.

9 - SUGERENCIAS

Con el objeto de evitar la dispersión en los registros de las embarazadas usuarias del hospital de Caá Catí (control perinatal base, ficha individual en caso de olvido de la primera, registros de los distintos servicios auxiliares, etc.), se sugiere implementar en el mencionado hospital, el uso de la Historia Clínica Perinatal Base la cual quedará en poder de la Institución.

Se sugiere que los resultados de los análisis de laboratorio solicitados en el CPB, sean completados directamente por el profesional que realiza los estudios en el propio servicio. Esta sugerencia es extensiva a todas las prácticas y/o estudios realizados a la embarazada (ecografías, vacunas, etc.). Se propone que todas aquellas tareas que no sean exclusivas de los profesionales médicos, sean delegadas a personal auxiliar capacitado al efecto. Se pretende de esta manera mejorar los registros del documento, sin restarle a los médicos, tiempo que insume el llenado del mismo.

La utilidad real que se le da a los documentos propuestos por normativa queda limitada por la información que puedan contener. En la práctica diaria, solo una parte de los mismos es la que se utiliza, especialmente en medios rurales, (como en el caso que nos ocupa) donde los hospitales sin sistemas de computación no pueden por ejemplo, dar utilidad a todo el reverso de la Historia Clínica Perinatal Base.

Con el objeto de unificar en un mismo documento toda la información considerada, por parte de los médicos actuantes, de relevancia y necesarias para el control y la continuidad del embarazo, se sugiere implementar en dicho documento, un espacio destinado a registrar datos frecuentemente utilizados tales como:

- Análisis: Especialmente: sedimento Urinario (ante posibles y frecuentes infecciones), evolución de Hemoglobina o hematocrito (control de anemia fisiológica), Coombs Indirecta y toxoplasmosis (en caso de ser necesario) y glucemia.
- Prácticas auxiliares: ecografías
- Tratamientos o indicaciones relevantes realizadas.

Se sugiere que el citado documento, hasta tanto el centro de salud implemente el uso de computadoras (equipos, sistemas adecuados y personal operador capacitado), aproveche el reverso de estos documentos para asentar toda la información considerada de interés para controlar correctamente la evolución del embarazo.

10 - BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Alma Ata 1.978: **Atención Primaria de la salud** – Ginebra, Organización mundial de la Salud, 1.978 (Serie “Salud para todos” N° 1).
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (OPS/OMS). **“Tecnologías Perinatales”**, Publicación científica N° 1202. Montevideo: CLAP, 1990.
- **“Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud”** – Documento: CD 33/14, OPS - 1.989
- Díaz A.g., Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. **“Control Prenatal”**. Publicación Científica N° 1071. Montevideo: CLAP, 1986.
- Dirección de Salud Materno Infantil. **“Propuesta normativa perinatal - Tomo I.”** Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Secretaría de recursos y programas de salud- Subsecretaría de salud comunitaria. 1996
- **“Esquema de Evaluación de Servicios de Salud Materno Infantil”**1. Formulario tipo 6 (Servicios Ambulatorios de Obstetricia y Ginecología) y Tipo 7 (Servicio de Hospitalización Obstétrica). OPS/OMS. 1992.
- Etkin J.R. **“La doble moral de las organizaciones”**, cap. 5. Madrid Mc Graw-Hill. 1993.
- Garcia R. **“Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos”**. Cátedra de sociología urbana. FAU – UNNE, Corrientes 1.996.

- Paganini José M. “**Sistemas locales de salud. Un nuevo modelo de atención**”.Cap.II- Documento OPS – 1.995
- Polit D., Hungler B. “**Investigación científica en ciencias de la salud**”, cap.5. OPS – México 1.990
- Riegelman R.K., Hirsch R.P. “**Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica**” OPS- Publicación Científica N° 531. Washington DC . 1992.
- Sampier R.H., Fernandez Collado C., Lucio P.B. “**Metodología de la investigación**”, cap.4 – Mac Graw Hill – México 1.996
- Sellttiz C.,Wrightsman L.S, Cook S.W, “**Métodos de investigación en las relaciones sociales**” Cap. IX. Ediciones Rialp, S.A. Madrid. 1.986
- Somoza N.S. “**La integración intrasectorial en el sector público del área capital de la Provincia de Formosa. El sistema de envío de casos**” Tesis final de la carrera de Magíster en Salud Pública – Facultad de medicina - UNNE.1996
- Van Lerberghe W., Lafort Y. “**El rol del hospital como nivel de referencia en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria**” Documento OPS- 1.993
- Vilaca Méndez Eugenio “**Sistemas locales de salud: una aproximación conceptual**” Cuadernos médico sociales N° 54 – Año 1.990
- Zurita G. A. “**El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria y participación de la comunidad**”, Facultad de medicina – UNNE – Corrientes, Argentina. 1.995

ANEXO

11-1. Comparación de laboratorios

Cuadro comparativo de producción de laboratorios hospitalarios de similares características, en cuanto a complejidad, personal y prestaciones que realiza. Datos correspondientes al año 1.999, suministrados por la Subdirección de Bioquímica del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

MESES	GENERAL ALVEAR		SAN LUIS DEL PALMAR	
	PACIENTES	ANÁLISIS	PACIENTES	ANÁLISIS
Enero	89	457	295	1.365
Febrero	92	551	158	589
Marzo	100	584	329	1.840
Abril	22	107	273	1.626
Mayo	145	896	246	1.272
Junio	113	733	246	984
Julio	147	924	156	605
Agosto	129	940	178	641
Septiembre	165	916	210	671
Octubre	139	973	188	514
Noviembre	186	1.093	258	767
Diciembre	108	894	279	933
Total	1.435,0	9.068,0	2.816,0	11.807,0
Promedio	119,6	755,7	234,7	983,9

COMPARACIÓN CON LOS DATOS DEL HOSPITAL DE CAÁ CATÍ

Datos del laboratorio	de Caá Cati	de General Alvear	de San Luis del Palmar
Pacientes lab./anuales	528	1.435	2.816
Pacientes lab./mes	44,0	119,6	234,7
Pacientes lab./día *	1,7	4,6	9,0
Análisis/año	1.685	9.068	11.807
Análisis/mes	140,4	755,7	983,9
Análisis/día *	5,4	29,0	37,8
Análisis/Paciente	3,2	6,3	4,2
Consultas médica/año**	12.838	15.022	25.913
Cons.médica/Pte.lab	24,3	10,5	9,2
Cons. médica/análisis	7,6	1,6	2,2

*Se considera días laborales=26 (de lunes a sábado)

** Datos de "Planillas de producción de servicios hospitalarios" del Departamento Estadísticas del Ministerio de Salud pública de Corrientes

11 – 2 . Carnet Perinatal Base (CPB):

11 – 3. Historia clínica personal base (HCP):

11 – 4. Partos hospitalarios – Primer trimestre de 2.000

Fecha	N*	Paciente	Edad	Paridad	Domicilio	Atendió	CPN	Peso R.N.	Turno	Contr.	Gr. Y F.	Otros	D. nter..	O.S.	Méd.
02-Ene	1		29	6	Externo	E	SI	3.350	N	7	0+	SI	2	No	2
07-Ene	2		19	2	Ciudad	E	No	3.350	M	1	No	No	3	No	1
13-Ene	3		18	1	Ciudad	E	SI	3.400	N	9	0+	Si	3	SI	Otro
14-Ene	4		16	1	Ciudad	E	No	3.050	N	1	No	No	2	No	1
18-Ene	5		21	2	Externo	E	SI	3.100	N	5	No	No	3	No	Otro
20-Ene	6		22	2	Externo	E	SI	3.900	M	5	No	No	1	No	Otro
21-Ene	7		32	9	Ciudad	E	No	3.950	N	3	No	No	1	No	1
22-Ene	8		32	4	Externo	E	SI	3.600	N	1	A+	No	4	No	Otro
22-Ene	9		23	7	Ciudad	E	No	3.300	T	0	No	No	2	No	3
24-Ene	10		37	2	Externo	E	SI	3.150	M	8	No	No	4	No	Otro
27-Ene	11		39	9	Ciudad	E	SI	3.550	N	2	0+	No	1	No	2
31-Ene	12		22	3	Externo	E	SI	2.700	M	0	No	No	2	No	Otro
31-Ene	13		21	3	Externo	E	SI	3.000	N	0	No	No	2	No	Otro
02-Feb	14		24	4	Externo	E	No	3.700	N	0	No	No	4	No	Otro
02-Feb	15		18	1	Ciudad	M-2	No	3.200	M	0	No	No	1	No	Otro
02-Feb	16		17	1	Externo	M-N	SI	3.800	M	6	A+	SI	10	SI	1
02-Feb	17		28	6	Ciudad	E	No	3.850	T	2	A+	Si	1	No	Otro
04-Feb	18		25	5	Externo	M-1	SI	4.200	T	4	No	No	18	No	3
05-Feb	19		24	4	Externo	E	SI	3.200	N	4	No	No	2	No	1
08-Feb	20		17	1	Externo	E	No	3.800	T	1	0+	SI	2	No	Otro

Promedio parcial:

24,2 3,7

3.458

3,0

3,4

11 – 5. Partos hospitalarios – Segundo trimestre de 2.000

Fecha	N*	Paciente	Edad	Paridad	Domicilio	Atendió	H.PN	Peso R.N.	Turno	Contr.	GyF	Otros	D.Inter.	O.S.	Méd.
05-Abr	41		18	2	Externo	M	Si	3.000	M	4	A+	No	1	No	2
06-Abr	42		26	4	Externo	E	Si	3.800	N	1	O+	No	2	No	1
07-Abr	43		16	2	Ciudad	E	Si	3.300	N	4	B+	SI	2	No	2
07-Abr	44		26	6	Externo	E	Si	2.400	N	4	B+	No	1	No	Otro
08-Abr	45		20	4	Ciudad	E	Si	3.100	T	6	O+	SI	2	No	2
09-Abr	46		33	6	Externo	E	No	3.300	M	0	No	No	1	No	Otro
09-Abr	47		21	2	Externo	E	Si	3.175	T	5	No	No	2	No	Otro
10-Abr	48		16	2	Externo	E	No	3.750	T	0	No	No	2	No	Otro
11-Abr	49		18	1	Externo	M	Si	3.000	N	2	O+	SI	2	No	2
11-Abr	50		18	2	Externo	E	No	3.550	N	5	No	No	2	No	Otro
13-Abr	51		22	2	Ciudad	E	Si	2.700	T	2	A+	No	2	No	2
15-Abr	52		33	5	Externo	M	Si	3.200	M	2	No	No	2	No	Otro
21-Abr	53		21	2	Ciudad	M	Si	3.700	M	8	B+	SI	3	No	1
03-May	54		31	7	Ciudad	E	Si	3.350	T	4	A+	No	2	No	3
04-May	55		25	4	Externo	E	Si	3.850	M	6	A+	No	3	No	2
15-May	56		17	2	Externo	E	Si	3.000	N	7	B+	SI	7	No	2
17-May	57		31	9	Ciudad	E	No	3.550	M	2	No	No	2	SI	1
23-May	58		20	1	Externo	M	No	3.850	T	1	O+	No	2	SI	1
24-May	59		29	2	Ciudad	E	No	3.200	N	2	O+	No	3	No	2
04-Jun	60		39	8	Externo	E	Si	3.950	N	4	A+	SI	26	No	2
07-Jun	61		35	12	Externo	E	Si	3.900	T	2	No	No	2	No	Otro
10-Jun	62		28	5	Externo	E	Si	3.200	N	4	O+	No	2	No	2
13-Jun	63		19	3	Ciudad	E	No	1.900	M	1	No	No	2	No	1
14-Jun	64		19	1	Ciudad	E	No	2.900	M	2	No	No	1	No	1
14-Jun	65		24	5	Externo	E	Si	3.200	T	4	O+	SI	2	No	2
15-Jun	66		24	6	Externo	E	Si	2.950	N	3	No	No	2	No	Otro
17-Jun	67		20	2	Externo	E	Si	3.250	N	5	No	No	6	No	3
22-Jun	68		45	14	Externo	E	Si	3.700	N	5	O+	SI	2	No	2
24-Jun	69		17	1	Externo	E	Si	3.100	M	7	O+	No	4	No	Otro

Valores promedio: 24,5 4,2

3.270

3,7

3,8

11 – 6. Partos hospitalarios – Tercer trimestre de 2.000

Fecha	N*	Paciente	Edad	Paridad	Proceden.	D.Int	Peso R.N.	Turno	Cont.	GyF	Otros	O.S.	Méd.
08-Jul	70		30	4	E	2	3.950	M	3	No	NO	NO	Otro
09-Jul	71		35	6	C	4	1.850	M	0	No	NO	NO	Otro
12-Jul	72		16	1	E	3	3.000	T	10	O+	SI	NO	2
15-Jul	73		19	3	C	4	3.300	N	4	No	NO	NO	2
19-Jul	74		21	4	C	3	3.450	M	0	No	NO	NO	Otro
23-Jul	75		31	6	E	3	3.800	M	2	No	NO	NO	2
23-Jul	76		25	2	E	2	4.100	T	7	A+	NO	NO	3
25-Jul	77		34	7	E	2	3.900	M	8	A+	NO	NO	2
31-Jul	78		28	5	E	2	3.000	N	3	O+	NO	NO	2
31-Jul	79		35	9	C	1	3.800	N	2	No	NO	NO	Otro
02-Ago	80		24	4	E	2	3.550	N	3	B+	SI	NO	3
03-Ago	81		31	6	C	1	3.900	T	0	No	NO	SI	Otro
05-Ago	82		28	2	E	2	2.800	M	0	No	NO	NO	Otro
05-Ago	83		26	6	E	2	3.350	N	6	A+	NO	NO	3
13-Ago	84		30	5	E	3	3.900	N	6	O+	SI	SI	2
14-Ago	85		19	1	E	1	2.200	N	4	O+	SI	SI	1
14-Ago	86		23	2	C	1	3.100	M	0	No	NO	NO	1
14-Ago	87		21	2	E	1	3.500	T	0	No	NO	NO	Otro
15-Ago	88		29	5	E	14	3.000	N	3	No	NO	NO	Otro
16-Ago	89		16	1	E	6	2.300	M	0	O+	NO	NO	3
22-Ago	90		40	15	E	8	4.600	M	10	A+	SI	SI	1
26-Ago	91		19	2	E	2	3.850	T	1	O+	SI	NO	1
28-Ago	92		25	3	C	3	3.800	M	8	O+	SI	NO	2
29-Ago	93		24	4	C	2	3.450	M	0	O+	SI	NO	Otro
02-Sep	94		22	3	E	2	2.900	N	0	A+	NO	SI	1
03-Sep	95		30	8	E	3	3.250	M	1	NO	NO	NO	3
05-Sep	96		17	2	E	1	3.300	N	10	O+	SI	NO	2
06-Sep	97		22	2	E	3	3.000	T	2	O+	SI	NO	2

Promedios parciales 25,7 4,3 3,0 3.354 3,3

Fecha	N*	Paciente	Edad	Paridad	Proceden.	Atendió	CPN	D.Int	Peso R.N.	Turno	Cont.	GyF	Otros	O.S.	Méd.
07-Sep	98		31	3	C	E	SI	2	3.700	N	5	B+	NO	NO	3
11-Sep	99		29	4	C	E	SI	1	3.700	T	3	O+	SI	NO	2
12-Sep	100		28	3	E	M-2	SI	2	3.500	T	2	O+	SI	NO	2
14-Sep	101		40	7	C	M-1	SI	1	1.050	T	1	O+	NO	NO	3
15-Sep	102		26	3	C	E	SI	2	3.300	N	4	O+	SI	NO	2
20-Sep	103		38	3	E	E	SI	1	2.000	T	1	O+	NO	NO	Otro
24-Sep	104		29	2	E	M-2	SI	9	3.300	M	8	O+	SI	SI	2

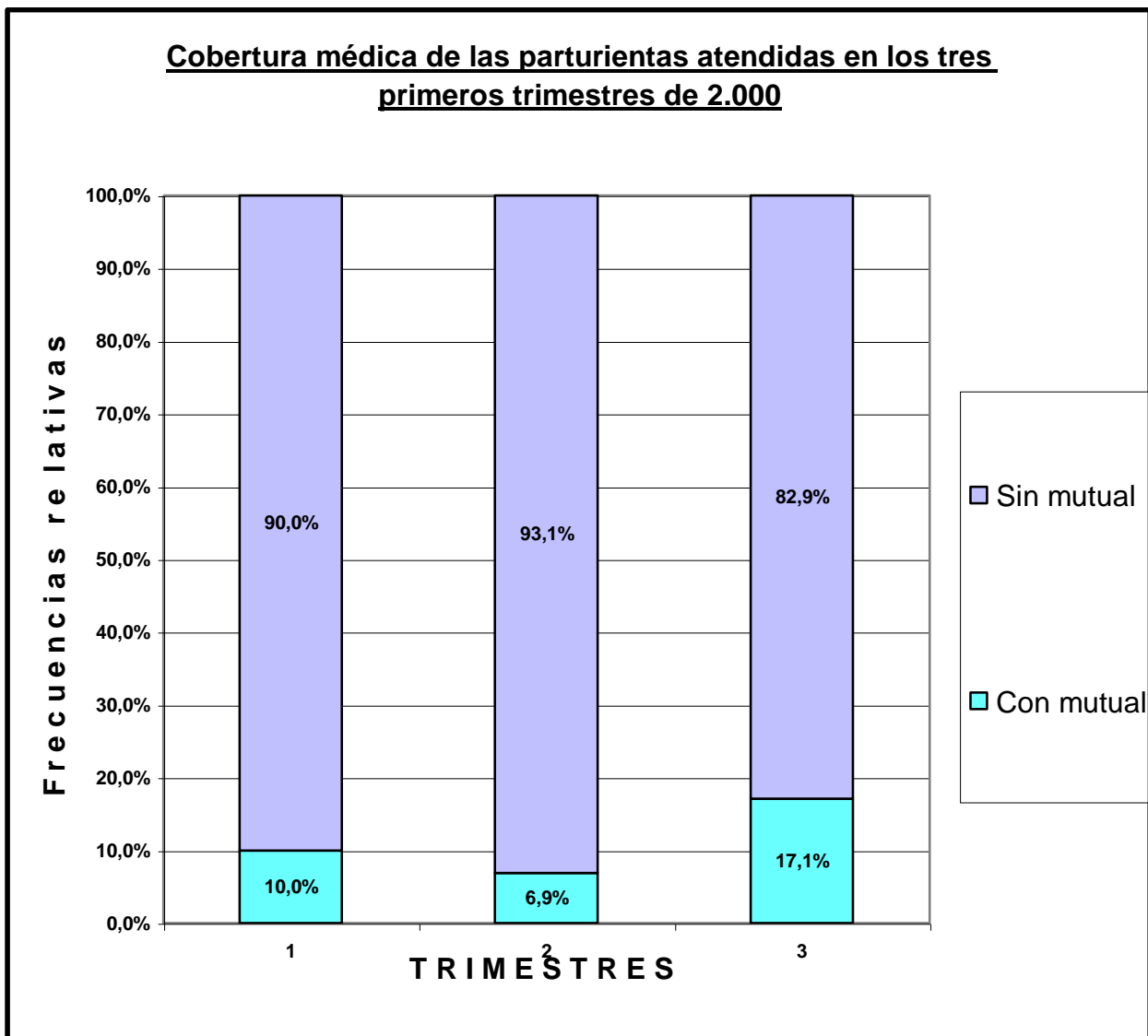
Promedios parciales 31,6 3,6 2,6 2.936 3,4

Valores promedio:

Edad materna 28,6
Paridad 3,9
Peso Recién nacido 3.145
controles/embarazada 3,4
Promedio días internación 2,8

11-7. Respecto a la cobertura médica de las parturientas atendidas

Cobertura médica	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con mutual	4	10,0%	2	6,9%	6	17,1%
Sin mutual	36	90,0%	27	93,1%	29	82,9%
Total	40	100,0%	29	100,0%	35	100,0%

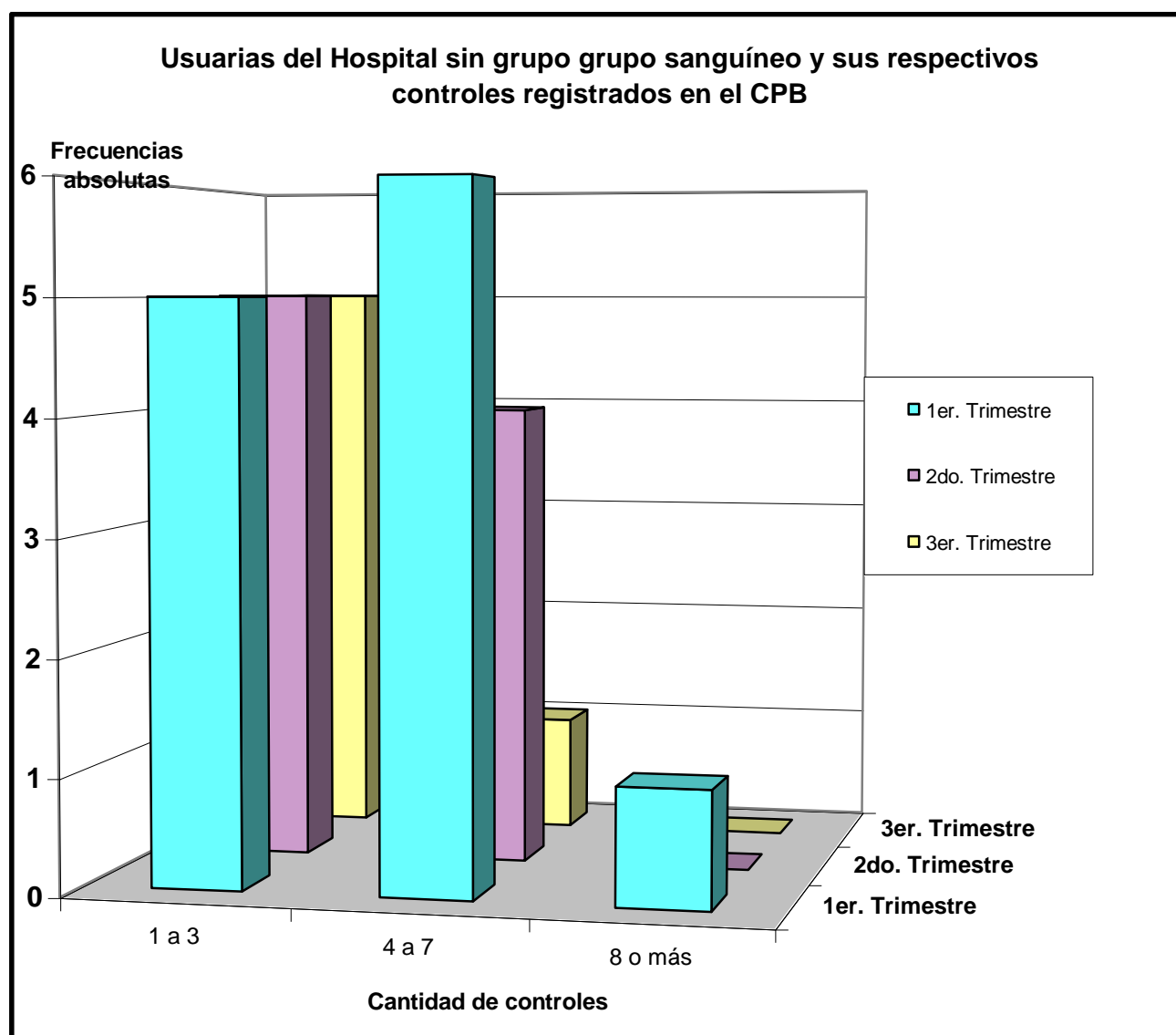


Comentario:

La cantidad de pacientes atendidas con obra social, resulta ser oscilante pero en ninguno de los trimestres analizados, superó el 20% del total.

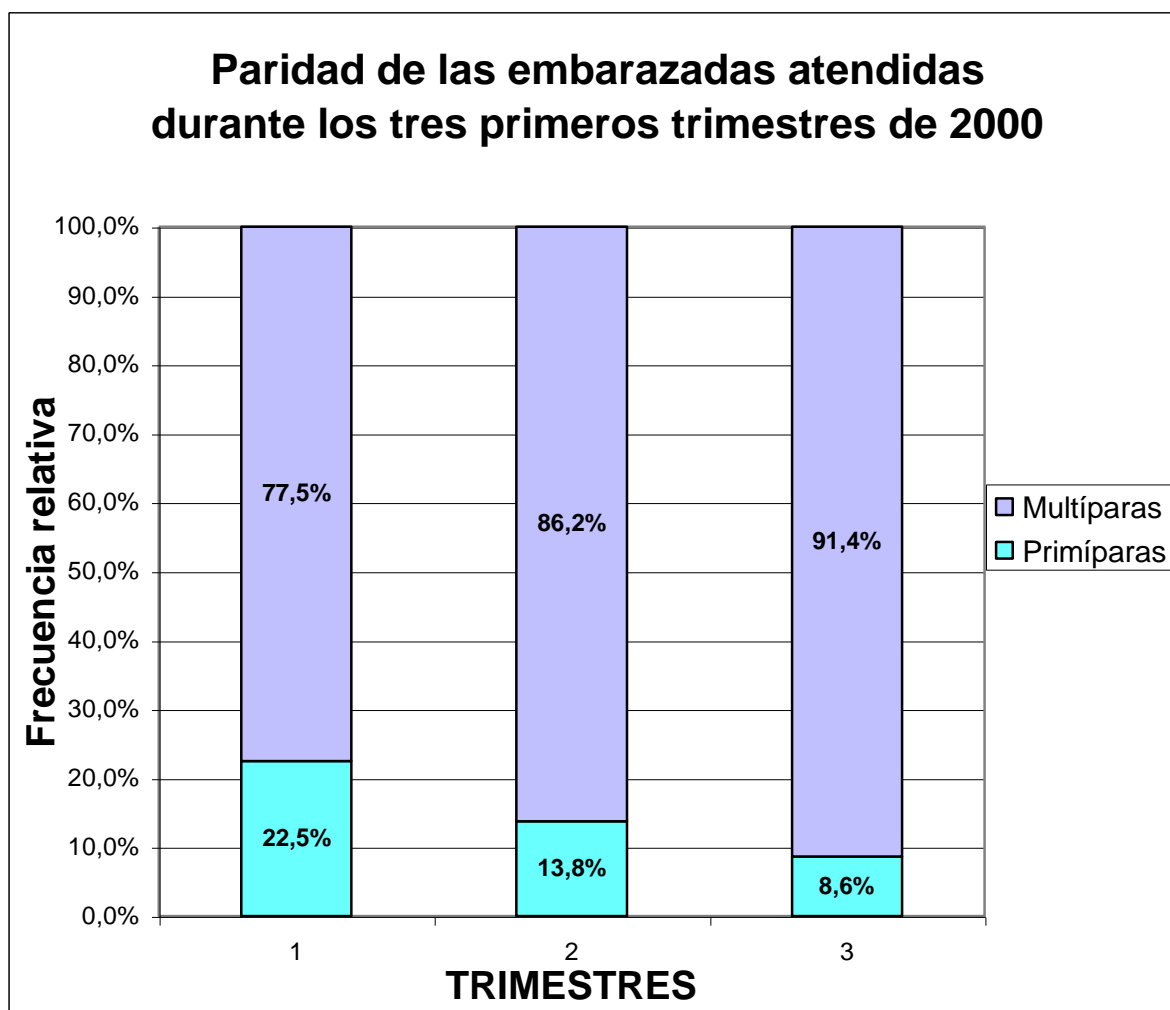
11-8. Usuaris atendidas en el hospital local según tengan o no grupo sanguíneo, en función de la cantidad de controles clínicos registrados en el CPB.

Controles	1er Trimestre			2do Trimestre			3er. Trimestre		
	C/grupo	S/grupo	Total	C/grupo	S/grupo	Total	C/grupo	S/grupo	Total
1-3	9 (64%)	5 (36%)	14 (100%)	6 (55%)	5 (45%)	11 (100%)	8 (62%)	5 (38%)	13 (100%)
4-7	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)	11 (73%)	4 (27%)	15 (100%)	6 (86%)	1 (14%)	7 (100%)
+ de 8	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)	6 (100%)	0 (0%)	6 (100%)
Total	19 (61%)	12 (39%)	31 (100%)	18 (67%)	9 (33%)	27 (100%)	20 (77%)	6 (23%)	26 (100%)



11- 9. Discriminación de las parturientas atendidas en el período observado, en función de la paridad.

	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Primíparas	9	22,5%	4	13,8%	3	8,6%
Múltiparas	31	77,5%	25	86,2%	32	91,4%
Total	40	100,0%	29	100,0%	35	100,0%



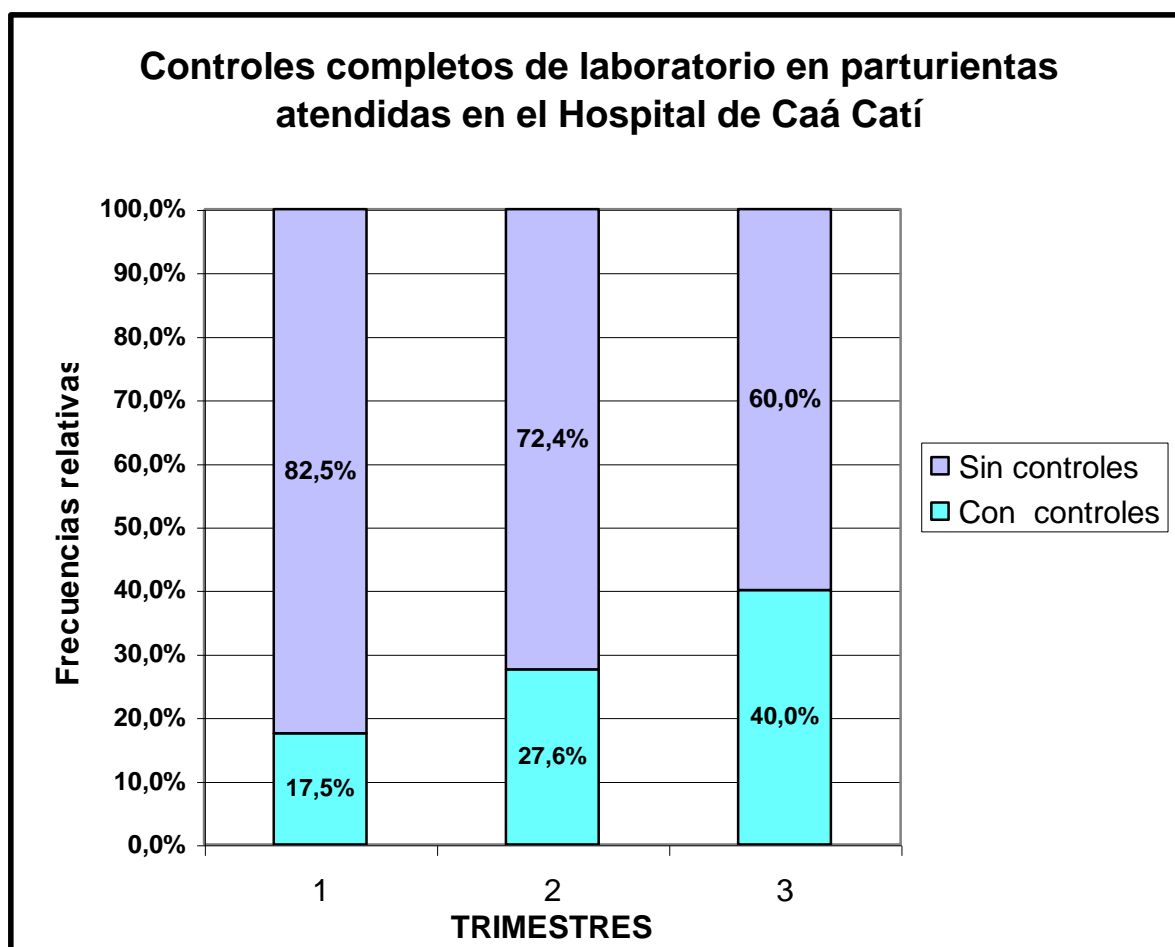
Comentario:

La cantidad de primíparas atendidas en el primer trimestre es superior a las atendidas en los restantes trimestres. Coincidentemente también es mayor la cantidad de partos registrados en este período. El segundo trimestre presenta una disminución de 55% respecto a los registrados en el primer trimestre y a su vez el tercer trimestre una disminución del 25% respecto al anterior.

11-10. Parturientas (totales) con control de laboratorio completo.

Se interpreta como “completo”: grupo sanguíneo-factor Rh y al menos un análisis más (sedimento urinario, hematocrito y/o V.D.R.L.).

Tipo de control	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Completo	7	17,5%	8	27,6%	14	40,0%
Incompleto	33	82,5%	21	72,4%	21	60,0%
Total	40	100,0%	29	100,0%	35	100,0%

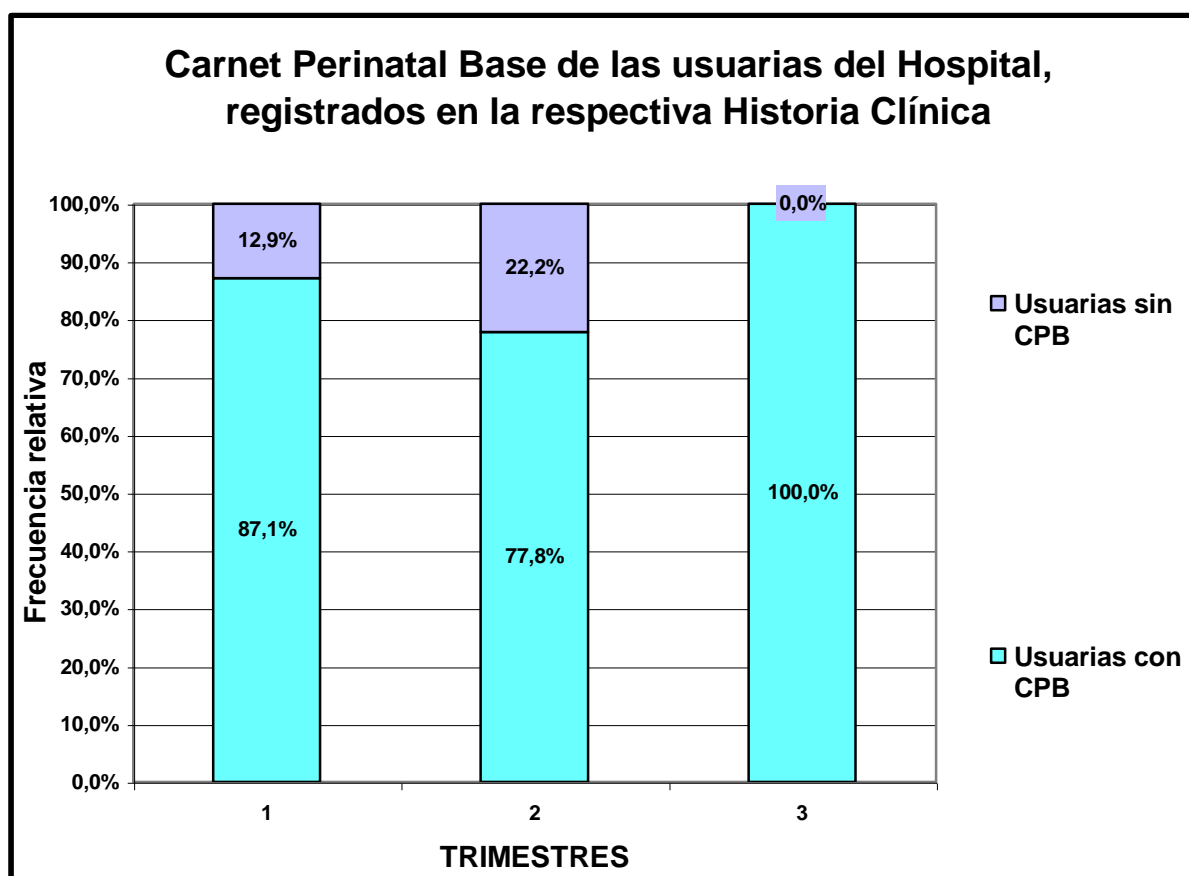


Comentario:

Se evidencia un incremento en los considerados “controles completos” a partir del primer trimestre. El aumento de las frecuencias observado en el segundo trimestre, representan un 58% de los registros del primero; y el aumento de las frecuencias del tercer trimestre, un 45% respecto a los registros del segundo.

11- 11. Relacionado con el uso del mismo: usuarias del centro de salud, con carnet perinatal (CPB) registrado en la “Historia Clínica Personal”

	1er. Trimestre		2do. Trimestre		3er. Trimestre	
	F.A.	%	F.A.	%	F.A.	%
Con Carnet Perinatal	27	87,1%	21	77,8%	26	100,0%
Sin Carnet Perinatal	4	12,9%	6	22,2%	0	0,0%
Total	31	100,0%	27	100,0%	26	100,0%



Comentario:

En el primer y segundo trimestre, los valores de las usuarias con carnet incorporado a la respectiva historia clínica, disminuyen en un 11%, luego ascienden en un 22% . En el último trimestre se observa que todas las usuarias atendidas se presentaron para atender su parto con su respectivo CPN.

