

Breve Informe de Situación Socio Sanitaria

Localidad: Venado Tuerto

Sala de Situación del Ministerio de Salud

y

Secretaría de Promoción Comunitaria de la Municipalidad de Venado Tuerto

Gobernador: Dr. Hermes Binner

Intendente Municipal: Ps. José Luis Freyre

Ministro de salud: Dr. Miguel Ángel Capiello

Secretario de Salud del Ministerio: Dr. Miguel González

Secretario de Promoción Comunitaria de Venado Tuerto: Dr. Pedro Bustos

Directora Provincial de Planificación, Control de Gestión y Estadísticas: Dra. Raquel Musso

Directora Provincial de Promoción y Prevención de la Salud: Dra. Andrea Uboldi.

Coordinación de Nodo de Salud Región Venado Tuerto: Dr. Armando Alianak y Dr. José María Escalante

Director Hospital Alejandro Gutiérrez: Dr. Juan Moscoso

Coordinación Información Estadística: Lic. Cristian Godoy

Coordinación Información Epidemiológica: Lic. Cecilia Moyano

Equipo de Sala de Situación de Salud: Secretaría de Promoción Comunitaria de Venado Tuerto: Lic. Mariana Sinnott, Dra. María Becq, Dra. Silvia Lusardi, Sra. Andrea Tristán, TS Alejandra Filippetti, Sr. José Pessolani, Sra. Mariela Buffadossi y Sra. Mónica Basso. **Ministerio de Salud de Santa Fe:** Lic. Laura Rodríguez (Subdirectora Hospital Gutiérrez); Sra. Miriam Delgado, Sra. Elena Peralta y Claribel Medina (División Estadística Hospital Gutiérrez); Dr. Daniel Agostinelli (Referente Epidemiología Nodo Salud Región 5); Lic. Mirta Villani y Marta Calderón (Departamento de Epidemiología); Lic. Gimena Luque (Dirección Estadísticas de Salud); Dra. Gabriela Otoole, Lic. Valeria Bartolomé, Dra. Sonia Muro, Tec. María Bazán, Mg. Paulina Díaz, Dr. Juan Herrmann (Sala Situación de Salud)

Venado Tuerto, diciembre 2011

La Sala de Situación de Salud (SDSS) presenta con gran satisfacción el Informe de Situación Socio Sanitaria de la población de la localidad de Venado Tuerto.

La satisfacción radica no solo en el producto final, el Informe en sí, sino y muy especialmente en el proceso de trabajo que lo hizo posible. Desde hace varios meses trabajadores de salud de la red pública pertenecientes a las administraciones municipal y provincial, venimos sosteniendo encuentros de análisis de la información generada por los servicios (Egresos Hospitalarios, Consultas Ambulatorias, Estadísticas Vitales, Notificación Epidemiológica, etc.), con el fin de producir información para la gestión, convencidos que la reflexión sobre la organización de las prácticas de salud es esencial si se pretende poner la red pública al servicio de los reales problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c) de la población de un modo universal, equitativo e integral.

Es necesario aclarar que dicho proceso de trabajo no es aislado ni casual. El mismo forma parte en un proceso más amplio, iniciado hace algunos años, a partir de la decisión de ambas administraciones, la provincial y la municipal, de generar una articulación efectiva de los servicios de la red, y por ello tampoco se agota en éste primer Informe. Si bien este primer Informe esboza cierto “estado de situación” respecto de algunas problemáticas de se-c de la población de Venado, abre también a un sinnúmero de interrogantes que alientan a seguir.

Por último, es necesario señalar que la producción de información para la gestión no debe quedar reducida a la localidad de Venado. La red pública, y en particular el hospital, al ser parte de un territorio más amplio, tiene responsabilidades sobre una población que excede la ciudad.

El Informe está organizado en los siguientes capítulos: i) Caracterización sociodemográfica de la población de Venado Tuerto; ii) La red de servicios públicos de salud; iii) El perfil de consulta en los Centros Comunitarios; iv) Las internaciones hospitalarias; v) La Mortalidad infantil; y vi) La Vigilancia epidemiológica. En cada capítulo se explicita, además de la fuente de información consultada, la metodología y las categorías utilizadas para el análisis.

La elección de las problemáticas estuvo determinada no solo por la importancia de las mismas, sino también por la posibilidad de acceso a la información. Queda abierta la posibilidad a que todo trabajador de salud de los hospitales o Centros Comunitarios del territorio “agenden” a la Sala inquietudes respecto de otros problemas y perspectivas de análisis, atendiendo a sus necesidades concretas.

El sentido último de la SDSS es la *producción de información para la gestión*, asumiendo que ésta no es un atributo solamente del Ministerio o la Secretaría, sino que se gestiona cotidianamente en todos los espacios: desde las direcciones hospitalarias a los Centros

comunitarios, desde las Coordinaciones de Nodo al modo en que cualquier Equipo de salud organiza su práctica asistencial.

Por todo ello, y para que tanto ésta como futuras producciones tengan valor de uso, el intercambio entre la SDSS y la gestión ha de ser fluido y permanente.

Equipo de Sala

ÍNDICE

CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA.....	6
Ubicación geográfica.....	6
Población.....	6
Obra Social.....	8
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	8
LA RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD.....	10
La producción de consultas de los establecimientos de la red.....	12
El perfil de las consultas a los Centros Comunitarios.....	17
La consulta ambulatoria al Hospital.....	23
LAS INTERNACIONES HOSPITALARIAS.....	27
Internaciones de residentes de Venado Tuerto en establecimientos públicos provinciales	27
La internación en el Hospital Alejandro Gutiérrez.....	28
La internación neonatal.....	29
La internación pediátrica.....	30
La internación de adultos.....	31
La internación de residentes de Venado Tuerto de otros hospitales públicos.....	33
Nacimientos en el Hospital Gutiérrez.....	35
LA MORTALIDAD INFANTIL EN VENADO TUERTO	37
Evolución de la mortalidad infantil en los últimos años.....	37
LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN VENADO TUERTO.....	40
La notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS).....	40
¿Que eventos son notificados por los establecimiento de la red?	40
¿Cuán oportuna, sistemática y sensible es la notificación?.....	44
ANEXO.....	48

Listado de “Diagnósticos/motivos de consulta” registrados por médicos de los Centros de salud en Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias.....	48
--	----

CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA

Ubicación geográfica

Venado Tuerto es una ciudad del departamento General López, al sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina. Se ubica a 161 km. de Rosario y a 365 km. de la Ciudad de Buenos Aires

Población

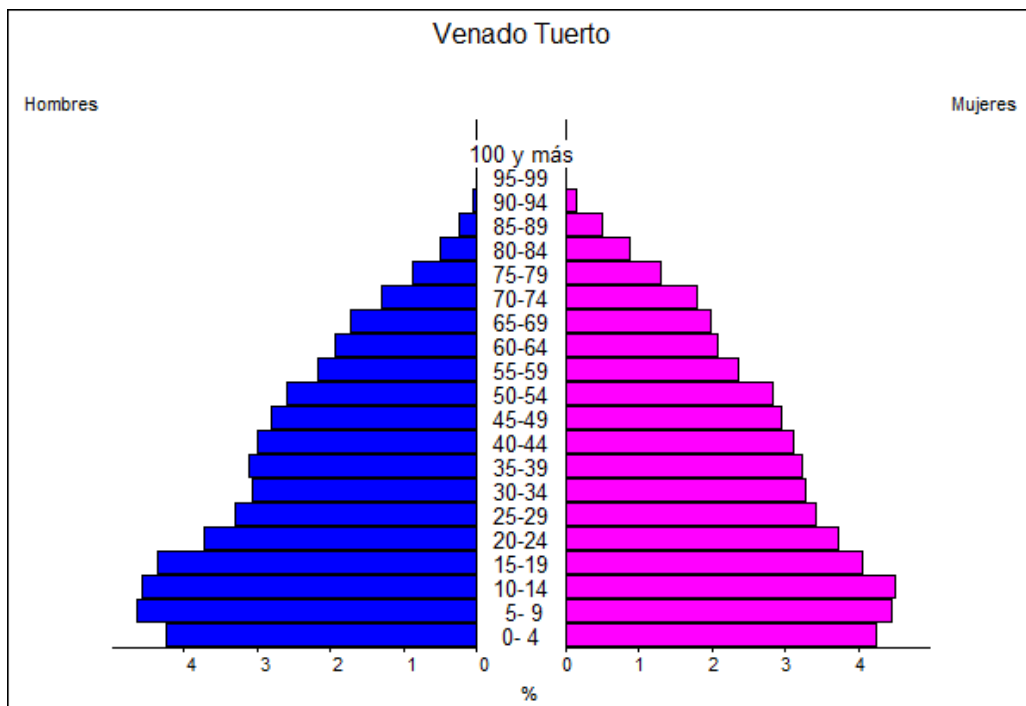
Tabla N° 1: Proyección de población de Venado Tuerto para año 2010. Basada en datos censales del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

Población 2010			
EDAD	TOTAL	VARONES	MUJERES
0 año	1.403	693	710
1 a 4 años	5.288	2.642	2.646
5 a 9 años	7.162	3.639	3.522
10 a 14 años	7.139	3.593	3.546
15 a 19 años	6.626	3.431	3.195
20 a 24 años	5.866	2.928	2.937
25 a 29 años	5.298	2.585	2.712
30 a 34 años	5.001	2.404	2.597
35 a 39 años	5.011	2.448	2.563
40 a 44 años	4.824	2.352	2.472
45 a 49 años	4.553	2.210	2.343
50 a 54 años	4.286	2.036	2.250
55 a 59 años	3.584	1.707	1.878

60 a 64 años	3.173	1.523	1.649
65 a 69 años	2.926	1.348	1.578
70 a 74 años	2.450	1.018	1.432
75 a 79 años	1.729	693	1.036
80 a 84 años	1.101	388	713
85 a 89 años	610	194	416
90 a 94 años	190	52	138
95 a 99 años	36	14	23
100 años y mas	3	0	3
Total	78.261	37.899	40.362

Fuente: INDEC - IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. **Elaboración:** SDSS

Gráfico N°1: Proyección 2009 de la Pirámide Poblacional de la localidad de Venado Tuerto.



Fuente: INDEC - IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. **Elaboración:** SDSS

La pirámide poblacional de Venado Tuerto tiene característica de una población joven, con grupos numerosos entre las edades de 5 a 19 años tanto para los hombres como para las mujeres.

Obra Social

Para el análisis de la población según cobertura de Obra Social se analizaron los datos obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2001. Se obtuvo el número total de varones y mujeres con y sin Obra Social y el porcentaje que estos representan. Para un mejor análisis se dividieron los grupos etáreos en menores de 14 años (población infantil), entre 15 y 64 años (población adulta joven) y de 65 años y más (población adulta mayor).

Tabla N° 2: Cobertura de Obra Social por sexo y grupo etáreo.

Grupo de edad	Varones					Mujeres				
	Total	Tiene	%	No tiene	%	Total	Tiene	%	No tiene	%
0 a 14 años	9.593	4.728	49,28	4.665	50,72	9.266	4.577	49,40	4.689	50,60
15 a 64 años	21.000	11.032	52,53	9.968	47,47	21.863	12.551	57,40	9.312	42,60
65 y mas años	3.294	2.792	84,76	502	15,24	4.747	4.273	90,01	474	9,99
Total	33.687	18.552	55,07	15.135	44,93	35.876	21.401	59,65	14.475	40,35

Fuente: INDEC - IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. **Elaboración:** SDSS

Para la localidad de Venado Tuerto se observa que del total de varones (33.687) el 55,07% tiene Obra Social, siendo las personas con 65 años o más el grupo etáreo con mayor cobertura (84,76%). Lo mismo ocurre con la población femenina; del total de mujeres (35.876) el 59,65% tiene Obra Social, siendo las personas con 65 años o más el grupo etáreo con mayor cobertura (90%).

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI¹)

¹ La población con NBI es aquella que presenta al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

NBI 1- Hacinamiento: población en hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.

NBI 2- Vivienda: población en hogares que habitaran en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).

NBI 3 - Condiciones Sanitarias: población en hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.

Para el análisis de la población con NBI se analizaron los datos obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2001. Se incluye la población censada en la calle.

Tabla N° 3: Población con NBI. Total y porcentaje.

P O B L A C I Ó N 2001		
TOTAL	Con NBI	%
69.165	8.636	12.5

Fuente: INDEC - IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. **Elaboración:** SDSS

Para la localidad de Venado Tuerto el 12,5% de la población posee alguna NBI, lo que equivale a un total de 8.363 personas.

NBI 4 - Asistencia Escolar: población en hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela.

NBI 5 - Capacidad de Subsistencia: población en hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación.

LA RED DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

La ciudad de Venado Tuerto cuenta con una red de servicios públicos conformada por un Hospital², el Hospital Alejandro Gutiérrez, un Servicio Ambulatorio de Salud Mental, “Casa del Sol”, ambos dependientes del Ministerio de Salud provincial, y 11 Centros Comunitarios (primer nivel de atención) dependientes del Municipio: Villa Casey, Juan XXIII, Rivadavia, Ciudad Nueva, Güemes, Santa Rosa, San Vicente, San José Obrero, Malvinas Argentinas, Tiro Federal, Iturbide y la Asistencia Pública Municipal.

Los Centros Comunitarios están conformados por un equipo sociosanitario interdisciplinario conformado por pediatras, clínicos, generalistas, tocoginecólogos, nutricionistas, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, mucamas y administrativos/as. Estos equipos implementan la estrategia de Atención Primaria de la Salud y tienen asignada una población. Cabe aclarar que si bien la Asistencia Pública Municipal es un establecimiento del primer nivel de atención, no posee equipo sociosanitario ni tiene población “a cargo” y produce mayoritariamente servicios al modo de una guardia de 16 horas, atendiendo la demanda espontánea sin encauzar el proceso de atención.

Si bien desde hace varios años ambas administraciones definieron organizar la red en función de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), desde hace relativamente poco tiempo se comenzó a trabajar en una articulación efectiva entre los Centros comunitarios municipales y el Hospital provincial.

El Equipo de gestión local, conformado por referentes de ambas administraciones, y en función de los atributos de la APS (continuidad, integralidad, longitudinalidad, equidad y universalidad) vienen trabajando las siguientes líneas: i) equipos de los Centros comunitarios con población “a cargo” (adscripta), los que generando un vínculo estrecho y continuo, proveen de

² El Hospital cuenta con: servicio de guardia, consultorios externos de especialistas, laboratorio, imágenes e internación. Ésta última está organizada en los servicios de ginecoobstetricia (17 camas), pediatría (20 camas), cuidados básicos e intermedios (22 camas), cuidados intensivos adultos (3 camas) y neonatología (11). Este modelo organizacional, por **cuidados progresivos**, vino a reemplazar el tradicional ordenamiento centrado en servicios de internación por especialidades: clínica, cirugía, traumatología. En el nuevo modelo, el lugar de internación en el hospital se define en función de la problemática de salud-enfermedad del paciente y de los cuidados que enfermería debe brindar, a lo que se suma un referente clínico que garantice la continuidad y la integralidad del proceso de atención. El proceso es conocido localmente como **clínicalización**.

cuidados integrales y a lo largo del tiempo a las familias e individuos que residen en la cercanía del Centro Comunitario; ii) responsable hospitalario de brindar una atención continua e integral a todo paciente/usuario que se interna en el hospital, con independencia del motivo de internación (“clinicalización”)

Dado que el principal objetivo de este apartado es comparar los perfiles de consultas entre los servicios públicos de la red, cabe recordar que existen importantes diferencias estructurales y organizacionales entre los Centros comunitarios y los consultorios hospitalarios, es por ello que la información presentada mas adelante ha de ser interpretada en el contexto de dichas diferencias, y teniendo en cuenta que la misma surge de fuentes secundarias y generales (Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias y Resumen Mensual de Producción de consultas), las que ocultan en gran medida las particularidades entre el hospital y los Centros, y las singularidades entre éstos.

Entre los factores estructurales puede señalarse:

1. Horarios de atención. Los horarios de atención no solo son diferentes entre hospital y Centros comunitarios, sino también entre éstos³: un (1) centro con atención de 16 horas; un (1) centro con atención diaria de 11 horas; seis (6) centros con atención de 8 horas diarias; y cuatro (4) centros con atención diaria de 6 horas (todos los establecimientos municipales atiende de lunes a viernes)
2. Recursos humanos y estructurales: ambos son relativamente más acotados en los Centros que en el hospital.

Entre las diferencias organizacionales más importantes cabe destacar:

1. La conformación de equipos socio sanitarios con población adscripta en los Centros comunitarios. Este acuerdo organizacional implica un trabajo cualitativamente diferente a la tradicional atención de la demanda desde un consultorio o una guardia. Para dar cuenta de dicha modalidad de

³ Horario de atención de los Centros Comunitarios Municipales: Asistencia Publica Municipal, de 8:00 a 24:00 hs.; Iturbide 8:00 a 19:00 hs; Malvinas 8:00 a 16:00 hs.; Santa Rosa 8:00 a 16:00 hs., Güemes 8:00 a 16:00 hs.; Ciudad nueva 8:00 a 16:00 hs.; Tiro Federal 8:00 a 16:00 hs.; San Vicente 8:00 a 16:00 hs.; Juan XXIII 8:00 a 14:00 hs.; Rivadavia 8 a 14 hs.; Villa Casey 8:00 a 14:00 hs.; San José Obrero 8:00 a 14:00 hs.

trabajo es imprescindible recurrir a otra información y a indicadores no tradicionales.

2. El consultorio pediátrico del hospital presenta continuidad funcional con el servicio de guardia pediátrica. Mientras el consultorio funciona de 8:00 a 20:00 horas, y principalmente a través de turnos programados, la guardia lo hace en horario nocturno y a demanda espontánea. Entre ambos servicios se garantiza una oferta diaria de 24 horas los 365 días del año.
3. Diferente soporte institucional del Hospital hacia sus consultorios en comparación con los Centros comunitarios. Al compartir espacio físico y lógicas institucionales, el soporte que el Hospital brinda a los consultorios es diferente respecto de los Centros, traducándose en posibilidades diferenciales de acceso a otros servicios: especialidades médicas del segundo nivel, exámenes complementarios y recursos terapéuticos.

En fin, valga este reparo teórico-metodológico, a fin de contextualizar los datos que se presentarán, como así también, para pensar la producción de indicadores más adecuados para describir la realidad de los servicios locales.

A continuación se presenta un breve comentario de parte de los responsables de la gestión de los servicios municipales y del Hospital

***“La Secretaría de Promoción Comunitaria de la Municipalidad de Venado Tuerto.
Dinámica de funcionamiento.***

En diciembre del año 2007 con el cambio de gestión municipal, se crea la Secretaría de Promoción Comunitaria de la cual dependen: Subsecretaría de Salud, Subsecretaría de Acción Social y Dirección de Vivienda.

Es también en este momento cuando se plantea la necesidad de generar un cambio cualitativo en el sistema de salud en su totalidad que contempla a la Atención Primaria de la Salud como estrategia que, en virtud de sus fundamentos y características de integración en la comunidad, sobrepasa los límites del sector. Se transforma en un desafío que significa mucho más que reordenar o reestructurar los servicios.

*La Secretaría de Promoción Comunitaria tiene como objetivo generar, desarrollar y sostener la estrategia de **Abordaje sociosanitaria territorial**, es decir aquel generado en el lugar donde*

viven los diferentes grupos sociales y en función de las problemáticas que padecen a causa de procesos socio históricos. El nuevo proyecto de gestión propone transformar los Centros de Salud en Centros Comunitarios, con equipos interdisciplinarios estables en cada Centro con autonomía en la toma de decisiones y con descentralización de recursos. De esta manera se generan espacios diferentes de trabajo que tienden a garantizar la implementación de la estrategia de Atención Primaria.

Se establecen en cada Centro los **Equipos Sociosanitarios** (EASS) conformados por: Trabajadora Social, Médico/a Clínico/a, Obstetra, Ginecólogo/a, Médico/a Pediatra, Médico/a Generalista, Nutricionista, Enfermero/a, Mucama y Psicólogo/a. Es importante resaltar que hasta el momento el sistema no contempla la presencia de psicólogos/as dentro del marco de trabajo de los Centros.

Cada EASS tendrá una asignación de población de la cual deberá realizar no solo la atención de la demanda sociosanitaria sino también informes, investigaciones y detección de grupos y micro áreas de población más vulnerable.

Tanto en su intervención social como de salud implementará la **estrategia de atención primaria**.

“Los integrantes del Equipo deben además de implementar las tareas de la atención primaria socio sanitaria, realizar reuniones de equipos semanales para acordar criterios y acciones al interior del equipo, realizar también tareas de formación y capacitación profesional. Cada Centro y su respectivo Equipo tienen un responsable del trabajo en el territorio que es elegido por los demás integrantes del mismo. Esta elección puede recaer sobre cualquier integrante mas allá de su disciplina, solo se debe tener en cuenta su compromiso institucional, laboral, su capacidad técnica, profesional y humana con este trabajo. Cada coordinador cumple sus funciones por 6 meses”.⁴ Éstos forman parte con los referentes de las Subsecretarías de Salud y de Acción Social del Colegiado de Gestión, que se reúne quincenalmente para establecer y evaluar políticas de acción. Asimismo funciona la Asistencia Pública Municipal con una modalidad de guardia de 16 hs, no posee equipo interdisciplinario ni población a cargo”

“Equipo de Dirección del Hospital Gutiérrez. Construyendo el cambio...”

⁴ José Luis Aguirre y Pedro Bustos: “Proyecto de Gestión para Políticas Sociales y de la Salud”. Municipalidad de Venado Tuerto. Septiembre de 2006

En este relato se encuentran implícitos todos aquellos trabajadores que de diversas formas se sumaron al proceso de cambio que se viene dando en la gestión y la organización del Hospital.

Cuando pensamos en re-construir lo realizado hasta ahora, nos vienen a la mente muchos conceptos, los cuales hemos releído y compartido en varias oportunidades, tratando de buscar su correlato en la práctica diaria, la que todo el tiempo nos obliga a repensar y a cambiar.

En esos momentos, donde pensábamos qué decisión adoptar, aparecían problemas concretos para la gestión: la solicitud de un medicamento para un paciente ambulatorio; la solicitud de leche; de pasajes para trasladarse a Rosario; de reclamos por la mala atención en guardia y en internación por parte de los pacientes; de reclamos de falta de cobro por parte de los médicos; de ausencias imprevistas, donde lo habitual es suspender el servicio, aunque esto implique hacer regresar a los pacientes; la presencia de médicos concurrentes ad honorem cubriendo servicios esenciales; de estadísticas que permitan ver no solo números sino también pacientes internados o ambulatorios; la ausencia de registro en las historias clínicas, etc.

*En este proceso, una decisión de la gestión fue dar lugar a la **subjectividad** de los trabajadores y usuarios. Atender al “capital humano”. A modo de ejemplo, se logró mejoras en la oficina de personal, aportando los elementos informáticos necesarios, recuperando legajos de los trabajadores, creando una agenda que permita llevar en forma actualizada la situación de cada uno, su historia y su presente, y empezar a verbalizar que tenemos que lograr sentir ganas de venir a trabajar, con el objetivo de recuperar la credibilidad en la gestión y atendiendo sus necesidades, todo esto con vistas a recuperar el orgullo de formar parte del sistema público de salud provincial.*

*Otro elemento a tener en cuenta fue la **participación** del personal, a través de la resignificación de espacios de encuentro, como las Reuniones de ateneos y del Comité de decencia, pero también de los usuarios, abriendo las puertas de la Dirección a cada reclamo, trabajando hasta en el más mínimo detalle en el proceso que garantice sus necesidades, lo que nos lleva a traspasar los muros del hospital, planteando la necesidad de otras intervenciones, de juntarnos con otros, sin los cuales no veíamos posible concretar lo que llamamos “un proyecto terapéutico integral”.*

*Los principios de **accesibilidad, universalidad, equidad y calidad** giran permanentemente en cada decisión, en cada reformulación de las prácticas, y en todos los servicios. Aquí se mezclan las diferentes lógicas administrativas, los intereses personales y corporativos, apareciendo profundas limitaciones por la falta de datos, que sirvan para la toma de decisiones, legitimen los acuerdos y optimicen la utilización de los recursos.*

*Puede decirse que todo arranca del **Plan estratégico** (PE) que habilitaba a pensar desde una decisión de política gubernamental y en la cual creemos. Muchas veces, cuando tratábamos de comprender lo que pasaba, nos detuvimos a pensar en los ejes que se señalan en el PE: **calidad institucional, capacidad de gestión y empoderamiento** de los gobiernos locales. Calidad institucional, en tanto capacidad del espacio hospitalario para aportar a todos los que por allí transitan, algo superador a lo que traemos: un valor, un conocimiento. Capacidad de gestión, en tanto capacidad personal y colectiva de dar respuestas adecuadas, cambiando a la vez, procesos y prácticas. Empoderamiento, en tanto la capacidad de cada actor para aportar*

desde su lugar a la solución de las problemática de los procesos de salud-enfermedad-atención. Todo ello en función del modelo que se está construyendo a través del reconocimiento de la fragmentación del sistema, la construcción de una visión acerca de la salud como derecho, y el abordaje integral de los problemas de la persona.

*La palabra, que a nuestro entender, es la más representativa de la gestión, es la **creatividad**, ya que si bien hay una serie de elementos teóricos y conceptuales, a éstos hay que combinarlos en la práctica para lograr un producto, producto que a su vez tiene un agregado de **valor** que hace a la cultura de la institución”*

La producción de consultas de los establecimientos de la red

Se presenta a continuación datos sobre la producción de consultas de los establecimientos de la red para todo el 2009 (último dato actualizado al momento de elaborar el Informe). La fuente consultada es el Sistema Información del Ministerio de Salud (SIMS), coordinado por la Dirección Provincial de Estadísticas, que presenta información consolidada a partir del Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias y Resumen Mensual de Producción de Consultas.

Las consultas corresponden a los servicios ambulatorios: consultorio externo y guardia, y se diferencian en médicas y no médicas (psicología, fonoaudiología, nutrición, odontología, etc.) Quedan excluidas las prestaciones de enfermería, Trabajo social y Promotores de salud, dado que el SIMS no realiza un consolidado del dato.

Los establecimientos contemplados son el Hospital Gutiérrez (guardia y consultorio), los 11 Centros Comunitarios y la Asistencia Pública Municipal. El Centro Comunitario Güemes y la “Casa del sol” no presentaron datos para dicho período.

Tabla N° 4: Producción de consultas medicas y no medicas de Consultorio Externo y Guardia de los servicios de la red publica de salud. Venado Tuerto 2009.

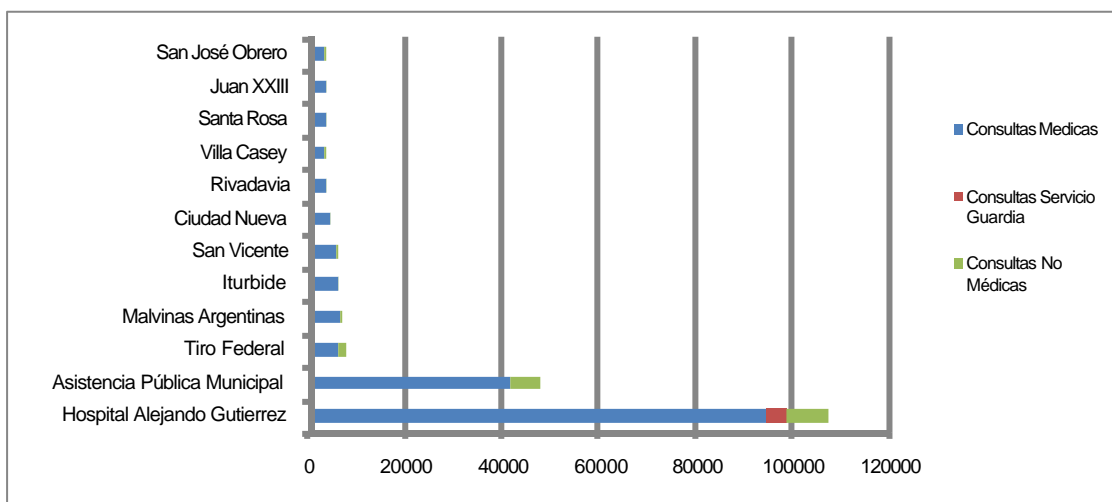
Establecimiento de Salud	Consultas Medicas (Consultorio Externo)	Consultas Servicio Guardia	Consultas No Médicas (Consultorio Externo)	Total
Hospital Alejandro Gutiérrez	94182	4233	8541	106.956

Asistencia Pública Municipal	41283	-	6409	47.692
Tiro Federal	5786	-	1977	7.763
Malvinas Argentinas	6357	-	314	6.671
Iturbide	5904	-	146	6.050
San Vicente	5557	-	205	5.762
Ciudad Nueva	4206	-	121	4.327
Rivadavia	3496	-	182	3.678
Villa Casey	3121	-	480	3.601
Santa Rosa	3406	-	107	3.513
Juan XXIII	3393	-	64	3.457
San José Obrero	2888	-	455	3.343

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Sistema Información del Ministerio de Salud (SIMS)

Elaboración: SDSS

Gráfico N° 2: Producción de consultas médicas y no médicas de consultorio Externo y Guardia de los servicios de la red pública de salud. Venado Tuerto 2009.



Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Sistema Información del Ministerio de Salud (SIMS)

Elaboración: SDSS

Además de la diferencia entre el hospital y los Centros respecto a la ausencia de servicios de guardia en estos últimos (el funcionamiento al modo guardia de la Asistencia Pública Municipal no puede ser mostrado por ésta fuente), se observa una gran heterogeneidad en la producción. Dichos datos deberían analizarse con mayor detenimiento a nivel local y a la luz de otra información más sensible (ejemplo: horas de atención de los establecimientos, cantidad y tipo de recurso humano, presencia de barreras de acceso, etc.)

Sería deseable para futuros análisis contar con el dato de la producción de enfermería, Trabajo social y Promotores de salud, Psicología y Odontología.

El perfil de las consultas a los Centros Comunitarios

Con el objetivo de visualizar el impacto que las políticas sanitarias vienen produciendo a nivel de la organización de los Centros, especialmente la conformación de equipos socio sanitarios interdisciplinarios con “población a cargo”, se procedió a caracterizar el perfil de consulta de cada Centro.

Desde la lógica de la APS, sería esperable que los equipos socio sanitarios produzcan cuidados continuos e integrales centrados en la familia o las personas, y no por patologías o prestaciones.

Entre las posibles fuentes de información para indagar los atributos de continuidad, integralidad y longitudinalidad (la Historia Clínica Familiar (HCF), el Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias o “Planilla diaria de Consultas” y una investigación *ad hoc*), se decidió trabajar con el Informe Diario de Consultas Ambulatorias de los profesionales médicos con “población a cargo” (pediatras, médicos generales, clínicos y tocoginecólogos).

Si bien se reconocen los límites que dicho registro posee para caracterizar la complejidad de los atributos planteados, su elección fue privilegiada en función de ser el registro más antiguo y completo, en comparación con la HCF, y está disponible, en comparación con la investigación *ad hoc*. En fin, como primera aproximación al problema se consideró que, limitaciones mediante, dicha fuente de información es útil.

Del Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias se puede obtener los siguientes datos: nombre, edad, dirección, seguro de salud, motivo de consulta o

diagnóstico y si se trata de una consulta nueva o ulterior⁵. Para éste Primer Informe se trabajó con los datos registrados en las columnas de Edad, Sexo y Diagnóstico/Motivo de Consulta del mes de Agosto de 2010⁶.

Dada la gran cantidad y calidad de Diagnósticos/Motivos de consulta consignados en el Informe Diario de Consultas Ambulatorias (más de 150), y en función del objetivo de caracterizar el perfil de consultas a los Centros, los mismos se agruparon del siguiente modo:

1. Problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c) de pronta atención (“agudos”)
2. Problemas s-e-c que implican seguimiento (“crónicos”). Ejemplo: “controles”, “embarazo”.
3. No diagnóstico. Ejemplos: “receta”, “prestación”, “transcripción receta”, “certificados”, “traslados”, “derivaciones”, “consultas”, etc.
4. No se puede obtener dato: ilegibilidad de la letra, registro con siglas, etc.

En el *Anexo 1* figura listado con los Diagnósticos/Motivos de consulta y los grupos a los que fueron asignados.

Cada agrupamiento es indicador de diferentes atributos. Los p-s-e-c que requieren pronta atención, característicos de un servicio de urgencia, puede señalar buenas condiciones de acceso y capacidad de resolución. Los p-s-e-c que implican seguimiento pueden indicar mejores condiciones para la continuidad y la longitudinalidad. Los agrupamientos de No diagnóstico y No se puede obtener datos son indicadores de la calidad del registro.

⁵ **Consulta nueva:** primer contacto de un usuario a un servicio/profesional de salud en un año calendario. **Consulta ulterior:** sucesivas consultas del mismo usuario al mismo servicio/profesional. Ambos tipos son independientes del diagnóstico. **Consulta de Primera Vez:** primer contacto con un servicio/profesional por un problema de salud-enfermedad-cuidado. **Repetida:** sucesivas consultas por el mismo problema de salud-enfermedad-cuidado.

⁶ La elección de dicho mes reside en que las consultas durante el mismo reflejan cierta situación de “normalidad” de los servicios, donde la demanda no está tan influenciada por los habituales brotes invernales de IRAs y la oferta no se haya disminuida por la licencia ordinaria de los trabajadores.

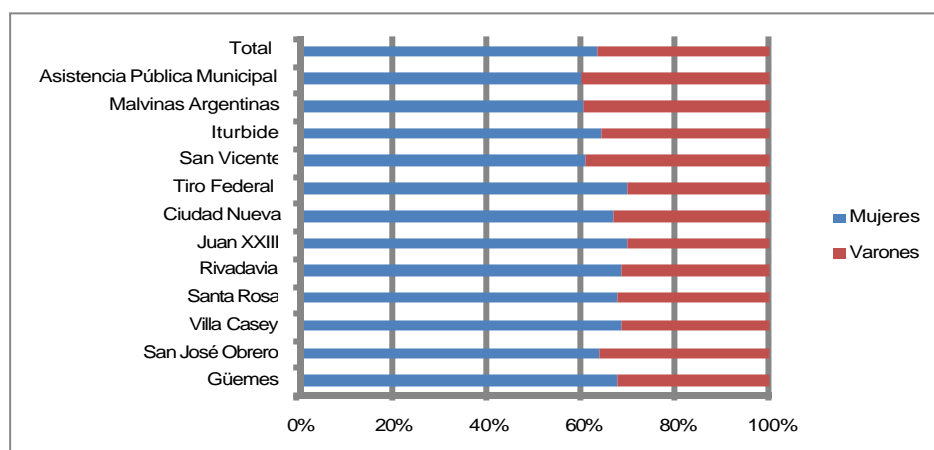
Se presenta a continuación la información para cada Centro según variables de sexo, edad y Diagnósticos/motivos de consulta.

Tabla N° 5: Consultas según sexo a Centros Comunitarios de Venado Tuerto (valores absolutos y porcentajes) Agosto 2010.

	Mujeres		Varones		Sin datos	Total
Asistencia Pública Municipal	2087	60%	1392	40%	-	3479
Ciudad Nueva	340	67%	168	33%	-	508
Güemes	44	68%	21	32%	-	65
Iturbide	442	64%	246	36%	-	688
Juan XXIII	295	70%	128	30%	-	423
Malvinas Argentinas	494	60%	328	40%	-	822
Rivadavia	268	69%	123	31%	-	391
San José Obrero	123	64%	70	36%	-	193
San Vicente	312	61%	202	39%	-	514
Santa Rosa	239	67%	114	33%	3	356
Tiro Federal	434	70%	189	30%	1	624
Villa Casey	193	68%	89	32%	2	284
Total	5.271	63%	3.070	37%	6	8.347

Fuente: Secretaria Salud de Venado Tuerto. Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias. **Elaboración:** SDSS

Gráfico N°3: Consultas según sexo a Centros Comunitarios de Venado Tuerto. Agosto 2010.



Elaboración: SDSS

Cabe destacar que el perfil de consultas a los Centros comunitarios según la variable sexo, presenta un amplio predominio de consultas de la mujer respecto del varón. En todos los Centros supera el 60%. Este dato debería cotejarse con la población del área de influencia de los centros. Cabe recordar que la proporción varones/mujeres de Venado está próxima al 50% (Tabla N° 1), de lo que surge al menos dos interrogantes: ¿el área de responsabilidad está compuesta principalmente por población femenina?, ¿no estarán reflejando dichos datos la presencia de barreras de acceso para los varones?

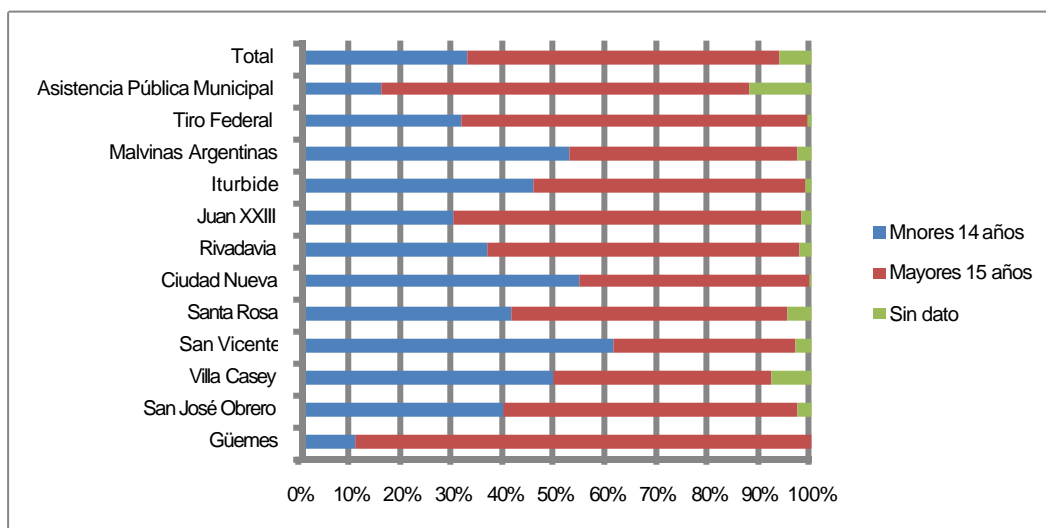
Tabla N° 6: Consultas según grupos etáreos a Centros Comunitarios de Venado Tuerto (valores absolutos y porcentajes) Agosto 2010.

	Menores 14 años		Mayores de 15 años		Sin datos		Total
Asistencia Pública Municipal	551	16%	2.507	72%	418	12%	3.476
Ciudad Nueva	278	55%	228	45%	2	0,40%	508
Güemes	7	12%	58	88%	0	0%	65
Iturbide	316	46%	364	53%	8	1%	688
Juan XXIII	127	30%	289	68%	7	2%	423
Malvinas Argentinas	434	52%	368	44%	21	4%	822
Rivadavia	144	37%	239	61%	8	2%	391

San José Obrero	77	40%	111	58%	5	2%	193
San Vicente	316	62%	183	35%	15	3%	514
Santa Rosa	147	41%	193	54%	16	5%	356
Tiro Federal	197	32%	423	68%	4	2%	624
Villa Casey	141	50%	121	43%	22	7%	284
Total	2.735	33%	5.084	61%	526	6%	8.347

Fuente: Secretaria Salud de Venado Tuerto. Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias. **Elaboración:** SDSS

Gráfico N°4: Consultas según grupos etáreos a Centros Comunitarios de Venado Tuerto. Agosto 2010.



Elaboración: SDSS

Excepto los Centros San Vicente, Ciudad Nueva, Malvinas Argentinas y Villa Casey, se observa un predominio de la consulta de mayores de 15 años (ha de tenerse en cuenta que durante 2010, el Centro Güemes, no tuvo servicio de pediatría).

Este dato debería cotejarse con la población del área de responsabilidad de los Centros. Cabe recordar que la pirámide poblacional de Venado se corresponde con la de una población joven, con mayores porcentajes de menores respecto de los adultos. Ante ello surgen los siguientes interrogantes: ¿reflejan los datos

barreras de acceso a los Centros comunitarios?, ¿dónde se atiende la demanda: en el hospital, en el sector privado?

Tabla Nº 7: Consultas según Diagnósticos y motivos de consulta a Centros de salud de Venado Tuerto (valores absolutos y porcentajes) Agosto 2010.

Centro de Salud	Consulta por problemas s-e-c que implica seguimiento		Consulta por problemas s-e-c de pronta atención		No diagnóstico		No se puede obtener dato		Total de consultas mes
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
Asistencia P.	150	4%	2.586	74%	737	21%	4	0,1%	3.476
Ciudad Nueva	260	51%	176	34%	65	13%	7	2%	508
Güemes	20	31%	28	43%	16	25%	1	1,5%	65
Iturbide	275	40%	272	39,5 %	102	15%	39	6%	688
Juan XXIII	144	34%	168	40%	87	20,5 %	24	6%	423
Malvinas Argentinas	458	56%	283	34%	70	8,5%	11	1,3%	822
Rivadavia	111	28%	197	51%	69	18%	14	3,5%	391
San José Obrero	93	49%	79	41%	15	7%	6	3%	193
San Vicente	199	39%	207	40%	90	17%	18	4%	514
Santa Rosa	114	32%	207	58%	28	8%	7	2%	356
Tiro Federal	216	37%	361	58%	20	3,2%	27	4%	624
Villa Casey	82	29%	92	32%	101	36%	9	3%	284
Total	2.122	25%	4.656	56%	1.400	17%	167	2%	8.347

Fuente: Secretaria Salud de Venado Tuerto. Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias. **Elaboración:** SDSS

Una primera lectura que no ha de pasarse por alto es la marcada heterogeneidad de producción entre Centros durante el mes considerado. Con una diferencia de productividad de casi 55 veces, los extremos están ocupados por la Asistencia Pública Municipal (3.476) y Güemes (65).

Respecto de las consultas, si se privilegia el Seguimiento por sobre la Pronta atención, solo 3 de los 11 Centros de salud presentan un perfil con dicha característica: Ciudad Nueva (51% a 34%), San José (49 a 41%) y Malvinas Argentinas (56% a 34%). A estos se puede sumar San Vicente (39% a 40%) e Iturbide (40% a 39,5%), con porcentajes iguales o muy próximos entre sí.

Por su parte, la mayoría de los Centros (6) presentan un perfil inverso, con predominio de la Pronta atención por sobre el Seguimiento: Santa Rosa (32% a 58%), Tiro Federal (37% a 58%), Rivadavia (28% a 51%), Güemes (31% a 43%), Juan XXIII (34 a 40%) y Asistencia Pública Municipal (4 a 74%).

En el Centro Villa Casey predominan las consultas de No diagnóstico por sobre los otros grupos (36%), las que sumadas a las consultas donde No se puede rescatar dato (3%), es un Centro que deberían revisar la calidad del registro.

Dada la limitación que impone la fuente utilizada debería recurrirse a otra información para profundizar la caracterización del Perfil de cada Centro (Historias Clínicas Familiares centradas en Problemas, Registro para identificar usuarios adscriptos, Ficheros calendarios, etc.) Profundizar el análisis solamente con los datos presentados resultaría extremadamente aventurado.

La consulta ambulatoria al Hospital

Con el objeto de comparar con el perfil de consulta a los Centros comunitarios, se presenta a continuación información sobre la consulta ambulatoria al Hospital Gutiérrez de servicios que, por su características, deberían trabajar con “población a cargo” (en sintonía con los Centros comunitarios: médicos de cabecera con población adscripta, a la que brindan cuidados continuos e integrales a lo largo del tiempo, con registros clínicos que den cuenta de ello – Historia Clínica Familiar centrada por problemas-, etc.).

Los servicios seleccionados son los Consultorios Externos de Clínica médica (mayores de 15 años o “adultos”), Tocoginecología (mujeres) y Pediatría (atiende lunes a viernes de 00:80 a 20:00 horas).

El acceso a éstos servicios está mediado por la tramitación de un turno, lo que supone cierta posibilidad de planificación tanto por el usuario (tiempo para planificar una consulta, solicitar un turno y hacer uso efectivo del servicio), como de los servicios (tiempos destinados a la atención, elaboración de registros, etc.)

Se seleccionó también el Servicio de Guardia Pediátrica, que atiende “a demanda espontánea” y durante los horarios donde no lo hace el Consultorio Externo (lunes a viernes, de 20:00 a 00:00 horas; sábado, domingos y feriados, las 24 horas). El objetivo es observar las diferencias con el perfil de consultas al Consultorio Externo.

Los grupos diagnósticos son los mismos que los usados para describir el perfil de los Centros comunitarios: i) Problemas de salud-enfermedad-cuidado (s-e-c) de pronta atención (“agudos”); ii) Problemas s-e-c que implican seguimiento (“crónicos”). Ejemplo: “controles”, “embarazo”; iii) No diagnóstico. Ejemplos: “receta”, “prestación”, “transcripción receta”, “certificados”, “traslados”, “derivaciones”, “consultas”, etc.; y vi) No se puede obtener dato: ilegibilidad de la letra, registro con siglas, etc.

Tabla N° 8: Consultas según Diagnósticos y motivos de consulta a servicios ambulatorios hospitalarios seleccionados. Hospital Gutiérrez (valores absolutos y porcentajes) Agosto 2010.

Servicio	Consulta por problemas s-e-c que implica seguimiento		Consulta por problemas s-e-c de pronta atención		No diagnóstico		No se puede obtener dato		Total de consultas mes
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	
C. Externo Clínica	149	18%	329	39%	370	43%	-	-	848
C. Externo Toco Gineco	408	68%	48	8%	139	23%	-	-	595
C. Externo Pediatría	601	33%	1.041	57%	308	17%	-	-	1.829
Guardia Pediatría	249	13%	1.530	83%	60	4%	-	-	1.853
Total	1.407	29%	2.948	58%	877	17%	-	-	5.125

Fuente: División Estadísticas Hospital Gutiérrez. **Elaboración:** SDSS

Se observan diferentes perfiles según el servicio.

Para Clínica medica predomina El no diagnóstico (43%), lo que habla de déficit en la calidad del registro, seguido por la consulta por problemáticas “agudas” (39%) y finalmente los problemas que demandan seguimiento (18%). De estos datos surgen algunos interrogantes: ¿qué diferencias, más allá de la gravedad de situaciones, presenta el Consultorio respecto de la Guardia de Adultos? Un médico de consultorio puede brindar una atención continua e integral a los usuarios: programar nuevas visitas según el problema, elaborar registros clínicos adecuados, planificar un proyecto terapéutico “a la medida” del usuario, etc., etc., estrategia que denota una calidad de atención diferente, y que una guardia es incapaz de producir.

Por su parte, el Consultorio de Tocoginecología presenta un perfil fundamentalmente de “seguimiento”. Los “controles de embarazo” y “puerperio”, la toma de PAP, la “Planificación Familiar” están entre los diagnósticos más frecuentes. En tal sentido puede decirse que es un servicio que “compite” con los Centros comunitarios por una población adscripta. Seguramente influye el hecho de que la mayoría de los médicos tocoginecólogos de los Centros comunitarios atienden también en el hospital, permitiendo “llevar a las pacientes” al segundo nivel. Debería analizarse con mayor profundidad, y con información complementaria, las ventajas y desventajas de la adscripción al Hospital por sobre los Centros. En tal sentido caben algunos interrogantes: ¿qué brinda el Consultorio de ginecoobstetricia del Hospital por sobre los Centros?, ¿Qué “pierde” la red de servicios de salud si las situaciones que debería atender un Centro Comunitario son atendidas por el Hospital (Toma de PAP, Anticoncepción, Acompañamiento antenatal, etc.)?

Respecto de Pediatría, y si bien hay diferencias en los porcentajes, ambos servicios presentan perfiles similares: predominio de consultas “agudas” por sobre “seguimiento” y en tercer lugar el No diagnóstico. Sin embargo, y más allá de la similitud, es del Consultorio de quién cabe esperar un perfil diferente, con mayor proporción de consultas de “seguimiento” y menor cantidad de No diagnósticos. Para el Consultorio de Pediatría caben similares argumentos que para Clínica: el pediatra de consultorio, en tanto pediatra de cabecera, puede brindar una atención continua e integral a sus pacientes, atención de calidad diferente, que desde la guardia es imposible producir.

Por último cabe señalar el mayor volumen de consulta pediátrica al Hospital, tanto a Guardia como al Consultorio, respecto los Centros Comunitarios en conjunto para igual período. El hospital registró 3.682 consultas y los 11 Centros,

2.735. El dato debería analizarse en profundidad y con información complementaria. Un interrogante a despejar es el siguiente: ¿en que medida, la diferencia en la cantidad de consultas, esconde barreras de acceso a los Centros?

LAS INTERNACIONES HOSPITALARIAS

Internaciones de residentes de Venado Tuerto en establecimientos públicos provinciales

La siguiente tabla muestra los establecimientos públicos provinciales donde se internaron residentes de Venado Tuerto durante el 2010. El análisis pretende mostrar cuáles son las instituciones que resuelven el problema de la internación de los ciudadanos de Venado Tuerto cuando sus problemas de salud precisan de cuidados hospitalarios. La fuente consultada es el Sistema Información del Ministerio de Salud (SIMS) de la Dirección de Estadísticas del Ministerio. La información es elaborada a partir del Informe de Egreso Hospitalario, por lo que el dato obtenido no es nominal (una persona puede generar más de un/egreso año)

Tabla N°9: Hospitales públicos provinciales que internaron a residentes de Venado Tuerto en el año 2010

Localidad y Hospital de internación	TOTAL
Venado Tuerto (Hospital Gutiérrez)	5.504
Rufino (Hospital Salas Cobo)	6
Oliveros (Colonia Psiquiátrica)	14
Rosario (Hospital del Centenario)	7
Santa Fe (Hospital Cullen)	11
Santa Fe (Hospital de Niños Alasia)	8
Rufino (Hospital San Martín)	1
Total	5.541

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. Egresos Hospitalarios.

Elaboración: SDSS

Las internaciones en efectores públicos de otras localidades es muy baja (0,7%), por lo cual puede concluirse que el hospital local resuelve en gran medida la internación de personas residentes en la ciudad de Venado.

La internación en el Hospital Alejandro Gutiérrez

Se presenta a continuación información referida a los egresos del hospital de Venado Tuerto. La fuente de información es el consolidado de los Egresos Hospitalarios elaborado por la Dirección de Estadísticas del ministerio. Dado que el dato es elaborado a partir del Informe de egresos, las cantidades presentadas no reflejan pacientes nominalizados (una misma persona internada más de una vez/año genera varios egresos)

Tabla N°10: Características generales de usuarios internados en el Hospital Alejandro Gutiérrez en el año 2010

Características generales	Cantidad	Porcentajes
Internaciones según edad		
Menores de 1 mes (neonatos)	235	4%
Menores de 14 años (pediátricos)	1.430	26%
Mayores o igual a 15 años (adultos)	3.839	70%
Modalidad del egreso		
Alta médica	4.974	90%
Traslado a otro efector	193	4%
Retiro voluntario	123	2%
Alta transitoria	83	2%
Defunción	90	2%
Otros	41	1%
Situación de cobertura de Obra social de los internados		
Sin Obra Social	4696	85%
Con Obra social	808	15%
Total internaciones	5.504	100%

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. Egresos Hospitalarios

Elaboración: SDSS

Respecto de la edad, la mayoría de las internaciones corresponden a adultos (70%). La tercera parte restante corresponde a menores de 14 años, de los cuales, el 4% son neonatos.

Respecto de la modalidad de egreso, 9 de cada 10 egresos se producen por alta médica, seguidos por el traslado a otro efector (4%), el retiro voluntario (2%), el alta transitoria (2%) y la defunción (2%).

Se observa también que la mayoría de los usuarios internados en el período estudiado no poseen cobertura de Obra social (85%)

La internación neonatal

Se presenta a continuación información referida a los motivos de internación de los menores de 1 mes.

Dada la cantidad importante de diagnósticos de egreso, los mismos son agrupados en causas específicas al período neonatal, infecciones, malformaciones y otras.

Tabla N°11: Diagnósticos agrupados al egreso de Menores de 28 días. Hospital Alejandro Gutiérrez de Venado Tuerto. 2010

Diagnósticos de egreso	Descripción de principales diagnósticos	Casos	Porcentajes
Específicas al período neonatal			
	Taquipnea transitoria del recién nacido	54	
	Ictericia neonatal	24	
	Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido	19	
	Alteraciones específicas en la regulación de la temperatura	15	
	Trastorno metabólico del recién nacido (no especificado)	10	
	Otros diagnósticos	70	
Total		192	82 %
Infecciosas (incluye respiratorias)			
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	12	
	Sífilis congénita	5	
	Bronquiolitis aguda	2	
	Rinofaringitis aguda	1	
	Mononucleosis infecciosa	1	
	Influenza con neumonía (virus no especificado)	1	
Total		22	9,4%
Malformaciones			
	Malformaciones congénitas del corazón	3	
	Síndrome de Down	2	
	Síndromes con malformaciones de los rasgos faciales	2	
	Malformaciones no especificadas	1	
	Estenosis arteria pulmonar	1	
	Otros diagnósticos	8	
Total		17	7,2%
Otras causas			
Digestivas		2	0,8%

Traumatismos	1	0,4%
Endocrinas	1	0,4%
Total general	235	100%

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. Egresos Hospitalarios

Elaboración: SDSS

Se observa que el mayor porcentaje de internaciones está relacionado con eventos específicos del nacimiento, seguido por infecciones y malformaciones.

La internación pediátrica

Se presenta a continuación información referida a la de internación de los menores de 14 años (mayores de un mes)

Debido a la cantidad importante de diagnósticos de egreso, los mismos son agrupados en causas respiratorias (incluye infecciones), traumatismos, infecciones, abdominales y otras causas.

Tabla N°12: Diagnósticos agrupados al egreso de Menores de 14 años (mayores a 30 días).

Hospital Alejandro Gutiérrez de Venado Tuerto. 2010

Diagnósticos de egreso	Descripción de principales diagnósticos	Casos	Porcentajes
Respiratorias por todas la causas (infecciosas y no infecciosas)			
	Obstructivas (Bronquiolitis, BOR y asma)	249	
	Neumonías y otras infecciones respiratorias	107	
	Infecciones de vías aéreas superiores	40	
	Otros diagnósticos	95	
Total		491	34%
Traumatismos			
	Traumatismos, heridas y fracturas	194	
	Quemaduras	25	
	Envenenamiento con drogas lícitas	11	
	Intoxicaciones (incluye plaguicidas)	7	
	Electrocución	1	
	Otros diagnósticos	14	
Total		252	18%
Infecciosas (excluidas las respiratorias)			
	Diarreas y gastroenteritis	145	
	Varicela	30	
	Otros diagnósticos	23	
Total		194	14%
Abdominales (incluye causas medicas y quirúrgicas; excluye infecciosas)			

	Abdomen agudo	60	
	Apendicitis	34	
	Hernia inguinal	26	
	Hernia umbilical	10	
	Otros diagnósticos	20	
Total		150	10,4%
Otras causas			
Renovesicales		65	5%
Fiebre (no especificada)		60	4%
Convulsiones (no especificada)		24	2%
Malformaciones		44	3%
Endocrinas		24	2%
Osteomuscular		21	1%
Enfermedades de la sangre		18	1%
Otras		84	6%
Abuso sexual		3	0,2%
Total general		1.430	100%

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. Egresos Hospitalarios

Elaboración: SDSS

Puede observarse el peso que tienen las causas respiratorias (infecciosas y no infecciosas), con un tercio del total de internaciones, y la importancia que adquieren las “causas externas” para este grupo etéreo (traumatismos e intoxicaciones). Luego, pero con menores porcentajes aparecen las causas infecciosas no respiratorias, las abdominales, y finalmente un grupo heterogéneo de causas entre las que figuran convulsiones, fiebre e incluso Abuso sexual.

La internación de adultos

Bajo este título se engloban todas las internaciones de mayores a 15 años, tanto clínicas como quirúrgicas. Cabe recordar que el hospital ha iniciado un proceso de internación por cuidados progresivos, modalidad que viene a modificar la tradicional lógica de internación por servicios.

Tabla N° 13: Diagnósticos agrupados al egreso de Mayores de 15 años. Hospital Alejandro Gutiérrez de Venado Tuerto. 2010

Diagnósticos de egreso	Descripción de principales diagnósticos	Casos	Porcentajes
Gineco obstétricas			
	Egresos relacionados al embarazo (Partos vaginales, Amenaza PP; HTA y Emb.; IU y Emb.)	628	
	Cesáreas	276	
	Abortos	104	

	Otros diagnósticos	122	
Total		1130	35%
Traumatismos y envenenamientos			
	Fracturas	248	
	Traumatismo cráneo no especificado	98	
	Traumatismos múltiples no especificados	48	
	Envenenamiento	48	
	Intoxicaciones	15	
	Quemaduras	4	
	Otros diagnósticos	150	
Total		611	19%
Digestivo			
	Patología hepatobiliar	215	
	Abdomen agudo	83	
	Hernias	81	
	Apendicitis	79	
	Pancreatitis	31	
	Hemorragias digestivas	18	
	Otros diagnósticos	67	
Total		575	15%
Contacto con servicios salud para tratamientos			
	Quimioterapia	325	
	Otros diagnósticos	47	
		372	11%
Cardiovasculares			
	Insuficiencia cardiaca	47	
	Enfermedad cerebrovascular	42	
	Enfermedad coronaria aguda	41	
	Arritmias	22	
	Hipertensión arterial	19	
	Dolor precordial	16	
	Otros diagnósticos	39	
Total		226	7%
Genitourinario			
	Genitales femeninos	101	
	Genitales masculinos	19	
	Infecciones urinarias	75	
Total		195	6%
Otras causas			
Tumores (todos los tipos)		151	5%
Respiratorias (Asma, Epoc. Excluye infecciosas)		138	4%
Osteomuscular		86	3%

Infecciosas (excluye infección urinaria. Incluye respiratorias)	61	2%
Endocrinas	60	2%
Problemas de salud mental	44	3%
Endocrinas (DBTs, Hipertiroidismo, etc.)	24	2%
Signos y síntomas que involucran la función cognoscitiva	18	0,5%
Convulsiones en general	17	0,4%
Fiebre	84	6%
Cefalea	3	0,02%
Otros	138	6%
Total general	3.839	100%

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. Egresos Hospitalarios

Elaboración: SDSS

El perfil de internaciones para adultos cambia respecto de los grupos anteriores (neonatos y pediatría). No solo es más numeroso y mayor la variabilidad de motivos, sino que aparecen otros grupos de problemas de s-e-c. En conjunto, las causas ginecoobstétricas explican la tercera parte de los egresos, seguido por las causas externas (accidentes y traumatismos), los problemas del aparato digestivo, las cardiovasculares y las genitourinarias.

Especial mención merece la problemática neoplásicas (aparece tanto como un motivo de internación, como internaciones para tratamiento quimioterápico), como la problemática de salud mental. Cabe recordar que tanto la legislación vigente (Nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10), como las políticas sanitarias impulsadas por el Ministerio de Salud de la Provincia, promueven la internación de pacientes con problemas de Salud mental en los hospitales generales.

La internación de residentes de Venado Tuerto de otros hospitales públicos

Las 41 internaciones acontecidas en otros hospitales provinciales (Tabla N° 9) presentan las siguientes características.

Tabla N°14: Condición de obra social de residentes de Venado Tuerto que se internaron en hospitales públicos de otras localidades en el año 2010

Situación de cobertura de Obra social de los internados	Total
---	-------

Sin Obra social	39
Con Obra Social	2
Total	41

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. SIMS **Elaboración:** SDSS

La mayoría no contaba con Obra social.

Respecto de los motivos de la internación y los servicios donde ésta se efectivizó, se observa:

Tabla N°15: Motivos de internación de residentes de Venado Tuerto que se internaron en hospitales públicos de otras localidades en el año 2010

Motivos de Internación	Total
Salud mental (retraso mental, esquizofrenia, psicosis, dependencia al alcohol)	14
Neuroquirúrgicos (ACV hemorrágicos, tumor cerebro, compresión medular, Aneurisma cerebral)	9
Cardiovasculares (Angina inestable, aneurisma Aorta, estenosis valvulares, obstrucciones arteriales)	7
Traumatológicas (múltiples del hombro, brazo, esguinces, escoliosis, fracturas, traumas no especificados)	6
Fiebre de origen desconocido	1
Hipertrofia amígdala	1
Eclampsia	1
Tumor comportamiento incierto	1
Total	41

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. SIMS **Elaboración:** SDSS

Tabla N°16: Servicios de hospitales públicos de otras localidades donde fueron internados los residentes de Venado Tuerto, año 2010

Servicio	Oliveros Colonia Psiquiátrica	Hospital Cullen de Santa Fe	Hospital de Niños Alasia. Santa Fe	Hospital Centenario. Rosario	Hospital San Martín. Firmat	Total

Autocuidado	-	-	6	-	-	6
Cirugía General	-	3	-	1	-	4
Clínica medica	-	1	-	3	-	4
Neurocirugía	-	5	-	-	-	5
Salud mental	14	-	-	-	-	14
Terapia Intensiva	-	-	2	-	1	3
Total	14	11	8	7	1	41

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de Santa Fe. SIMS **Elaboración:** SDSS

Respecto de los motivos que ameritaron la internación en establecimientos de otras localidades, se trata principalmente de problemas de se-c graves, donde hay un riesgo inminente de la vida y/o se precisa de tecnologías que no están disponibles localmente.

Sería interesante revisar con mayor detalle las internaciones por Salud mental en la Colonia de Oliveros. Cabe recordar que las tecnologías necesarias para alojar pacientes corresponden a tecnologías “blandas” (capacidad para alojar y sostener vínculos), las que necesariamente deben desarrollarse en cualquier institución de salud.

También habría que indagar si las internaciones en otros establecimientos se producen a partir de la solicitud del Hospital Gutiérrez o se trata de usuarios que directamente buscan atender sus problemas en establecimientos que cuentan con mayores recursos tecnológicos.

Nacimientos en el Hospital Gutiérrez

Se presenta a continuación información referida a los nacimientos en el Hospital Gutiérrez para el 2010. El dato fue aportado por el servicio de Estadísticas del Hospital local y se presenta sin discriminar el lugar de residencia de la madre (cabe recordar que el servicio materno infantil del Gutiérrez es uno de los más importantes de la región, atendiendo a mujeres de otras localidades)

Tabla N°17: Nacimientos en el Hospital Gutiérrez de Venado Tuerto en 2010.

Lugar del nacimiento	Total	Porcentaje
Número de partos	629	68%
Partos por cesárea	276	32%
Total de nacidos vivos	905	100%

Fuente: División de Estadísticas del Hospital Gutiérrez. **Elaboración:** SDSS

Se observa el alto porcentaje de cesáreas sobre partos vaginales. La OPS/OMS recomienda que porcentajes entre 15 y 20.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN VENADO TUERTO

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

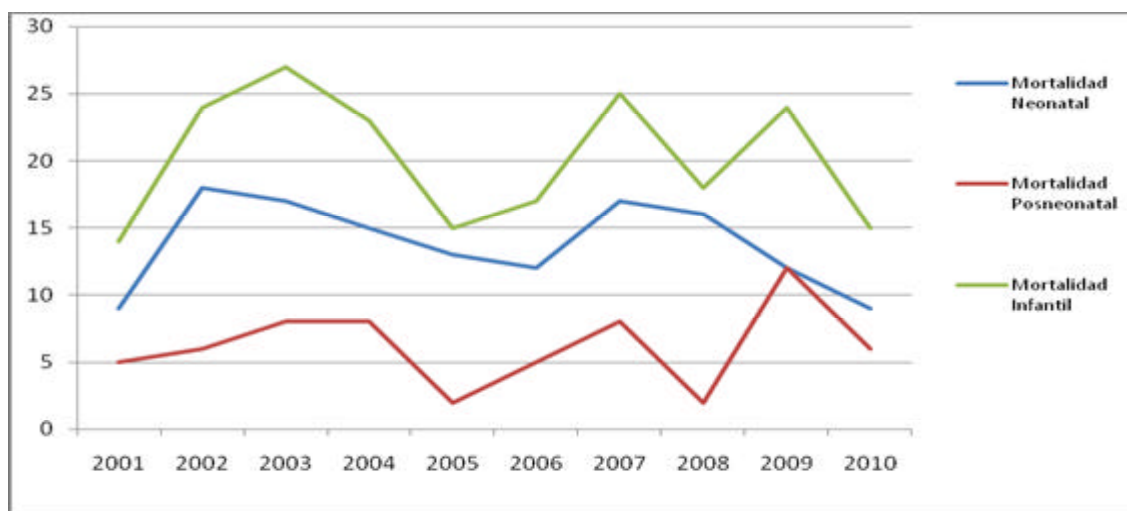
Se presenta a continuación información referida a la mortalidad infantil desagregada en sus dos componentes: Mortalidad Neonatal (0 y 28 días) y Posneonatal (28 días al año de vida) para la localidad de Venado Tuerto. La fuente consultada son las Estadísticas vitales elaboradas por la Dirección Provincial de Estadísticas del Ministerio a partir del Certificado de defunción, lo que permite analizar la totalidad de los eventos y no solo los ocurridos en alguno de los subsectores de salud.

Tabla N° 18: Mortalidad infantil, Neonatal, Posneonatal. Venado Tuerto entre 2001 y 2010.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mortalidad Neonatal	9	18	17	15	13	12	17	16	12	9
Mortalidad Posneonatal	5	6	8	8	2	5	8	2	12	6
Mortalidad Infantil	14	24	27	23	15	17	25	18	24	15

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Estadísticas Vitales. **Elaboración:** SDSS

Gráfico N° 5: Evolución de la Mortalidad infantil, la Mortalidad Neonatal y la Mortalidad posneonatal en Venado Tuerto entre 2001 y 2010.



Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Estadísticas Vitales. **Elaboración:** SDSS

Durante el período 2001 a 2010, la Mortalidad infantil se mantuvo alrededor de 20 defunciones promedio, con una variación entre 14 (2001) y 27 (2003). El componente Neonatal es el que explica la mayor cantidad de casos. De hecho, hubo una disminución del componente Posneonatal hasta el 2006, año a partir del cual volvió a aumentar, para luego descender nuevamente durante los últimos dos años.

Presentar el dato como Tasa permite realizar comparaciones de tiempo y lugar. A continuación se presenta información de Nacidos vivos de Venado (según localidad de residencia habitual de la madre) y la Tasa Mortalidad Infantil⁷.

Tabla N° 19: Nacidos vivos según localidad de residencia habitual de la madre y Tasa Mortalidad Infantil (x 1.000). Venado Tuerto. 2001 a 2010.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nacidos vivos	1.188	1.277	1.284	1.231	1.300	1.282	1.246	1.298	1.341	1.305
Tasa mortalidad infantil	11,7	18,7	21	18,6	11,5	13,2	20,0	13,8	17,8	11,4

Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Estadísticas Vitales. **Elaboración:** SDSS

Gráfico N° 6: Evolución de la Tasa Mortalidad Infantil en Venado Tuerto entre 2001 y 2010.



Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Estadísticas Vitales. **Elaboración:** SDSS

La Tasa de Mortalidad entre 2001 y 2010 presenta un doble lomo con valle en 2005. La tendencia provincial es de una progresiva disminución desde el año

⁷ **Tasa de mortalidad infantil** = (Defunciones niños <1 año/ Total de nacidos al año) x 1000

1980 (29 x 1.000) para llegar al 2010 a valores inferiores al dígito (9,7x1.000). Dada la relativa baja natalidad de Venado Tuerto, pequeñas variaciones en la mortalidad infantil producen amplios cambios en la tasa.

En dicho contexto, el solo análisis de una Tasas no resulta adecuado si no se analiza en profundidad lo ocurrido con cada una de las muertes: el diagnóstico de la muerte, el acceso a servicios y las condiciones biológicas, familiares, medioambientales y sociales donde ocurrió la muerte.

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN VENADO TUERTO

LA NOTIFICACIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE SALUD (SNVS)

El SNVS es un sistema coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación destinado a recoger todos aquellos eventos considerados de denuncia obligatoria según la Ley 15.465/60. El sistema recibe la notificación de los eventos diagnosticados clínicamente (SNVS-C2) como de los diagnosticados desde los laboratorios (SNVS-SIVILA)

Si bien la ley obliga a notificar a todo trabajador/a y servicio de salud, independientemente de que se desempeñe en el subsector público o el privado, los establecimientos de éste último presentan por lo general tasas de notificación nulas o bajas en comparación con el público. Venado Tuerto no escapa a la regla. A través de dos nodos de carga, uno en el Hospital y otro municipal, todos los servicios públicos de la red notifican al sistema.

Para el análisis se recurrió a la consulta directa del SNVS (cantidad y tipo de eventos notificados por cada uno de los establecimientos públicos según semana epidemiológica), y a la información generada por la supervisión de nodos de carga realizada por el ministerio provincial en octubre de 2011.

¿QUE EVENTOS SON NOTIFICADOS POR LOS ESTABLECIMIENTO DE LA RED?

Para el siguiente análisis se consultó la carga de los dos nodos de Venado Tuerto (el nodo “municipal”, al que tributan los 11 Centros Comunitarios y la Asistencia Pública Municipal, y el nodo “provincial”, al que tributan todos los servicios del hospital -consultorio, guardia, internación-) al SNVS-C2 para el año 2010.

La elección de dicho año reside en que es un período “cerrado”. Cabe recordar que el sistema implica que la notificación sea a tiempo real, donde para algunos eventos la notificación es inmediata, mientras que otros pueden reportarse semanalmente. El período comprende desde la primera a la última semana del 2010 (SE 1 a SE 53).

Tabla N° 20: Eventos notificados por los establecimientos públicos de Venado Tuerto en 2010 (SE 1 a SE 53)

Evento	Hospital Alejandro Gutiérrez	Asistencia Pública Municipal	Tiro Federal	Malvinas Argentinas	Iturbide	San Vicente	Ciudad Nueva	Rivadavia	Villa Casey	Santa Rosa	Juan XXIII	San José Obrero	Güemes	Total Notificaciones red pública salud
Coqueluche	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
Alacranismo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
FHA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hepatitis C	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hepatitis sin especificar	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Leptospirosis	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Meningitis x Haemofilus I.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningitis x Neumococo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Parotiditis	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22
Rubéola	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Triquinosis	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
TBC	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
Toxoplasmosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Accidente hogar	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54
Accidente sin especificar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accidente vial	652	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	654
Bronquiolitis < 2 años	283	35	25	58	19	32	6	7	25	11	12	12	0	525
Dengue agrupado	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
Diarrea	1315	268	19	39	27	42	27	24	4	15	30	3	0	1813
Enfermedad Tipo Influenza	365	1144	217	493	172	228	93	41	174	97	48	27	0	3099
Intoxicación x otros tóxicos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
IRA Internada	0	162	26	118	14	45	10	8	18	30	16	7	0	454

(Grave)														
Neumonía	542	34	19	9	3	4	3	11	5	4	4	1	0	639
Poliomielitis < 15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Supuración genital no Gonocócica	9	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	13
Tétano neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	336	24	3	26	17	47	30	7	43	10	11	5	0	559
Intoxicación x organoclorados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intoxicación x organofosforados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome febril inespecífico	2694	341	48	17	154	29	58	33	31	27	33	27	0	3492

Fuente: SNVS. Elaboración: SDSS

Si bien los datos presentados no permiten inferir *incidencias poblacionales por los eventos en cuestión* (el dato es una notificación al sistema de un caso que consultó en un establecimiento), son útiles para evaluar algunos procesos al interior del sistema de salud relacionados con las actividades de Vigilancia epidemiológica, como ser: la actitud de sospecha, la mirada poblacional, la producción y los circuitos de información y la utilización de los datos para la planificación local.

En tal sentido, ha de destacarse que a excepción del Centro Comunitario Güemes, todos los establecimientos públicos de Venado notificaron durante 2010 al menos un evento de denuncia obligatoria.

Entre los servicios que notificaron se observa cierta diferencia entre el hospital y el primer nivel. El Hospital Gutiérrez no solo fue quién más notificó, sino que lo hizo con una amplia variedad de eventos. Es aquí donde aparece cierto perfil de notificación diferente al presentado por el conjunto de los Centros.

Las notificaciones del hospital pueden agruparse en tres conjuntos de problemas.

- i) Un primer grupo, caracterizado por aquellas situaciones vinculadas a la urgencia, real o sentida, y/o a la necesidad de exámenes complementarios para la mejor definición del caso. Es el caso del Alacranismo, los accidentes en todas sus formas, las meningitis, la FHA, la triquinosis, el Dengue, la Leptospirosis, las hepatitis, el SIDA, la Sífilis congénita, la Toxoplasmosis y la TBC.
- ii) Un segundo grupo, compartido con los Centros Comunitarios, constituido por todos aquellos eventos que poseen claro comportamiento de brote estacional y de diagnóstico eminentemente clínico: Enfermedades tipo

influenza, Bronquiolitis, Neumonías, Diarreas, Varicelas y Síndromes Febriles Inespecíficos.

- iii) Un tercer grupo, que también incluye a eventos que se comportan produciendo brotes estacionales y con diagnóstico clínico, y que si bien no presentan incidencias tan elevadas como los eventos de grupo anterior, no es compartido con el primer nivel de atención. Es el caso de Coqueluche, Sarampión, Parotiditis y Rubeola.

A partir de lo que ocurre con éste último grupo, al que puede incluirse la TBC, surgen los siguientes interrogantes: ¿Qué está ocurriendo con la sospecha de dichos eventos en los Centros Comunitarios?, Los perfiles de notificación diferentes ¿esconden barreras de acceso? Estos interrogantes cobran mayor densidad en el caso de la TBC: ¿Están los Centros diagnosticando y tratando casos?, ¿Qué ocurre con el tratamiento supervisado?, ¿se hace en el hospital?, ¿es incorporado por los equipos como parte de sus herramientas para la atención integral de la población “adscripta”?

Mención aparte merecen dos de los eventos en cuestión.

Uno de ellos corresponde a las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), es decir cuadros infecciosos y agudos que por su mala evolución precisan internación con cuidados intensivos. Llama la atención que dicho evento es notificado por el primer nivel y no por el hospital. Seguramente se trata de un error conceptual de notificación, confundiendo dicho diagnóstico con otros cuadros respiratorios agudos: las ETI, las neumonías y las Bronquiolitis.

El otro evento, que no aparece notificado, son los casos de Intoxicaciones por productos químicos (organoclorados, organofosforados, otros). Es llamativo que en una localidad situada en medio de un territorio donde la producción agropecuaria intensiva tiene un peso superlativo no presente casos de intoxicación. La mayoría de las localidades en similar situación lo presentan entre los primeros eventos notificados. La explicación debería buscarse no solo en la “pobre” conducta notificadora de los servicios, sino, y muy especialmente en la no sospecha por parte de los trabajadores. La inespecificidad de los síntomas y la ausencia de una hipótesis causal que vincule la clínica con los productos químicos atentan contra la sospecha epidemiológica.

La hipótesis de una “pobre” conducta notificadora queda reforzada a partir de los siguientes datos. Entre los diagnósticos que motivaron internaciones en el

Hospital Gutiérrez en 2010 figuran varios eventos que no fueron notificados al SNVS: 4 casos de sífilis congénita, 18 casos de intoxicación/envenenamiento en menores de 15 años y 63 casos de intoxicación/envenenamiento en adultos. Esto habla de dificultades en la Sensibilidad del Sistema de Vigilancia, tema que será desarrollado a continuación.

En fin, la situación de qué se notifica debería ser puesta en el contexto de cómo los servicios y los trabajadores de salud piensan la dimensión poblacional o epidemiológica de los problemas de s-e-c. Es preciso organizar procesos de Educación Permanente que involucren a todos los trabajadores, en especial los médicos, y que articulen la clínica, con la sospecha, la producción de información y el análisis de ésta para la toma de decisiones.

¿CUÁN OPORTUNA, SISTEMÁTICA Y SENSIBLE ES LA NOTIFICACIÓN?

Para analizar dichos atributos se utilizó parte de la información producida durante la supervisión de los nodos de carga, realizada por el Ministerio de Salud de la Provincia, en octubre de 2011.

El instrumento utilizado en la supervisión fue diseñado por el Ministerio Salud de Nación. El mismo registra características del nodo de carga que hacen a la estructura (recurso humano específico para actividades de vigilancia, PC, espacio físico, capacitación, conectividad a internet, etc.), al proceso de carga (periodicidad de la carga, uso del sistema, capacitación, etc.), y al resultado de la vigilancia.

De un Sistema de Vigilancia, se espera que esté alerta para notificar casos (oportuno), que sea sistemático (regularidad) y que sea sensible (que no se escapen eventos a notificar)

En líneas generales, puede decirse que la Sensibilidad del Sistema sería un problema menor si quién notifica es el mismo que atiende el “caso”. Los usos y las costumbres llevaron a que rara vez sea el mismo trabajador el que desempeña ambas funciones: por un lado, médicos que diagnostica y registran eventos en el Informe Diario Estadístico de Consultas Ambulatorias; por el otro lado, personal administrativo, médicos o estadísticos que notifican al SNVS-C2 luego de la consulta al Informe Diario de Consultas Ambulatorias. Es aquí donde las modalidades de registro (si el profesional registra motivos de consulta, síntomas o diagnósticos) y la caligrafía del profesional atentan contra la Sensibilidad de la Vigilancia. Un trabajador de salud interesado en la clínica, pero también en la

Vigilancia, minimiza el error, ya sea porque registra “a conciencia” o porque directamente notifica al SNVS-C2.

Operativamente cada una de los atributos se definió y midió para éste Informe de la siguiente manera:

- i) La Regularidad fue definida como la diferencia entre el total de semanas epidemiológicas transcurridas desde principio de año (SE 1) hasta la semana de la evaluación (SE 35). A menor diferencia, mayor regularidad. La misma es Mala cuando la diferencia es mayor al 30%; Es Buena cuando se sitúa entre 29 y 20%, Muy Buena cuando se ubica entre 19 y 1%; y Óptima cuando no hay diferencias: igual número de semanas desde el inicio del año con las semanas informadas al Sistema.
- ii) La Oportunidad fue definida como el Retraso entre la última semana epidemiológica informada y la semana de supervisión. El Retraso es Alto cuando la diferencia es mayor a 6 semanas; Moderado, cuando la diferencia se ubica entre 5 y 4 semanas; Leve, entre 3 y 1 semana; y Sin retraso, cuando el último informe coincide con la misma semana de la supervisión.
- iii) La sensibilidad se definió como la diferencia entre el número de eventos registrados en el Informe Diario de Consultas Ambulatorias y el número de eventos notificados en el SNVS-C2 en una misma semana (se eligió un grupo de eventos y una semana epidemiológica determinada). La Sensibilidad es Óptima cuando existe total coincidencia entre ambos registros (100%); es Muy buena cuando la coincidencia se ubica entre el 99 y 81%; Es Buena cuando se sitúa entre el 71 y 80%; y Mala, cuando es menor al 70% (se escapa la tercera parte de los eventos)

Se presenta a continuación los resultados de la supervisión para cada uno de los establecimientos que componen ambos nodos según los atributos de oportunidad, regularidad y sensibilidad.

Tabla N° 21: Oportunidad, regularidad y sensibilidad para la Vigilancia epidemiológica de los efectores públicos de Venado Tuerto. Semana epidemiológica 35 (SE 35) de 2011.

Establecimiento de Salud	Regularidad	Oportunidad	Sensibilidad
Hospital Alejandro Gutiérrez	Óptima	Sin retraso	Muy buena

Asistencia Pública Municipal	Mala	Retraso alto	Mala
Tiro Federal	Muy buena	Sin retraso	Muy buena
Malvinas Argentinas	Muy buena	Retraso leve	Mala
Iturbide	Muy buena	Sin retraso	Buena
San Vicente	Óptima	Retraso leve	Buena
Ciudad Nueva	Muy buena	Retraso leve	Buena
Rivadavia	Muy buena	Retraso moderado	Muy buena
Villa Casey	Muy buena	Retraso leve	Buena
Santa Rosa	Óptima	Sin retraso	Mala
Juan XXIII	Muy Buena	Sin retraso	Mala
San José Obrero	Óptima	Sin retraso	Buena
Güemes	Muy buena	Retraso moderado	Buena

Fuente: Dirección Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. **Elaboración:** SDSS

La diferencia entre los establecimientos es importante. Si bien la Asistencia Pública es el servicio que presenta en conjunto los peores resultados en Vigilancia epidemiológica, en todos los establecimientos hay algo a mejorar.

Es para destacar la situación del Centro Comunitario Güemes. El Centro presenta indicadores relativamente favorables para actividades de Vigilancia en la supervisión de 2011, los que cobran mayor relevancia si se recuerda que en 2010 fue el único establecimiento que no informó evento alguno (ver Tabla N° 11)

De los datos surge que una de las principales dificultades en la Vigilancia de la red pública de Venado Tuerto está relacionada con la Sensibilidad. Expresado de modo sintético, entre la tercera y la cuarta parte de los casos diagnosticados en los establecimientos de salud, escapan al Sistema de Vigilancia. Si a esto se suma los que no acceden, los que no son diagnosticados y los que no son registrados,

lejos están los datos de mostrar la dimensión poblacional de dichos problemas de s-e-c.

Es claro que hay que comprometer a los profesionales médicos involucrados con la clínica (atención individual del paciente), a que también se interesen por la dimensión poblacional de los problemas de s-e-c. No solo el alerta, sino también la mejor disposición a registrar, facilitarían la labor de aquellos que “cargan al sistema”, enriqueciendo la Vigilancia epidemiológica en particular y la Salud pública en general.

Para ello los equipos de gestión podrían generar procesos de Educación Permanente involucrando a los clínicos, a los administrativos, los enfermeros y los estadísticos, con el objeto mejorar la sospecha y los registros, generando acuerdos respecto de la producción y el análisis de la información para la planificación local.

ANEXO

LISTADO DE “DIAGNÓSTICOS/MOTIVOS DE CONSULTA” REGISTRADOS POR MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD EN INFORME DIARIO ESTADÍSTICO DE CONSULTAS AMBULATORIAS

Problemas de s-e-c que implican seguimiento (“crónicos”)	Problemas de s-e-c que implican pronta atención (“agudos”)	No diagnóstico
Toma PAP	Dolor abdominal	Receta
Amenorrea	Neumonía	Libreta sanitaria
ACO/planificación familiar	Gastroenteritis aguda	Estudios complementarios
Anemia	Gastritis	Domicilios
Dislipemia	Micosis	Consulta
Control DBT	Impétigo	Libreta Ansés
Control de salud	Ansiedad	Control
Control de embarazo	Infecciones (en general)	Trascripción receta
Control HTA	Traumatismo (varios)	Tratamiento
Control Embarazo	Angina	Traslado
Control BOR	Sme Gripal	Derivación
Trast. aprendizaje	Sme febril	
Amenaza parto prematuro	Laringitis y faringitis	
Control de DIU	Bronquitis	
Leucemia	Resfrío y sinusitis	
Esclerodermia	Tos	
Desnutrición	Catarro Vías Aéreas Superiores	

Puerperio	Otitis e n general	
Sobrepeso	Parasitosis	
Control crecimiento y desarrollo	Alergia	
Artrosis	Algias generalizada	
Artritis reumatoide	Diversas algias	
Control enfermedad	Neumonía	
	Trastornos infecciosos de piel (varios)	
	Síntomas (varios)	
	Espasmo / Broncoespasmo	