
Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales

Ernesto P. Báscolo

Natalia Yavich

Marcelo L. Urquía

Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia –AIEPI– en Colombia

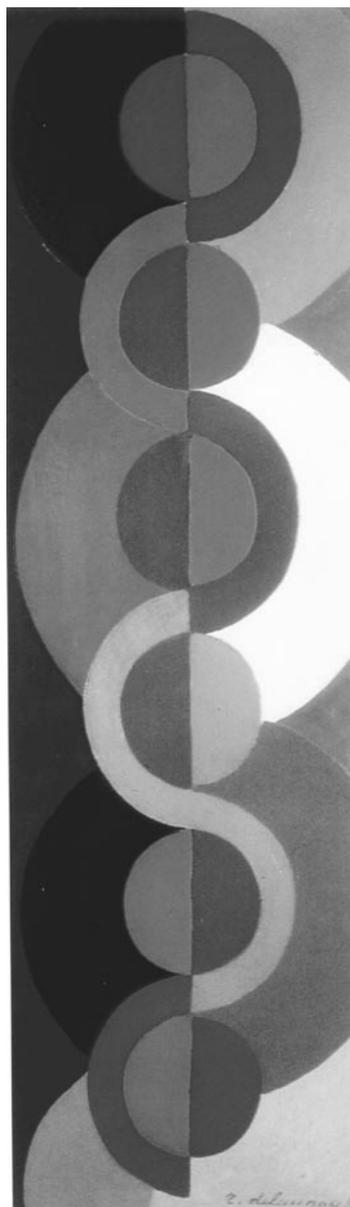
Francisco Lamus Lemus

Rosa Margarita Durán Sabogal

María del Carmen Docal Millán

Luz Adriana Soto Falla

Sonia Restrepo Palacio



Capacidades locales de gestión como factor predictivo de la utilización y accesibilidad a los servicios de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales

Ernesto P. Báscolo* • Natalia Yavich** • Marcelo L. Urquía***

Fecha de recepción: 19-03-07 . Fecha de aceptación: 07-05-07

Resumen

Objetivo: determinar si las condiciones locales de gestión de los centros de salud de primer nivel de atención están asociadas con la utilización de servicios prenatales. **Metodología:** se llevó a cabo un estudio transversal en el año 2003, basado en una encuesta a madres recientes de la provincia de Buenos Aires. Como factores determinantes de la utilización fueron consideradas variables socio-demográficas, familiares, de necesidad de salud y características locales de los servicios. **Resultados:** completas capacidades de gestión local del centro de salud y menores ingresos estuvieron asociados con una mayor utilización de servicios prenatales. **Conclusiones:** en una población de bajos recursos las capacidades locales de gestión se constituyen como un predictor de la utilización de servicios prenatales.

Palabras clave: utilización, accesibilidad a los servicios de salud, atención prenatal.

Abstract

Objective: To determine whether the local management competencies of the health centers are associated with the utilization of local prenatal care services. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out based on a survey of recent mothers in the province of Buenos Aires, including information on factors determining utilization of prenatal services, such as demographic, socioeconomic, health, and local characteristics of the health care services. **Results:** Complete local management competencies of the health centers and lower income were associated with prenatal care use. **Conclusion:** In a deprived population the local management competencies of the health centers arise as a predictor of prenatal care utilization.

Key words: utilization, health services accessibility, prenatal care.

* Magíster en economía de la salud y políticas de salud, Universidad de Birmingham; magíster en salud pública, Universidad Nacional de Rosario; director del Departamento de Economía y Gestión en Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte y director de la maestría en gestión de sistemas y servicios de salud, Universidad Nacional de Rosario; correo electrónico: ebascolo@gmail.com



Introducción

En el presente artículo se exponen algunos resultados de la investigación “Diseño e implementación del Seguro Público de Salud Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires” realizada entre el 30 de mayo de 2003 y el 1º de septiembre del mismo año, por investigadores del Instituto de la Salud Juan Lazarte, como la primera fase de investigación del proyecto “Análisis de las capacidades Institucionales y Evaluación de Desempeño del Seguro de Salud” (Nº 101232), desarrollado gracias al apoyo del International Development Research Centre (IDRC) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la convocatoria “Estrategias de extensión de la protección social en salud”.

En dicha investigación se buscó reconocer, a partir de una encuesta a mujeres que hubiesen parido durante los seis meses previos a la realización de la misma, aquellos factores condicionantes de la utilización de los servicios de salud de primer nivel para la obtención de cuidados prenatales. A estos efectos, se analizaron las relaciones entre la utilización de los servicios de primer nivel de atención con variables relativas a las características socioeconómicas, demográficas, familiares y de necesidad de salud

** Licenciada en ciencias antropológicas, Universidad de Buenos Aires; magistra en salud pública, Universidad Nacional de Rosario; investigadora del Departamento de Economía y Gestión de Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte; correo electrónico: nyavich@gmail.com

***Magíster en epidemiología, gestión y servicios de salud, Universidad Nacional de Lanús; magíster en epidemiología, Universidad de Toronto; actualmente es candidato al doctorado en epidemiología en esta última institución; desarrolla sus actividades de investigación en el Centre for Research in Inner City Health (CRICH) y en el Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), ambos en Toronto, Canadá; correo electrónico: marcelo.urquia@utoronto.ca

de la población y las características de los servicios. Asimismo, se indagó sobre las barreras de acceso a los servicios de primer nivel de atención.

La estructura de este trabajo es la siguiente. En primer lugar, se ubica la relevancia del problema y se describen las condiciones sociales y de salud de la población de la provincia de Buenos Aires en el período de referencia. En segundo lugar, se plantea el marco conceptual que sirvió de referencia del estudio. Luego, como parte de la investigación, se desarrolla la metodología utilizada. Posteriormente, se presentan los resultados y discusión seguidos de las conclusiones.

Contexto de la investigación

Se estima que alrededor de 500 mujeres mueren por año en la Argentina durante el embarazo, el parto o el puerperio, por causas relacionadas o agravadas por el embarazo y que el estado de salud de otras 15.000 mujeres queda afectado a raíz de esta situación (Ramos et al., 2004).

Si bien la razón de mortalidad materna argentina es relativamente baja en comparación con la de otros países de la región, su lento descenso durante los últimos 15 años constituye un hecho preocupante. Esta situación se agrava al considerar que existe un importante sub registro, que según distintos estudios, podría oscilar entre un 40% y un 70% (Elizalde, 2004; Ramos et al., 2004).

La muerte de una mujer no sólo la afecta a ella, sino que constituye una tragedia para su familia y comunidad con importantes repercusiones sociales y económicas (PAHO, 2003). Siendo que la mayoría de las muertes maternas constituyen pérdidas evitables —ya que la información y tecnologías necesarias para evitarlas se encuentran disponibles— la

razón de mortalidad materna constituye un indicador de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, que a modo de trazador ponen de manifiesto distintas limitaciones de los servicios sanitarios vinculadas a su cobertura, calidad y condiciones de acceso (Langer y Espinoza, 2002; García, et al., 2004).

Entre los principales condicionantes del lento descenso de la mortalidad materna en la Argentina, García et al. (2004) reconocen distintos factores relativos a problemas de gestión, organización, administración de los recursos, calidad de la atención y coordinación entre instituciones del sector salud con otros sectores.

Condiciones sociales y estado de salud de la población de la Provincia de Buenos Aires

Durante la década de los noventa, y como consecuencia de las políticas de Estado y las crisis socioeconómicas ocurridas, la población argentina experimentó un importante retroceso en sus condiciones de vida. El mismo se caracterizó por un rápido y significativo proceso de pauperización de la población, vinculado con un aumento de la desocupación, la pobreza y la indigencia. Este proceso se dio paralelamente a un crecimiento de las brechas económicas y del estado de salud entre los sectores con mayores y menores ingresos (Zeballos, 2003).

Esta situación de inequidad adquiere mayor relevancia hacia finales de la década de los noventa y principios de esta década, tanto en términos de las condiciones sociales y de salud de la población como en el desempeño de los servicios de salud.

El crecimiento de la pobreza, la población desocupada y la pauperización de las condi-

ciones de empleo, generaron un empobrecimiento de la clase media y un crecimiento de la población sin cobertura de la seguridad social. Estos factores produjeron un incremento de la demanda de los servicios de salud públicos, usualmente utilizados por los estratos más pobres de la población. Según datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas de 1991 y 2001 (INDEC), la población sin cobertura de salud creció en este período 11.1 puntos en el país, dejando así a casi la mitad de la población del país (48%) sin cobertura explícita de salud. Esta situación irrumpe en los servicios públicos de salud ya castigados por un proceso de ajuste fiscal que supuso la contracción de los presupuestos públicos en los últimos años de la década de los noventa.

La Provincia de Buenos Aires es la jurisdicción con mayor concentración de población del país; en ella reside el 38% del total de la población (INDEC, 2001). El 15.8% de la población total de la provincia es considerado como pobre estructural, según el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI); esta proporción representa a alrededor 13.700.000 personas (INDEC, 2001).

La razones de mortalidad infantil ($R_{MI}/1.000$) y materna ($R_{MM}/10.000$) del 2003 fueron de 16.2 y 2.6 respectivamente (MSN, 2004). Aunque en la década del noventa las razones de mortalidad infantil, neonatal ($R_{MN}/10.000$) y materna muestran una tendencia decreciente, la crisis desatada en el año 2001 marca un punto de inflexión en dichos indicadores.

Para caracterizar la situación socioeconómica y sanitaria de la provincia suelen distinguirse dos grandes regiones: la conformada por los municipios que integran el conurbano que rodea a la ciudad de Buenos Aires y la región ocupada por el resto de los municipios de la Provincia, denominada "interior". El conurbano es el área más poblada y con



mayor déficit en necesidades de salud y recursos para satisfacerlas; está compuesto por un conjunto de partidos ubicados alrededor de la ciudad de Buenos Aires. Estos partidos son clasificados en anillos o cordones, definidos por su proximidad a Buenos Aires. Las condiciones socioeconómicas y de salud de la población empeoran en relación a la lejanía respecto de Buenos Aires. El "interior" está conformado mayormente por municipios rurales y semi-rurales con baja densidad de población; asimismo, alberga algunos municipios llamados grandes ciudades del interior que presentan características similares a las de los municipios del conurbano. Datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) mostraban en el año 2003 que el 61.3% de la población de los partidos del conurbano bajo se encontraba bajo la línea de pobreza y el 31.8% bajo la línea de indigencia (INDEC, 2003).

Las disparidades entre el interior y el conurbano y al interior de los cordones de este último evidencian la magnitud de las inequidades de la Provincia. Para el 2003 el interior presentaba RMI y RMN, 18.4% y 17.3% respectivamente, menores que el conurbano. Para ese mismo año, el primer cordón del conurbano tenía una RMM 32.1% menor que el segundo (MSBA, 2005).

Características del sector salud de la provincia de Buenos Aires

Buenos Aires es la jurisdicción que ha alcanzado el mayor nivel de descentralización del país. En el nivel municipal se opera el 97% de los centros de salud y el 75% de los establecimientos con internación públicos (Aramburu et al., 2002). En esta situación se advierten importantes diferencias en el grado de dificultad con que distintos municipios han logrado garantizar el acceso y la continuidad del proceso de atención entre

controles prenatales, realización de estudios diagnósticos y atención del parto, por un lado, y la atención preventiva y por urgencia, por otro lado, a través del primer nivel de atención (Báscolo et al. 2006).

A partir de la observación de la extensión y distribución de la red de servicios de salud pública de la provincia de Buenos Aires es posible asumir que la infraestructura existente posibilita una amplia captación de la embarazada y la cobertura del control prenatal ya que considerando la población sin cobertura, la provincia cuenta con 3,6 camas por 1.000 habitantes¹ (24.360 camas) y 2,3 centros de salud por cada 10.000 habitantes (1.532 establecimientos sin internación). Asimismo, el 70% de la población de la Provincia vive a menos de 3 km. de un hospital público (Aramburu et al., 2002).

Siendo que la mayoría de las actividades relativas al control de embarazo y puerperio pueden resolverse en el ámbito del primer nivel de atención y que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha definido, como estrategia, fortalecer la atención primaria de la salud (MSBA, 2001), el desempeño del primer nivel respecto de su capacidad para captar a las embarazadas y establecerse como su fuente regular para la atención prenatal, constituye un aspecto clave para mejorar la salud materna.

Marco conceptual

La utilización de servicios es resultante de la interacción entre las características de los individuos (necesidades de salud y características personales, familiares y sociales) y el sistema de salud (condiciones de accesibilidad).

1 La OMS recomienda 3 camas por cada 1.000 habitantes en poblaciones mayores a 100.000 personas y 1 cada 1.000 para poblaciones menores a 30.000.

Si bien las condiciones de accesibilidad no reflejan en forma estricta la utilización, ésta es expresión de la accesibilidad y constituye la medida más utilizada en la mayor parte de los estudios sobre esta materia. Entre los marcos conceptuales que buscan explicar la relación entre acceso y utilización pueden distinguirse aquellos que centran su atención en las características de los potenciales usuarios, en las características de la oferta o bien en la interfase entre ambos. Entre los enfoques ubicados en esta última perspectiva, se enmarcan los modelos desarrollados por Donabedian y Andersen (Travassos & Martins, 2004).

Para Donabedian, la accesibilidad es definida como una relación entre las características de los servicios y de los recursos de salud y las características de los potenciales usuarios. Es decir, que las características de los servicios son consideradas en función del impacto que ejercen como facilitador o limitante de la capacidad de la población para hacer uso de los servicios. En este modelo se distinguen dos dimensiones de la accesibilidad: la geográfica y la socio-organizacional (Donabedian, 1973). Andersen (1995), quien se focaliza en el término de acceso como primer contacto, considera que el acceso constituye una característica del sistema de salud ligada a su organización. En este caso, factores individuales predisponentes (factores previos al surgimiento del problema como género, edad o nivel de instrucción), capacitantes (medios disponibles, presencia de oferta, recursos económicos, etc.) y las necesidades de salud son considerados como variables independientes del uso de los servicios de salud. Sin embargo, en trabajos posteriores Andersen incorpora a su modelo las características de los servicios y el contexto social como factores mediadores de la relación entre acceso y utilización, las cuales se encuentran en interacción con las experiencias pasadas de uso (Andersen, 1995).

Siguiendo esta perspectiva, en el presente trabajo se buscó definir un conjunto de variables vinculadas a las características de los individuos y de los servicios de salud y analizar sus efectos en la utilización de los servicios de primer nivel de atención para la obtención de cuidados de salud prenatales, considerando a la utilización como expresión de las condiciones de accesibilidad. Para ello se tuvo en cuenta el trabajo realizado por Mendoza-Sassi & Béria (2001), quienes como resultado de una revisión sistemática sobre factores relacionados con la utilización de servicios de salud identifican un conjunto de variables utilizadas en diversos estudios para analizar sus efectos en la utilización. Las variables en cuestión son agrupadas en cinco categorías analíticas: socioeconómica, demográfica, familiares, soporte social, necesidad de salud y características de los servicios. A partir de la revisión de los resultados de los estudios, se obtiene que las variables que afectan la utilización son: factores demográficos, edades extremas y el sexo femenino; mediadas por la necesidad de salud. Entre los factores socioeconómicos, el nivel de ingreso y dentro de la categoría de características de los servicios la distancia al servicio de salud y el número de médicos por habitantes, mostraron estar asociados a una mayor utilización, sólo en países con redes de servicios inadecuadas, mientras que la presencia de un médico definido demostró ser un factor asociado a una mayor utilización.

En el estudio desarrollado por García et al. (2004), con la finalidad de proponer un instrumento de evaluación de la calidad de atención, basado en eventos adversos (muertes maternas e infantiles), se señala la presencia de una relación directa entre logros programáticos en salud materna y el aumento de las capacidades del primer nivel de atención —medidas en términos de infraestructura básica, recursos suficientes y articulación adecuada con los otros



niveles de atención—. Considerando este hallazgo se buscó reconocer si al interior de poblaciones que presentan una variabilidad limitada respecto de ciertas variables de las categorías socioeconómicas, demográficas, familiares y del contexto del sistema de salud, las capacidades locales de gestión de los servicios de salud se constituían en factores condicionantes del uso.

Metodología

Tipo de estudio. Se llevó a cabo un estudio de corte transversal basado en una encuesta poblacional a mujeres de dos municipios de la provincia de Buenos Aires que tuvieron un parto durante los seis meses previos a la realización de la encuesta. En ésta se recolectaron datos sobre características socioeconómicas, demográficas, familiares y necesidades de salud de la población, las características de los servicios de salud y las barreras de acceso al centro de salud de referencia² (CSR) para la obtención de cuidados prenatales.

La población encuestada corresponde a una muestra de embarazadas beneficiarias del Plan Vida, programa desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires a efectos de proveer alimentos a familias en situación de vulnerabilidad social.

Los dos municipios incluidos en la encuesta fueron José C. Paz y San Miguel. Ambos partidos pertenecientes al segundo cordón del conurbano, y ubicados entre los municipios más pobres de la provincia, con un 26.7% y 18.2% de población con NBI, respectivamente.

2 El centro de salud de referencia se define como el servicio de primer nivel de atención más cercano al domicilio de residencia de la población encuestada.

El muestreo de población se estructuró en dos etapas. En un primer momento se clasificaron y categorizaron los servicios de salud de primer nivel de atención de ambos municipios (14 en San Miguel y 22 en José C. Paz) en tres grupos. Los criterios adoptados fueron: 1) adecuada oferta de suministro de insumos 2) condiciones de infraestructura y disponibilidad de recursos humanos profesionales, y 3) existencia y cumplimiento de normas de funcionamiento y asistencia. Los criterios fueron definidos en un taller con participación del equipo de investigación y responsables del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.³ La conformidad con el primer criterio fue definida como participación de los centros de salud en el Programa Nacional de Remediar, el cual suministra medicamentos esenciales en forma gratuita. El cumplimiento del segundo criterio estuvo dado a partir de la inclusión y participación de los centros de salud en el PROMIN (Programa Materno Infantil),⁴ lo cual supone una adecuación de la infraestructura de servicios de atención primaria. Por último, el tercer criterio fue definido a partir de los resultados de informe de evaluación del cumplimiento de normas asistenciales de los servicios de salud del PROMIN (MSBA, 1999).

A partir de la caracterización de los cs se agruparon los servicios en tres categorías. La N° 1 —*capacidades de gestión completas*— correspondió a los cs con las mejores condiciones de suministro, oferta de insumos, condiciones de infraestructura, disponibilidad de recursos humanos pro-

3 Responsables de la unidad ejecutora provincial del Seguro Público de Salud de la provincia de Buenos Aires.

4 El PROMIN es un programa provincial, financiado por el Banco Mundial. Este programa tenía como propósito el fortalecimiento de la red de atención materno infantil de la provincia. En este marco se realizaron acciones de refacción y/o ampliación de los centros de salud.

fesionales y existencia y cumplimiento de normas de funcionamiento y asistencia. La N° 2—capacidades de gestión parciales— se compuso de los cs que presentaban iguales condiciones de infraestructura y disponibilidad de recursos humanos profesionales que los cs de la N° 1, pero que no presentaban buenas condiciones de suministro y oferta de insumos y con cumplimiento parcial de las normas de funcionamiento y asistencia. Por último, la N° 3—capacidades de gestión regulares—, estuvo definida por: a) aquellos centros con buenas condiciones de infraestructura y/o buen nivel de suministro y oferta de insumos, pero con limitado cumplimiento de normas de funcionamiento y asistencia y por b) aquellos cs sin buenas condiciones de infraestructura, disponibilidad de recursos humanos profesionales y condiciones de suministro y oferta de insumos.

Posteriormente, se definieron los cs incluidos a través de una muestra aleatoria de cs de cada categoría, quedando seleccionados 4 cs en San Miguel y 7 de José C. Paz.

Del padrón de embarazadas del Plan Vida de José C. Paz (N=446) y San Miguel (N=557), se extrajo una muestra aleatoria de 200 mujeres—100 de cada municipio— con fecha probable de parto entre 1º de agosto y el 1º de febrero de 2003, residentes en el área de referencia de los cs seleccionados.

Alrededor del 10% de los casos incorporados en los listados muestrales no lograron ser identificados, ya fuera porque los domicilios que figuraban en la base de datos no estaban completos o eran incorrectos, o porque las personas a ser encuestadas ya no vivían allí. En estos casos se consultó con las trabajadoras vecinales⁵ para identificar el domicilio

en cuestión o bien dirigirse al domicilio de la beneficiaria del Plan Vida que hubiese dado a luz en los últimos seis meses, más cercano al domicilio de referencia, hasta alcanzar los 100 casos por municipio.

La encuesta domiciliaria se realizó con base en un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Las encuestas fueron aplicadas en agosto de 2003, luego de que en julio se realizara una prueba piloto del cuestionario. La recolección de datos fue llevada a cabo por alumnos avanzados de la carrera de políticas sociales de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS), con amplia experiencia en encuestas de hogares en el conurbano. Los encuestadores participaron de una capacitación organizada por miembros del Instituto del Conurbano (ICO) de la UNGS e investigadores del Instituto Juan Lazarte. La supervisión de los encuestadores en terreno estuvo a cargo del ICO e investigadores del Instituto Lazarte. La carga de datos fue realizada por el ICO.

A fin de garantizar el anonimato y confidencialidad de los datos, la información fue analizada y presentada sin nominación de los encuestados. Asimismo, los encuestadores fueron advertidos respecto de las penalidades relativas a la violación de la confidencialidad y anonimato de la información. Previamente a la aplicación de la encuesta los encuestadores solicitaron el debido consentimiento a los encuestados. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de la Salud Juan Lazarte.

Las variables utilizadas. Se consideraron como variables independientes: edad materna (menos de 20 años, de 20 a 34, 35 o más años) en la categoría de variables demográficas

5 La TV o manzanas son voluntarias que reciben los productos del Plan Vida en su casa para distribuirlos entre un grupo de beneficiarias del Plan Vida

residentes en su misma manzana o bien cuerdas aledañas a su domicilio.



ficas; nivel de instrucción de las embarazadas (primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa) e ingreso familiar (en pesos argentinos) para la categoría de características socioeconómicas; las características familiares incluyeron unión civil o de hecho (sí/no) y madre sostén económico de hogar (sí/no), en la dimensión de necesidades de salud se consideró salud auto-percibida (excelente/muy buena versus buena/regular/mala) y complicaciones del embarazo autodeclaradas (alguna versus ninguna), y por último las variables del grupo de características de los servicios se definieron en función de las categorías de CSR construidas. La variable dependiente (binaria) fue definida como el lugar habitual de consulta durante el embarazo (centro de salud de referencia=sí; otro=no).

Adicionalmente, se recogió información sobre condiciones de accesibilidad al primer nivel de atención mediante la identificación de las causas de no utilización del CSR referidas por las encuestadas.

Procesamiento y análisis de datos

En primer lugar se describen las características de la población encuestada, la utilización de servicios, y se tabula la fuente de atención habitual para el embarazo, según categoría del CSR (N=200). Posteriormente, se presentan análisis bivariados a fin de identificar qué variables estuvieron asociadas con el uso de los CSR, utilizando solamente las observaciones con información completa en todas las variables consideradas (N=179). Las pruebas de hipótesis entre el uso del CSR (variable dependiente binaria) y las variables discretas se basaron en el estadístico de Chi Cuadrado. La categorización de los CSR se conceptualizó también como una variable ordinal y se efectuó, además de la prueba del

Chi Cuadrado, la prueba de tendencia para variables binarias de Cochran-Armitage. Con la variable continua “ingreso familiar mensual” se realizó la prueba de la T de Student, a dos lados, asumiendo varianzas desiguales.

Con el objetivo de probar la hipótesis según la cual la categoría del CSR es un predictor independiente de la utilización de servicios prenatales en el centro de salud del barrio, se aplicó un análisis multivariado basado en la regresión de Poisson. Si bien es práctica común utilizar la regresión logística para modelar variables binarias, esta práctica es generalmente apropiada cuando la proporción del evento es baja. Sin embargo, la medida de efecto utilizada por la regresión logística (odds ratio) tiende a sobreestimar el riesgo relativo cuando la proporción del evento supera 0.1. (Zhang & Yu, 1998). En nuestro caso, la distorsión del efecto sería muy grave, dado que la proporción de embarazadas que utilizaron el centro de salud barrial en esta muestra fue 0.53. Una alternativa es usar la regresión de Poisson, que tiene la ventaja de proveer directamente riesgos relativos interpretables en tanto medida de efecto (McNutt et al, 2003; Zhou, 2004). Un presupuesto de la distribución de Poisson es que la media es igual a la varianza, condición que no siempre se cumple con datos observacionales. Como en nuestro caso la varianza difiere significativamente de la media, la dispersión extra-Poisson fue corregida por medio de la multiplicación de los errores estándar por la raíz cuadrada del factor de dispersión (Agresti, 2002). Los resultados son presentados como riesgos relativos crudos y ajustados, con los correspondientes intervalos de confianza de 95%. Los análisis fueron realizados con el paquete SAS 8.2 (SAS Institute, Cary Nc., USA). Por último, se describen los principales factores limitantes del uso del CSR señalados por la población.

Resultados y discusión

El 29,6% de las encuestadas tenía entre 26 y 30 años, el 25,5% entre 21 y 25 años, el 23,0 entre 21 y 40 años y hasta 20 años un 18,9%. Todas las encuestadas manifestaron saber leer y escribir. Un 40,5% dijo tener nivel de educación primario completo, un 25% nivel secundario incompleto y un 18,5% secundaria completa. En el 18,2% de los casos la madre era el principal sostén del hogar. Un 88% de las encuestadas tenía pareja. Sólo un 11,5% tenía trabajo. El 47% dijo tener un ingreso familiar total de \$151 a \$350, el 26% de \$150 o menos y el 19,5% de \$351 a \$650. El 9,6% afirmó haber realizado tres o menos controles prenatales. Un 25,2% de las encuestadas reportó haber hecho entre cuatro y seis controles durante el embarazo y un 65,2% de las mujeres dijo haber hecho 7 o más controles. El 1,1% manifestó no haber realizado consultas por controles. El 77,5% dijo no haber realizado consultas por problemas durante el embarazo. El 66,9% realizó la mayor parte de sus consultas en un cs, el 22,7% en un hospital y el 10,5% en un servicio privado o médico particular.

El análisis de la relación entre la elección del servicio de salud como fuente habitual de uso y las categorías de los CSR (Cuadro N° 1) muestra la presencia de una relación proporcional entre mejores condiciones de gestión local y mayor cantidad de embarazadas que utilizan su CSR. Asimismo se observa que el

hospital público adquiere mayor importancia como segunda opción, luego del CSR, para la población con CSR de categorías 2 y 3. En este caso se advierte que otros CSR distintos del de referencia, no logran constituirse como opción sustituta del CSR.

El Cuadro N° 2 muestra los resultados de los análisis bivariados obtenidos con aquellas observaciones, con datos completos en todas las variables (N=179). La categorización de los CSR estuvo asociada con el uso de los CSR (p-valor=0.003). La tendencia hacia un mayor uso del CSR de acuerdo con las mejores capacidades de gestión locales del CSR resultó también altamente significativa, de acuerdo con el test de tendencias para variables binarias de Cochran-Armitage (p-valor=0.002). Con la excepción del ingreso familiar, ninguna otra variable resultó significativamente asociada con el uso del CSR. Las embarazadas que utilizaron el CSR tuvieron un ingreso familiar mensual más bajo que las que no lo hicieron (p-valor=0.014). El grupo de madres que hizo uso del CSR también mostró mayor frecuencia de complicaciones en el embarazo, de tener primaria incompleta y menos de 20 o más de 34 años de edad, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas en nuestra muestra, probablemente debido al limitado poder estadístico producto de una muestra pequeña.

La hipótesis de que las capacidades locales de gestión del CSR están asociadas con el uso

Cuadro N° 1: Fuente de atención habitual para el embarazo, según categoría del CSR de la población (%) (n=200)

| Categoría de CSR | CSR | Otro centro de salud | Hospital público | Atención privada | Total |
|------------------|------|----------------------|------------------|------------------|-------|
| 1 | 65,2 | 18,1 | 11,1 | 5,6 | 100 |
| 2 | 44,3 | 21,4 | 25,7 | 8,6 | 100 |
| 3 | 31,0 | 23,0 | 29,9 | 16,1 | 100 |

Fuente: elaboración de los autores



Cuadro N° 2: Características de las mujeres encuestadas en relación con el uso del centro de salud de referencia (n=179).

| Variables | N | Consultaron en el CS barrial (%) | | P-valor de la prueba de hipótesis |
|--|-----|----------------------------------|----------|-----------------------------------|
| | | SÍ | NO | |
| Capacidad de gestión local de los servicios | | | | |
| CATEGORÍA DEL CSR | | | | 0.003† |
| 1 (Completas) | 60 | 71.7 | 28.3 | |
| 2 (Parciales) | 59 | 45.8 | 54.2 | |
| 3 (Regulares) | 60 | 43.3 | 56.7 | |
| Características demográficas | | | | |
| EDAD MATERNA | | | | 0.322† |
| < 20 años | 26 | 61.5 | 38.4 | |
| 20-34 años | 130 | 50.8 | 49.2 | |
| 35 y mas años | 23 | 60.9 | 39.1 | |
| Características socioeconómicas | | | | |
| NIVEL EDUCATIVO | | | | 0.457† |
| Primaria incompleta | 17 | 70.6 | 29.4 | |
| Primaria completa | 73 | 48.0 | 52.0 | |
| Secundaria incompleta | 46 | 58.7 | 41.3 | |
| Secundaria completa | 43 | 51.2 | 48.8 | |
| INGRESO FAMILIAR MENSUAL (EN PESOS ARGENTINOS) | 179 | 242 (96) | 315 (83) | 0.014‡ |
| Características familiares | | | | |
| VIVE EN PAREJA | | | | 0.503† |
| SI | 144 | 54.9 | 45.1 | |
| NO | 35 | 48.6 | 51.4 | |
| MADRE SOSTÉN DEL HOGAR | | | | 0.907† |
| SI | 33 | 53.4 | 46.6 | |
| NO | 146 | 53.4 | 46.6 | |
| Necesidades de salud | | | | |
| SALUD AUTO-PERCIBIDA | | | | 0.187† |
| Excelente/muy buena | 79 | 48.1 | 51.9 | |
| Buena/regular/mala | 100 | 58.0 | 42.0 | |
| COMPLICACIONES DEL EMBARAZO | | | | 0.089† |
| SI | 109 | 58.7 | 41.3 | |
| NO | 70 | 45.7 | 54.3 | |

† P-valor obtenido con el test de Chi Cuadrado

‡ P-valor obtenido con el test T de Student (varianzas desiguales)

Fuente: elaboración de los autores

de servicios de atención prenatal se puso a prueba nuevamente a través de la técnica de la regresión de Poisson. El Cuadro N° 3 muestra los resultados del modelo no ajustado y del modelo ajustado por todas las demás variables incluidas en el Cuadro N° 2.

La categorización de los centros de referencia es predictiva del uso del CSR en embarazadas, inclusive después del ajuste. Las embarazadas, en el área de influencia de la categorías 2 y 3, tuvieron más chances (RR, IC 95% = 1.53, 1.07 – 2.19 y 1.65, 1.15 – 2.36, respectivamente) de no usar su CSR comparadas con las que están bajo la categoría 1, luego de ajustar por las características incluidas en el Cuadro N° 2. Por esta razón, es posible considerar que la categorización utilizada para caracterizar la capacidad de los servicios de salud es un buen predictor del uso del CSR, independientemente del resto de las variables. Al igual que en los análisis bivariados (Cuadro N° 2), con la excepción del ingreso familiar, ninguna otra variable resultó significativamente asociada con la probabilidad de consultar en el CSR en el modelo ajustado. En promedio, un aumento de \$100 pesos argentinos (en agosto de 2003) en el ingreso mensual familiar estuvo asociado con una reducción del 13% en la probabilidad de acudir al CSR durante el embarazo.

Entre las barreras de accesibilidad al CSR, referidas por las encuestadas, las de mayor peso fueron: el horario de atención ofrecido, los prolongados tiempos de espera para ser atendido, el arancel de los análisis de laboratorio y/o estudios y el cobro de la consulta (Cuadro N° 4).

Los datos indican que aun en poblaciones que presentan una variación limitada en cuanto a variables demográficas, socioeconómicas, familiares y del sistema de salud, el nivel de ingreso familiar continúa comportándose como un factor condicionante del uso de los servicios, lo cual muestra la presencia de inequidades derivadas del nivel de ingreso. Se observa también que las capacidades de gestión locales de los servicios de salud influyen sobre la utilización o no de los CS de primer nivel de atención y sobre la utilización de servicios de salud de mayor complejidad. Como resultado de esta variable se observó que a menores capacidades de gestión menor utilización del CSR durante el embarazo y mayor utilización de servicios de segundo nivel. También se observa que las heterogéneas capacidades de gestión locales representan la presencia de inequidades fundadas en desiguales condiciones de desempeño de los sistemas de salud públicos ofrecidos a distintos grupos poblacionales.

Cuadro N° 3: Efectos de la categoría del csr sobre la probabilidad de no realizar consultas relacionadas con el embarazo en el CSR (n=179)

| Categoría del csr | Riesgo relativo con intervalos de confianza (95%) | |
|-------------------|---|--------------------|
| | Crudo | Ajustado* |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1.57 (1.13-2.18) | 1.53 (1.07 – 2.19) |
| 3 | 1.65 (1.18-2.31) | 1.65 (1.15 – 2.36) |

* Ajustado por ingreso familiar en pesos, si la embarazada es sostén del hogar, grupos de edad materna, si la embarazada tiene pareja, nivel educativo, salud auto-percibida, complicaciones en el embarazo, atención con el mismo profesional, pago de consulta.



Cuadro N° 4: Principales motivos vinculados a la no utilización del CSR (%) (n=141)

| Motivos | Horario de atención reducido | Prolongados tiempos de espera | Cobro de análisis y estudios | Imposibilidad de realizar análisis y estudios | Cobro de la consulta |
|---------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|----------------------|
| Si | 37,5 | 31,3 | 24,0 | 22,9 | 21,9 |
| No | 62,5 | 68,7 | 76 | 77,1 | 78,1 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: elaboración de los autores

La influencia de las variables de nivel de ingreso y condiciones de gestión locales sobre los patrones de utilización es compatible con la interpretación de los *modelos de interfase* planteados por Andersen y Donabedian, ya que en este estudio es a partir de la interacción de ciertas características de la población o factores *capacitantes* (Anderson, 1995) con las características de los servicios de salud como se explica la utilización de los servicios de salud.

A partir de los motivos de no utilización del CSR referidos por la población, es posible afirmar que entre la población estudiada las principales barreras de acceso a los servicios de primer nivel se ubican en la dimensión socio-organizacional (Donabedian, 1973). Asimismo, puede señalarse que en el caso de la población de menores ingresos las barreras geográficas (distancia al hospital y medios económicos para desplazarse) limitan la utilización del segundo nivel de atención.

El hecho de que la elección del CSR como lugar de atención habitual estuviera asociado con las capacidades de gestión del CS en cuestión y que las encuestadas fueran capaces de identificar los motivos por los cuales no utilizan su CSR, indica que la población toma decisiones a partir de vivencias pasadas. Esto parece indicar que el peso dado a la *experiencia pasada* como factor predisponente del uso de los servicios, en el modelo de Andersen (1995), se confirma en los datos de este estudio.

No obstante, es posible que el peso de la experiencia pasada en este estudio esté sobreestimado por el hecho de que la mayor parte de las consultas realizadas por las embarazadas fueron preventivas (controles prenatales). Cuando el patrón de consulta este tipo de consultas, es el paciente y no el profesional quien tiene un mayor control de modelo de uso de los servicios Dutton (1986). Por lo tanto, sería esperable encontrar que en otros estudios basadas en trazadores vinculados a afecciones agudas, el peso de la experiencia de los pacientes sea menor que el advertido en este estudio y que las necesidades de salud percibidas por el profesional, tengan un mayor peso que las características de la población y los servicios de salud.

Si bien la muestra poblacional del estudio es limitada en número, incluyó a más del 90% de la población de mujeres embarazadas de los once CS integrados en la muestra de servicios. No obstante, las particularidades socioeconómicas de la población incluida suponen que los resultados no deberían ser generalizados hacia otras poblaciones de embarazadas. En segundo lugar, es posible que además de la categorización de los CSR y el ingreso familiar mensual, algunos de los factores medidos puedan también estar asociados con el uso del CSR, y no hayan alcanzado significancia estadística, debido al tamaño muestral.

Nuevas investigaciones serían necesarias para confirmar si nuestros resultados se re-

pitén en otros grupos poblacionales y/o con otras combinaciones de oferta de servicios, así como para refinar el carácter predictivo de la categorización de los servicios de salud utilizada.

Conclusiones

En este trabajo se ha estudiado la relación entre capacidades locales de gestión de los servicios de primer nivel de atención y características demográficas, socioeconómicas, familiares y de necesidades de salud de la población con los patrones de utilización de los servicios de salud para la obtención de cuidados prenatales, al interior de una población de embarazadas de bajos recursos de dos municipios de la provincia de Buenos Aires. Para considerar el peso de las características locales de los servicios de salud se construyeron criterios de clasificación y categorización de los servicios de primer nivel de atención.

A partir de las pruebas estadísticas realizadas se comprobó que el nivel de ingreso y las condiciones locales de gestión de los servicios de salud constituyen factores predictivos de la utilización de los servicios de primer nivel de atención, siendo las capacidades locales de gestión el principal predictor del uso de los servicios dentro de los límites de poblaciones con ingresos familiares bajos.

Se observó que la población referida a servicios con menor capacidad de gestión utiliza más el hospital público, contribuyendo a través de esta situación a generar un patrón de utilización del sistema de salud más ineficiente y costoso. Se advirtió la presencia de situaciones de inequidad entre poblaciones de distinto nivel de ingreso y entre poblaciones referidas a servicios de salud con distintas capacidades de gestión. Esta situación supuso que entre poblaciones

referidas a servicios con menor capacidad de gestión, aquellas con mayor nivel de ingreso estén en mejores condiciones de elegir otros servicios de salud, distintos a su CSR.

Se advierte en este trabajo que los principales limitantes del acceso al primer nivel de atención para la obtención de cuidados prenatales estuvieron dados por barreras de accesibilidad socio-organizacionales, relativas al modelo de atención (horarios de atención, tiempos de espera, arancelamiento de estudios y consultas).

Como corolario, se advierte que la implementación de estrategias de fortalecimiento de las capacidades locales de los servicios vinculadas con inversiones en infraestructura, recursos humanos, además del fortalecimiento del modelo de organización profesional, podrían contribuir a aumentar el uso de los servicios de primer nivel de atención y reducir la inequidad en salud.

Bibliografía

- Agresti A. *Categorical data analysis*. 2nd Edition. New York: Wiley; 2002.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? in *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; (36):1-10.
- Aramburu A, Moccero D, Mongan C. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la Provincia de Buenos Aires. En Sarghini J. editores. *Cuadernos de Economía* Nº 63. 2002; enero. Buenos Aires; Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.
- Báscolo EP, Yavich N et cols. 1er informe de avance del proyecto "Análisis de las capacidades institucionales y evaluación de desempeño del seguro de salud". IDRC/OPS Nº 101232. Rosario: 2006.
- Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
- Dutton D. Financial, Organizational and Professional Factors Affecting Health Care Utilization in *Social Science & Medicine*. 1986; (23): 721-35.



- Elizalde EG Análisis de la ocurrencia de la mortalidad materna en la Provincia de Santa Fe – Argentina, a propósito de una intervención en Rev. Bras. Epidemiol. 2004; 7(4):435-47.
- García OM, coordinador. de Sarasqueta P, Schwarcz R Morbi-mortalidad materna y mortalidad infantil en la República Argentina. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2004.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Censo nacional de población, hogares y viviendas. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional; 1991.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Censo nacional de población, hogares y viviendas. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional; 2001.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Porcentaje de hogares y personas bajo las líneas de pobreza e indigencia en los aglomerados urbanos y regiones estadísticas desde el primer semestre 2003 en adelante. Buenos Aires: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica y Regional; 2003.
- Langer A, Espinoza H Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. En Nuevos desafíos de la responsabilidad política, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas. Año 4, Nº 5. Buenos Aires: CEDES-FLACSO-CELS; 2002.
- McNutt LA, Wu C, Xue X, Hafner JP Estimating the Relative Risk in Cohort Studies and Clinical Trials of Common Outcomes in Am J Epidemiol. 2003; 157(10):940-3.
- Mendoza-Sassi R, Umberto Béria J Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados en Cad. Saúde Pública. 2001; jul-ago, 17(4):819-832.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN) Situación de Salud en Argentina 2003. Buenos Aires. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/indicadores/situacion_salud2003.pdf. Citado en marzo de 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN) Tasas de mortalidad infantil y materna por jurisdicción de residencia de la madre, 1980-2002. Programa Materno Infantil. Buenos Aires: 2005.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA) Informe de gestión del seguro público de salud. La Plata: 2001.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA) Guía de seguimiento de efectores de salud. Programa Materno Infantil (PROMIN). La Plata: 1999.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA) Mortalidad materna por partido de residencia. Años 1990 – 2003. La Plata: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Provincia de Buenos Aires; 2005.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA) Mortalidad infantil y sus componentes según región de residencia. Año 2003. Provincia de Buenos Aires. La Plata: Dirección de Estadísticas e Información de Salud; 2005.
- Pan-American Health Organization (PAHO) Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: 2003.
- Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R Insúa I, del Río Fortuna C Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES; 2004.
- Travassos C, Martins M A review of concepts in health services access and utilization in Cad. Saúde Pública. 2004; 20(2):S190-S198.
- Zeballos JL Argentina: efectos socio-sanitarios de la crisis, 2001-2003. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- Zhang J, Yu KF What's the Relative Risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes in JAMA. 1998; 280(19):1690-1.
- Zou G A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data in Am J Epidemiol. 2004; 159(7):702-6.