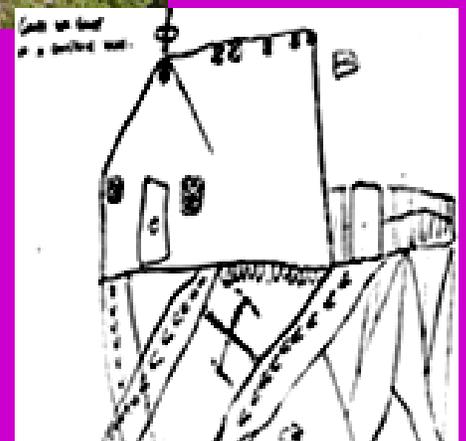
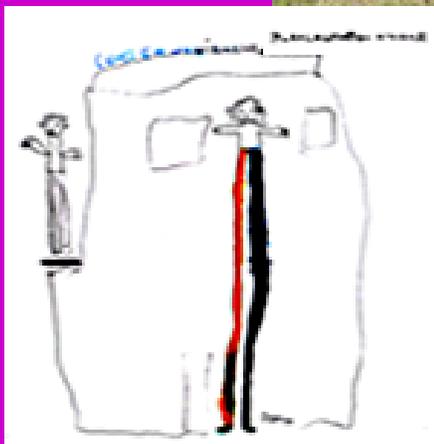
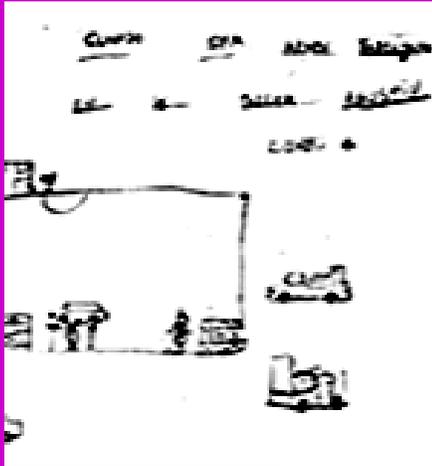


Investigación en Salud

Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal

Volumen 7 - Nº 1 y 2 (2005/2006)



Municipalidad de Rosario
Secretaría de Salud Pública

"Es sobre todo en el dibujo donde el niño expresa más fácilmente sus quejas reprimidas, sus agravios y sus odios. El dibujo brota más directamente del inconsciente y consigue así esconder a su autor su verdadero contenido... No comprendiendo el sentido de sus dibujos y teniendo el mayor interés en no revelarlo, el niño se siente inclinado más bien a rehusar que a ayudarnos a descifrar el simbolismo en sus creaciones. Con un trabajo analítico se consigue, sin embargo, reconstruir, gracias a esos dibujos en apariencia caóticos y dispares, una narración gráfica que conduce al origen de estas producciones, al traumatismo afectivo y a los sentimientos reivindicadores que los inspiraron."

Sophie Morgenstern

En este número, la portada de la Revista Investigación en Salud Volumen 7 ha sido ilustrada a través de una forma de expresión milenaria: el dibujo.

El hombre, ya desde la prehistoria, se comunicaba a través de pequeñas figuras o símbolos dibujados sobre rocas y en las paredes de las cuevas. Manifestaban así sus ideas y pensamientos. El dibujo era una representación abstracta que anticipaba el rito, la aprehensión del objeto de su caza. También, a través de símbolos reemplazaba al lenguaje, funcionaba como escritura. Por lo tanto, el dibujo es representación gráfica de un objeto real o de una idea abstracta.

Los dibujos en los niños son un diario de vida abierto a quien puede leerlos. Nos cuentan sobre sus temores, sus rabias, sus inseguridades y sus penas, sus sueños y alegrías. Nos hablan de una etapa de constitución temprana difícil de entender, de vivir. Son escritura del cuerpo, de un cuerpo que va cambiando, que va creciendo, que se va socializando, cortando las alas o aprendiendo a volar.

La forma paradigmática que toma la exclusión en la infancia es la de la exclusión escolar, bajo las formas de la repitencia, deserción, expulsión, en fin, fracaso escolar. Las situaciones de aprendizaje escolar se presentan como una cuestión compleja, con múltiples y diversos atravesamientos, factores y dimensiones que se ponen en juego a la hora de aprender, que se visualizan cuando algo del no aprender emerge. El fracaso en esta aventura, o darla por finalizada antes de tiempo, no implica una renuncia a un bien accesorio, se trata más bien de una renuncia radical, que coarta el acceso a un bien cultural, a un "don de la cultura".

En tal sentido, en 2004 se consideró necesario jerarquizar acciones que apuntalaran el proceso de escolarización y facilitaran el acceso de los niños a la escuela, atendiendo a las diferentes dimensiones que intervienen. Se crearon los Equipos F.A.E.(Fondo de Asistencia Educativa), en el marco del Proyecto de Prevención de la Deserción Escolar en la ciudad de Rosario, los que funcionan como referentes de los equipos de salud y educación de las microáreas delimitadas, instalando dispositivos innovadores mediante la metodología de taller. Algunas de las representaciones gráficas surgidas del trabajo de los niños en esos talleres son las que hemos integrado a la portada de este Volumen.

Agradecemos al Equipo FAE "Juana Azurduy" y a los niños que concurren a los talleres, el permitirnos reproducir algunas de sus obras.

Autores de los dibujos : Espinosa Axel (9); Chaves Miguel (8); Rolón Marcelo (9); Perrini, Agustín (10)

Comité Editorial

Editora: Zulema C. Torres de Quinteros

Editores Asociados: Alicia Aronna, Adriana Huerta, Andrea Moro, Juan Carlos Paradiso, Alicia Rodríguez, Luciana Ruiz, Graciela Sosa.

Secretario: Fernando H. Baccelliere

Asesores Científicos

- Belmartino, Susana (Argentina)
- Bonazzola, Pablo (Argentina)
- Briceño Leon, Roberto (Venezuela)
- Bronfman Pertzovsky, Mario N. (México)
- Calabrese, Alberto E. S. (Argentina)
- Carroli, Guillermo (Argentina)
- Cassanho Forster, Aldaisa (Brasil)
- Cohn, Amelia (Brasil)
- Coimbra, Carlos E. A. (Jr.) (Brasil)
- De Mendoza, Diego (Argentina)
- De Sousa Campos, Gastao W. (Brasil)
- Forni, Floreal (Argentina)
- Franco Agudelo, Saúl (Colombia)
- Fuks Sadovsky, Saúl I. (Argentina)
- Galende, Emiliano (Argentina)
- Goldbaum, Moisés (Brasil)
- Habichayn, Hilda (Argentina)
- Kornblit, Ana L. (Argentina)
- Koifman, Sergio (Brasil)
- Lattes, Alfredo E. (Argentina)
- Lede, Roberto L. (Argentina)
- Litvoc, Julio (Brasil)
- Mendez Dominguez, Alfredo A. (Guatemala)
- Menendez Spina, Eduardo L. (México)
- Menin, Ovide (Argentina)
- Onocko, Rosana (Brasil)
- Pantelides, Edith A. (Argentina)
- Proietti, Fernando A. (Brasil)
- Rohlf's Barbosa, Izabella (España)
- Ruffino Netto, Antonio (Brasil)
- Sanchez Cabaco, Antonio (España)
- Santhia, Miguel A. (Argentina)
- Schapira, Marta V. (Argentina)
- Stolkiner, Alicia I. (Argentina)
- Tavano, Beatríz (Argentina)

- Zaldua, Graciela (Argentina)

Propietaria

Secretaría de Salud Pública / Municipalidad de Rosario

Directora

Dra. Mónica H. Fein

Editado en formato electrónico CD Rom en Argentina

Cantidad de ejemplares: 500

Edición: Diciembre de 2006

Diseño: Fernando H. Baccelliere / Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública

ISSN: 1667-8044

Autoridades

Ing. Roberto Miguel Lifschitz

Intendente

Dra. Mónica H. Fein

Secretaria de Salud Pública

Dr. Jorge Elder

Subsecretario de Salud Pública

Est. Zulema C. Torres de Quinteros

Coordinadora Área de Investigación en Salud

Editorial

Han transcurrido ya cinco años de implementación de una serie de transformaciones en el Sistema de Salud Municipal. Se trata de nuevos desafíos para afrontar viejos problemas. Ellos refieren a que, en la ciudad de Rosario, siguen emergiendo evidencias epidemiológicas que develan la persistencia de la inequidad social y, consecuentemente, de perfiles de salud-enfermedad altamente diferenciados por estratos sociales. Esto es que amplios sectores de excluidos afectados por los problemas de la pobreza, -desnutrición, enfermedades infecciosas, violencia, exclusión escolar, falta de acceso al agua potable, etc.-, coexisten con sectores poblacionales "acomodados", afectados por los problemas típicos de países desarrollados.

Ahora bien, ¿en qué consistirían específicamente los nuevos desafíos? En el campo de la Salud Pública y a lo largo de los procesos de toma de decisiones, organizativos, gestionarios, etc., un desafío particular es trascender el reduccionismo de la información proporcionada por las estadísticas de la pobreza y sus enfermedades, ya que conducen al desdibujamiento de los sujetos particulares que subyacen en estas condiciones y que son víctimas de la exclusión, al igual que en otras regiones de países latinoamericanos o africanos.

Según Badiou¹, es en el terreno de la política donde se define quiénes son las víctimas, pero esta definición es una responsabilidad ética, incluida en una concepción más amplia respecto de la condición de ser humano y de justicia.

Siendo una responsabilidad nuclear de la Salud Pública luchar contra las formas actuales de la inequidad y el sufrimiento: ¿qué actores deben participar en esta definición de la condición humana que no reduzca a los sujetos a una pasividad de cuerpos sufrientes o de consumo?

Entendemos que todos los que integramos el colectivo de trabajo de salud pública somos responsables de participar de estas definiciones, aún sabiendo que nuestros distintos espacios de inserción van a condicionar diferentes perspectivas del problema. O sea que quienes trabajan cotidianamente y cara a cara con poblaciones en condiciones de miseria pueden otorgarle significación a ciertas dimensiones y quienes trabajan en espacios de gestión más centrales pueden estar sosteniendo otras visiones e incluso visualizar otras dimensiones.

En este sentido constituye una necesidad política acercar esas distintas visiones para poder construir ajustadamente el objeto de intervención de la Salud Pública y, en este marco, el Área de Investigación se constituye en un dispositivo clave para operar en esta doble dirección.

En este número de la Revista, presentamos una experiencia de trabajo realizada conjuntamente con un equipo de Atención Primaria que avanza en esta intencionalidad, cual es la de empoderar técnicamente a los equipos de trabajo para la producción y utilización de conocimientos científicos bajo el concepto de investigación estratégica en una lógica que articule inequidades sociales, necesidades de salud, demanda y respuesta a problemas prioritarios. Sostenemos que esta línea de trabajo investigativo habrá de contribuir a:

- En los niveles de gestión, avanzar en la definición y lineamientos de las políticas sanitarias en base a prioridades en salud.
- Mejorar la eficacia de la respuesta social, profundizando en las inequidades sociales y su impacto en la salud de distintos sectores poblacionales.
- Fortalecer y reorientar los procesos de reforma sanitaria evaluando su implementación, desarrollo y resultados.
- Instrumentar y fortalecer a los equipos de atención para la reorganización de los procesos de trabajo, en coherencia con los procesos de reforma sanitaria.

Ratificando nuestra posición, cabe rescatar algunas de las consideraciones emanadas del **I Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública**. *Investigación para la toma de decisiones en el sector salud*, llevado a cabo en Bogotá en 2006, donde se señalaba que, entre otros, la diversidad de actores involucrados en los procesos de toma de decisiones, cada uno con sus intereses y posiciones políticas; la falta de articulación entre distintos sectores de la gestión política; la falta de coordinación entre las producciones de investigación y las agendas políticas para la

1 "... ¿quién es la víctima? ¿quién es considerado como víctima?. Estamos obligados a admitir que la idea de víctima supone una visión política de la situación; en otras palabras, es desde el interior de una política que se decide quién es verdaderamente la víctima: en toda la historia del mundo, políticas diferentes, tuvieron víctimas diferentes. Por lo tanto, no podemos partir únicamente de la idea de víctima, porque víctima es un término variable."

Badiou, A. "La idea de justicia", en Acontecimiento. Revista para pensar la política. N° 28. Buenos Aires, 2004. Grupo Acontecimiento, pp. 9-22.

definición de problemas prioritarios, etc.; configuran una serie de obstáculos que interfieren en el adecuado aprovechamiento, por parte de los tomadores de decisión, de los recursos derivados de la práctica de investigación en Salud Pública.

Renovamos nuestro compromiso de acotar esta brecha.

Artículos originales

- El Modelo de Adscripción en el Centro de Salud "Juana Azurduy".
Equipo del Centro de Salud "Juana Azurduy"; Equipo del Área de Investigación en Salud
- Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario según perfil socio-laboral, visiones sobre los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento.

Morin Imbert, P.

Artículos de Opinión

- La experiencia del Centro de Salud "Juana Azurduy" en el proceso de Adscripción: reflexiones y comentarios.
Huerta, A.; Torres de Quinteros, Z.; Moro, A.

Revisiones y actualizaciones

- Medición de la cobertura de vacunación: Una problemática de la Salud Pública.
Balparda, L. R.
Comentario: Comité Editorial
- Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica. Aronna, A.; Luppi, I.

Original articles

- Adscription model in the Primary Health Center "Juana Azurduy".
Staff of the Primary Health Center "Juana Azurduy"; Staff of the Health Research Area.
- Burnout's Syndrome suffered by the nursing personnel belonging to the Public Health Secretary of the City of Rosario. Perspectives about management procedures and approach strategies.

Morin Imbert, P.

Opinion articles

- The experience of Adscription modelin the Primary Health Center “Juana Azurduy”: reflections and comments.

Huerta, A.; Torres de Quinteros, Z.; Moro, A.

Reviews and updates

- Vaccination coverage measurement: a Public Health troublesome matter.
Balparda, L. R.
Comment: Editorial Comitee
- Health Services Assessment: preliminary approaches from an epidemiological perspective.
Aronna, A.; Luppi, I.

El modelo de adscripción en el Centro de Salud "Juana Azurduy"

Adscription model in the Primary Health Center "Juana Azurduy"

Equipo del Centro de Salud "Juana Azurduy": Quadri, Andrea^a; Chisari, Ana; Maranzana, Marcelo^b; Yakubowsky, Gabriela^b; Zagaglia, Rosanna^c; Giaccio, Marisa^d; Tumini, Andrea; Perfumo, Gisele; Coronas, María Elenaf; Corona, Delmag; Maza, Cristian^h; Aquino, Maximilianoⁱ; Tobin, Patricia^j.
Equipo del Área de Investigación en Salud: T. de Quinteros, Zulema C.^k; Huerta, Adrianal; Ruiz, Luciana^m; Moro, Andreaⁿ; Rodriguez, Alicia^ñ; Sosa, Graciela^o; Costa, Fernando^p; Baccelliere, Fernando^q.

Resumen

El presente artículo refiere a la primera etapa de un proceso de investigación iniciado por el equipo de un Centro de Salud del Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario en torno al Modelo de Adscripción al sistema de Servicios de Salud de la población de su área de influencia, bajo la perspectiva de una clínica ampliada que reconoce como antecedentes las bases conceptuales de la reforma sanitaria brasilera.

Los resultados evidenciaron un incremento significativo de las demandas al Centro a partir de la implementación del modelo, las que además, responden a múltiples y complejas necesidades asistenciales al tratarse de un contexto poblacional en condiciones de extrema criticidad. Esto genera en el equipo responsable una situación de permanente desborde asistencial, constituyendo un primer obstáculo para el desarrollo del modelo en toda su magnitud y bajo los atributos de equidad, calidad e integralidad de la atención.

Otro aspecto crítico alude al dispositivo de Admisión de Enfermería, que también denota el desequilibrio entre la capacidad operativa del Centro y el quantum de las demandas de la población. En este contexto se agrega el hecho de que el personal debe hacerse cargo de situaciones que lo superan tanto técnica como legalmente.

Bajo un enfoque de permanente interrelación entre investigación y acción, la primera etapa de estudio abre dos líneas de trabajo:

- Una, vinculada a la necesaria reorganización de los procesos de trabajo y funcionamiento general² de los servicios, particularmente de Admisión de Enfermería. Esto, a partir de una redefinición de su³ rol en el proceso de adscripción y la consecuente gestión para la provisión de

2 a. Médica Generalista, Jefa de Centro; b. Médico Generalista; c. Médica pediatra; d. Médica Clínica; e. residente Medicina General; f. Enfermera; g. Licenciada en Enfermería; h. Psicólogo; i. Administrativo; j. Licenciada en Trabajo Social, Jefa del Centro; k. Estadística Matemática, Coordinadora; l. Médica Psiquiátrica, Especialista en Salud Mental, Investigadora; m. Licenciada en Estadística, Investigadora; n. Bioquímica, Investigadora; ñ. Médica Pediatra, Investigadora; o. Psicóloga, Investigadora; p. Médico Clínico, Investigador; q. Administrativo.

recursos humanos y equipos necesarios para la efectiva implementación del Modelo de Adscripción.
- Otra, la relacionada con la identificación de los posibles obstáculos y facilitadores que intervienen en el proceso de atención de los pacientes adscriptos, a través de una nueva etapa investigativa de mayor profundidad analítica, contribuyendo también a delinear las bases para el monitoreo permanente del proceso de adscripción.

Palabras clave

adscripción - clínica ampliada - admisión de enfermería

Summary

The following article makes reference to the first step of an on-going research process which was begun by the professional team of a Primary Health Medical Center, located in the Northwest District of the City of Rosario. This research process is focused on the Adscription Model, applied in the context of an assistance modality which recognizes similarities with the Brazilian Health Policies.

The results showed a remarkable increase in the demanded medical consultations since the Adscription Model began. These medical consultations have also been extremely difficult to be solved as the demanding population belongs to very critical social contexts. Thus, its health requirements result too much complex to be faced by the working staff of the Medical Center. All this leads to a stressful situation suffered by the working staff, due to the impossibility of managing a complete and efficient answer to the people necessities, as well as to the quantity of consultations they have to assist. These stressful conditions represent the main obstacle for the Adscription Model application, preventing the population from receiving medical care practices with equity, quality and integrality.

Another problem was identified in the Nursing Admission level, pointing out an unbalanced relation between the assistance resources of the Nursing staff and the people demands. Moreover, the results showed nurses had to deal with many situations that exceeded their technical and legal responsibilities.

This first stage of the research opens two different lines of work, under an approach of permanent interrelation between process of investigation and action:

- One of them related to both the working processes reorganization and the general performance of health services, mainly of the Nursing Admission. This reorganization would be based on the Nursing Service, for which a new role and specific managing functions in the Adscription process need to be defined. Furthermore, the necessary management to obtain the proper human and material resources to fulfill these objectives would have to take place.
- The other one would be related to the finding of obstacles and facilities in the medical assistance process within the Model of Adscription. This aspect would have to be carried out by a second and more analytical step in this research process. While analyzing these factors more deeply, it will also establish the basis for a permanent checking and improvement of the Adscription Model.

Key words

adscriptio model - extended clinical care - nursing admission

Introducción

A fines de 2001 la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSP) dio impulso a los pasos iniciales de un proceso de transformaciones de las prácticas asistenciales hacia un nuevo modelo socio-sanitario cuyos lineamientos principales quedaron plasmados en dos documentos de trabajo elaborados por la Dirección General de Servicios de Salud. El primero, estableciendo las bases para un modelo de gestión en salud más descentralizado y participativo(1) seguido por un segundo documento de propuesta de adscripción de ciudadanos al sistema de servicios a través de equipos de referencia(2). Paralelamente con ello se generó en el equipo del Centro de Salud "J. Azurduy" un proceso de reflexión permanente sobre sus prácticas en el ámbito local, lo que permitió ir delineando sucesivas estrategias de intervención, siempre en el marco de una posición ético-política indeclinable cual es la de trabajar para la equidad, concentrando todos los esfuerzos en intentar asegurar la calidad de atención y la mayor cobertura asistencial.

Partiendo de la concepción de que los procesos de trabajo en los servicios de salud deben organizarse en torno a la caracterización de las necesidades poblacionales, las estrategias de trabajo en el Centro de Salud fueron modificándose siguiendo una dinámica en espiral que reconoce como momentos sucesivos: un tiempo de construcción diagnóstica de la situación de salud, la implementación de dispositivos para abordar los problemas identificados y, un tercer tiempo, de evaluación de los resultados de las estrategias, como insumo necesario para reformular, fortalecer o diversificar las acciones de salud. Todo esto sostenido en el contexto de los recursos efectivamente disponibles y orientados permanentemente por un fuerte compromiso del equipo de trabajo con los lineamientos de Atención Primaria de la Salud (APS) centrados en el desarrollo de una CLÍNICA AMPLIADA(3).

En ese marco, se reorganizaron distintos aspectos del proceso de trabajo: reformulación de los sistemas de acceso al Centro de Salud, atención de la demanda espontánea, adscripción de pacientes por parte de cada médico, captación de pacientes de alto riesgo mediante un sistema de "postas" o "visitas al barrio", suspensión de los llamados "turnos del día", etc. Todo ello plasmado en un documento de trabajo que fuera presentado por el equipo del Centro en el Colegiado de Gestión de junio de 2005 (4).

Siguiendo la dinámica señalada, la instancia para el monitoreo de la eficacia de las intervenciones propuestas fue impulsada inicialmente por una serie de interrogantes que aludían a una posible insuficiencia de la estructura del servicio para la complejidad y magnitud de las necesidades y demandas de cuidados integrales en salud de la población del área de influencia, dada por una situación socio-sanitaria particular, que podría estar excediendo la capacidad de abordaje del efector, aún habiendo implementado múltiples estrategias de rediseño del servicio.

Partiendo de estas consideraciones, se solicitó la apoyatura técnica del equipo del Área de Investigación en Salud de la SSP y en forma conjunta se decidió iniciar un proceso de investigación que, en una primera etapa, permitiera sistematizar la información derivada del accionar del Centro, de modo tal de trascender lo que podría constituir solamente una "impresión subjetiva" por parte del equipo y proveer datos para la implementación de cambios en la gestión y asistencia para,

finalmente, abordar un proyecto evaluativo del proceso asistencial bajo el nuevo modelo de atención.

El presente documento da cuenta de los resultados obtenidos en la primera etapa del proyecto, así como de algunas gestiones e intervenciones encaradas por el equipo en un marco de interacción entre investigación y acción.

En ese sentido, cabe destacar que los hallazgos de esta etapa dieron lugar a la elaboración de un informe que fue presentado ante la Dirección de APS (noviembre 2005) a los efectos de someter a discusión los problemas e interrogantes planteados en el documento, en el seno del Equipo de Gestión del nivel central de APS.

Producto también del proceso de reflexión permanente del equipo del Centro, preocupado por la eficacia de sus estrategias y prácticas asistenciales en el área de influencia y retroalimentado por un conocimiento más racional y sistemático de la realidad, es la participación activa de este Centro en la Comisión Intersectorial de Salud, que fuera creada a fines del 2005 por iniciativa del propio equipo conjuntamente con el Centro de Salud Pablo VI, para mejorar la accesibilidad y la calidad de atención de salud de la población del Barrio Empalme Graneros en el distrito Noroeste, espacio en el que actualmente confluyen distintas instituciones y dependencias municipales y provinciales.

La perspectiva clínico-sanitaria del equipo en el contexto de la población del área de influencia del Centro.

El Centro de Salud "J. Azurduy" se encuentra ubicado en el barrio Empalme Graneros en el Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario.

Cuenta con un área de influencia de aproximadamente 45.000 habitantes. Producto del análisis y evaluación de las características socio-epidemiológicas de dicha área pueden diferenciarse tres micro-áreas.

Por un lado, el área comprendida entre las calles Génova al norte, Provincias Unidas al oeste, Junín al sur y las vías del ferrocarril al este, engloba una población de clase media baja, que podría incluirse en la categoría de nuevos pobres o sectores medios empobrecidos, que han perdido sus redes de integración definidas centralmente por el trabajo. Se trata de un área urbanizada con calles pavimentadas, instalaciones cloacales y provisión de agua potable, diferenciándose una zona comercial con gran circulación de tránsito. Cuenta con un sector de población de ancianos con cobertura de seguridad social, principalmente de PAMI (Programa de Atención Médica Integral) y, a la vez, con familias cuyo sustento son los trabajos temporarios o empleos "en negro" sin cobertura social.

La segunda micro-área está comprendida entre las calles Génova al sur, Provincias Unidas al oeste, calle Garzón al este y Puente Negro-Arroyo Ludueña al norte. Formado por un asentamiento irregular de casillas, en su mayoría de chapa y pisos de tierra, con sistema de calles y pasillos, sin pavimento ni cloacas. Esta población se sustenta mediante el reciclaje de basura, changas esporádicas de albañilería, etc. y otros son beneficiarios de los denominados planes "jefe/jefa de hogar" cumpliendo sus contraprestaciones en diferentes instituciones del barrio (comedores, escuelas, ONG's, asociaciones civiles, etc.).

Bordeando el límite noreste, se identifica una tercera micro-área, no urbanizada, que está limitada por calles Garzón al oeste, Génova al sur y el Arroyo Ludueña. Esta zona puede

considerarse como la de mayor criticidad y, por tanto, con mayores y particulares riesgos de enfermar y morir. Está conformada por una población migrante aborigen de la etnia toba de la zona del Chaco (principalmente Castelli y Sáenz Peña) y norte de Santa Fe. La componen aproximadamente unas 350 familias, en condiciones de extrema pobreza que habitan en casillas de chapa o cartón, con piso de tierra, asentadas en calles sin pavimento ni mejorado, sin sistema cloacal y con canillas públicas con prolongaciones de mangueras para cada casilla. Esta población se sustenta fundamentalmente a través del mendigüeo de mujeres y niños, reciclaje de basuras (sobre todo con la venta de cartones) y, en menor proporción, algunas familias están inscriptas en los planes de "jefe/jefa de hogar".

Adhiriendo a la perspectiva de una CLINICA AMPLIADA, el enfoque general del trabajo en el Centro de Salud responde a las pautas conceptuales que conforman su definición: "como las prácticas contextualizadas de acción en salud que efectivizan el diagnóstico y las respuestas ofrecidas según la realidad social, asegurando integralidad y continuidad en el abordaje de cada problema, sosteniendo un vínculo interpersonal con los pacientes en el que el equipo terapéutico se responsabiliza en el proceso de atención aún en las referencias a otros niveles. Esto reformulando la práctica con una visión epidemiológica, utilizando tecnología apropiada" (5)(6).

Sin embargo, al sostener este concepto teórico, surge un primer obstáculo al intentar aplicarlo al contexto de la realidad local, derivado de que las prácticas de Atención Primaria en un centro urbano como Rosario - desde una perspectiva de universalidad y equidad como éstas se plantean - suponen fundamentalmente el trabajo cotidiano con poblaciones vulnerables y donde se han ido generando sectores crecientes de población pauperizada con importante afluencia de migrantes como producto de décadas de desarrollo de políticas neoliberales que marcaron la retracción del Estado y la pérdida abrumadora de fuentes de trabajo. Esto configura actualmente un escenario particular de prácticas que alerta sobre la necesidad de una dinámica de permanente definición del perfil asistencial y de la cantidad de recursos en salud necesarios para lograr una respuesta responsable a estos grupos poblacionales.

Se agrega a lo anterior que en el contexto local descrito, de vulnerabilidad general, coexisten situaciones particularmente frecuentes de mayor criticidad. Se trata de familias/casos CRÍTICOS con alto grado de vulnerabilidad que requieren de intervenciones a un nivel de mayor complejidad, de manera interdisciplinaria y articuladas con otros sectores/áreas(a) .

La articulación con estas áreas, que presentan lógicas diversas, requiere a su vez incorporar una serie de estrategias inclusivas que complejizan aún más la construcción de los proyectos terapéuticos conjuntos al intentar traspasar las prácticas normatizadas y esquemáticas propias de esos espacios centralizados que, al estar por fuera del ámbito local de trabajo, desconocen la dinámica socio-cultural de la población.

La atención de las situaciones críticas requiere también de una organización particular del tiempo de trabajo, ya que plantea una ruptura con las rutinas habituales de los procesos de gestión y

a Secretaría de Promoción Social: Programa de Asistencia e Intervención Directa (PAID), Economía Solidaria, Secretaria de Cultura, Dirección de Inclusión, seccionlaes policiales del área, Secretaria de Deportes, Secretaria de Educación, Fondo de Asistencia Educativa (FAE), Juzgados, escuelas, Centro Crecer, Secretaria de Derechos Humanos, Centro de Desarrollo Zonal N°4, Comisión Nacional de Pensiones, Instituciones barriales de base.

atención que son característicos de las instituciones de salud, cobrando importancia el traslado de los propios integrantes del equipo para interconsulta con especialistas o bien el acompañamiento personal de los pacientes a diferentes servicios de la red. La emergencia de las situaciones críticas y la prioridad de su asistencia afectan directamente el ritmo de trabajo, por la suspensión de las actividades y consultas programadas con antelación, y la consecuente mayor carga de trabajo en días subsiguientes.

La extrema pobreza, la exclusión, la condición de migrantes, agregan otra vertiente de dificultades para la asistencia de los sectores vulnerables y particularmente de los casos críticos, relacionada con la accesibilidad a la atención, que está atravesada principalmente por valores culturales que imprimen formas particulares para efectivizar las demandas y tiempos propios en las familias/pacientes para la utilización de los servicios.

Una situación a destacar es la del grupo de familias tobas del barrio "Los Pumitas". Este grupo humano comparte las condiciones de pobreza extrema de muchos otros sectores de pobres urbanos, pero a esta condición general se agregan las características particulares vinculadas a su condición étnica. Se trata de un sector de población recientemente migrado, con una lengua diferente, hecho que de base plantea a este grupo una serie de dificultades en las estrategias comunicativas con los otros, pero que principalmente es portador de una serie de características culturales que conllevan otras representaciones en torno a la organización del tiempo, a una diversidad de aspectos de la vida cotidiana, y en particular, en lo que refiere a los modos de significar los procesos de salud-enfermedad y las necesidades de atención.

En general, las características de este sector poblacional, han favorecido sistemáticamente conductas de exclusión de los servicios de salud en espacios urbanos, ya sea por la vía de reconocer la diferencia y en función de ello, dejar afuera a los que no se adaptan a los modelos organizacionales hegemónicos, o bien, por la vía de negar las diferencias, impidiendo a los equipos reconocer necesidades de salud/atención diferentes en grupos diferentes.

En el caso del Centro, en cambio, el reconocimiento de las singularidades de este grupo étnico implica incluir otros aspectos que complejizan en alto grado las tareas de gestión y asistencia bajo el concepto de una "clínica ampliada" ya que se plantea permanentemente la necesidad de diseñar estrategias y dispositivos creativos de inclusión de este grupo y, de base, un esfuerzo autogestivo al interior del equipo de lecturas específicas sobre sus valores culturales, con el propósito de facilitar la implementación de las intervenciones a otros niveles de atención, en el contacto con los especialistas, etc.

La problemática de las prácticas de salud en el marco del modelo socio-sanitario impulsado por la SSP

La implementación del modelo socio-sanitario de acuerdo con las características descriptas en este ámbito particular de aplicación, no sólo demanda importantes esfuerzos para superar los obstáculos señalados, sino que a ello se agregan otros condicionamientos y limitantes centrados en las propias prácticas asistenciales, que también podrían afectar la construcción de los proyectos terapéuticos.

En ese sentido, una observación general era que las prácticas en salud y los proyectos terapéuticos particulares podrían verse comprometidos en su viabilidad y sostenimiento por una serie de obstáculos derivados de un contexto asistencial de demanda significativamente creciente, tal como era percibida por el equipo en el marco de la implementación y puesta en marcha del proceso de adscripción a partir de 2003, y por otra línea de dificultades inherentes al actual funcionamiento de la red de servicios.

Como dato objetivo, entre los años 2003 y 2004 el equipo del Centro que, hasta entonces, estaba constituido por 17 personas, sufrió un recambio importante de personal, renovándose el plantel en 11 integrantes y significando una considerable pérdida de horas médicas.

De este modo, hacia el año 2004, las largas planillas de pacientes para los pocos profesionales disponibles, las interminables "colas" desde la madrugada para conseguir un "preciado turno" para el día, lo que afectaba la coordinación del trabajo en equipo, el sostenimiento de los vínculos con los usuarios, la captación activa de familias de riesgo para facilitar el acceso a la atención, etc., hicieron evidente el comienzo de una etapa de gradual desajuste entre la importante demanda y una oferta asistencial insuficiente.

Esta situación impulsó el lanzamiento en el Centro del "Dispositivo de Admisión de pacientes" (7), creando el Comité de Admisión para el ingreso de personas/familias nuevas sobre la base de criterios definidos por el equipo y manteniendo la Admisión por Enfermería, bajo un nuevo ordenamiento operativo, de manera de preservar la accesibilidad al servicio de las demandas espontáneas (b).

En el plano de la organización de los procesos de trabajo, una hipótesis sostenida por el equipo del Centro se relacionaba con probables diferencias en las lógicas de trabajo entre los agentes locales y los interconsultores de otros niveles de atención/áreas de la SSP, las que podían estar afectando la constitución de los equipos de referencia ampliados, dificultando la articulación entre ellos y la continuidad en el tiempo de procesos terapéuticos compartidos.

Otros obstáculos, de carácter operativo, podían estar relacionados con los pasos habituales que deben seguirse en el proceso de atención para garantizar el acceso de la población a los distintos niveles del sistema. Entre ellos las dificultades para la obtención oportuna de turnos para

b La Admisión de personas o familias nuevas era realizada entre quienes no contaban con historia clínica y que demandaban atención por problemas no urgentes, mediante programación de turnos con un horizonte relativamente cercano. La modalidad vigente para acceder a la consulta de aquellas personas y familias adscriptas a los equipos de referencia del Centro, era a través del turno programado desde admisión con un horizonte de hasta dos meses y desde su médico o enfermera según necesidad. Las personas no adscriptas al Centro de Salud, que solicitaban una consulta programada a un médico eran referidas al Comité de Admisión que funcionaba una vez por semana y que era integrado por 3 personas del equipo. El comité evaluaba cada caso teniendo en cuenta criterios de adscripción acordados por el equipo, considerando que el paciente debía tener:

- * Residencia en la microárea considerada como la más crítica (Barrio "Los Pumitas" de la comunidad Toba).
 - * Antecedente familiar de reciente emigración del Chaco o Norte de Santa Fe.
 - * Historia clínica en el Centro de Salud y no contando aún con un médico de referencia.
 - * Antecedente de atención en la red Municipal de Salud, Hospitales u otros Centros de Salud.
 - * Otras situaciones no contempladas en las anteriores, pero que denotaran vulnerabilidad y riesgos.
- De esta manera, quienes reunían los criterios, eran adscriptos a un médico teniendo en cuenta las posibilidades del mismo, según la cantidad y características de la población adscripta a su cargo.

exámenes complementarios e interconsultas con especialistas, cuya concreción parecía implicar habitualmente el uso de tiempos extra para eludir los pasos de rutina, como por ejemplo el apelar a reiteradas llamadas telefónicas para la localización de los profesionales referentes.

Otras dificultades aludían a los traslados de pacientes por ambulancias del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES). Las frecuentes llegadas de las ambulancias o sobrevenidas el día anterior o posterior al establecido en la agenda, estarían implicando una considerable pérdida de los turnos en el hospital de referencia, el reinicio del trámite respectivo y la consiguiente demora en la resolución de los casos.

Vinculadas con el traslado de pacientes a otros efectores de la red, otras dificultades posibles, de orden económico, eran atribuibles a un probable desajuste entre la provisión de tarjetas de transporte suministradas por APS y la magnitud de las reales necesidades que plantean estas situaciones. En relación a los propios pacientes, también se observaba un frecuente desconocimiento de cómo llegar a algunas instituciones, lo que estaría requiriendo importantes esfuerzos adicionales de acompañamiento personal de algún integrante del equipo, o bien, para la búsqueda de vecinos / allegados que se hicieran cargo del traslado.

La particular significación y persistencia de estos obstáculos a lo largo del proceso de atención afectando la "integralidad y continuidad" del accionar del equipo terapéutico en el abordaje de cada problema, podía estar poniendo en riesgo también el sostenimiento del "vínculo interpersonal con los pacientes", que son las premisas fundamentales del trabajo desde la perspectiva de una "clínica ampliada".

La problemática descripta llevó a considerar pertinente el emprendimiento de un proceso de investigación, con diseño flexible y distintas fuentes de información. En una primera etapa, procurando conformar un cuadro de situación, que permitiera incorporar ciertos cambios en base a los resultados parciales, como también reunir elementos para delinear, en una segunda etapa, un proyecto de mayor profundización analítica sobre el proceso de adscripción, el nivel de cumplimiento del proyecto terapéutico y sus resultados.

Desarrollo de la primera etapa del proyecto

Un primer eje de análisis se centró en las consultas asistidas en el Centro de Salud "J. Azurduy", recuperando los datos de distintas fuentes secundarias disponibles en la institución, como planillas de consultas, de prácticas asistenciales y diversos registros de rutina que responden básicamente a fines administrativos.

Los objetivos fueron:

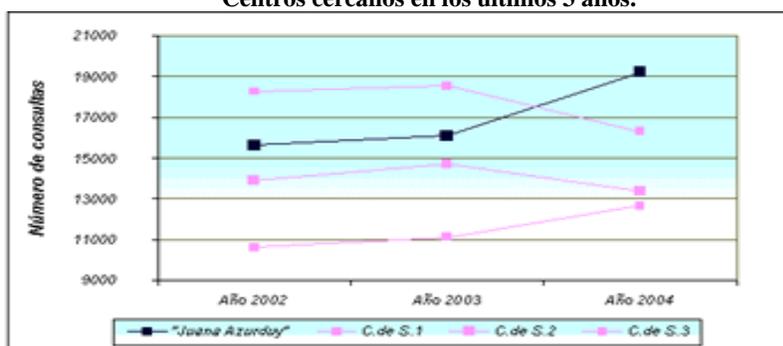
- 1.1. Valorar la dinámica de las consultas en el período 2002-2004, su importancia relativa respecto de otros Centros aledaños y la del ingreso de pacientes adscriptos desde octubre 2004 a setiembre 2005.
- 1.2. Analizar el carácter de las consultas (programadas o espontáneas) absorbidas por cada profesional y el tiempo destinado a las mismas según especialidad y sistema de contratación, durante el trimestre junio-agosto de 2005.
- 1.3. Describir las problemáticas de salud y condiciones de criticidad que planteaban los pacientes adscriptos que fueron incorporados desde el inicio del modelo (junio de 2004).

Resultados

1.1. A partir de la información proporcionada por la Dirección Municipal de Bioestadística de la SSP, correspondiente al período 2002-2004, las cifras sobre consultas médicas ratificaron lo percibido por el equipo acerca de una afluencia creciente de pacientes al Centro, particularmente en 2004, en que se totalizaron más de 19.000 consultas en el año.

Comparativamente (Gráfico 1) esta tendencia resultó diferente a lo observado en otros Centros de Salud municipales, cercanos al "J. Azurduy". Sin embargo, dicha comparación no tiene en cuenta una serie de datos referidos a posibles cambios de estructura, recursos humanos, horas médicas, etc. que condicionan la capacidad resolutive de estos Centros y que podrían explicar la declinación de las consultas de dos de ellos en 2004.

Gráfico 1: Consultas realizadas en el Centro de Salud "J. Azurduy" y otros Centros cercanos en los últimos 3 años.



En cuanto a los pacientes adscriptos, tomando como base los registros del dispositivo de Admisión del Centro, que llevaba alrededor de un año de funcionamiento al momento de iniciar el estudio, se consideró el período octubre de 2004 a fines de setiembre de 2005.

El Comité de Admisión, en el período considerado, dio cuenta de un total de 559 personas que solicitaron adscripción, de las cuales 507 (90,7%) eran residentes del área de influencia del Centro. Se adscribieron 119 casos (23,5% de los 507) y 440 fueron referidos a otros servicios, siguiendo los criterios definidos por el Comité. Sin embargo y pese al importante número de usuarios que fueron referidos a otros servicios, la cantidad efectiva de adscriptos al Centro tuvo un incremento significativo entre junio y setiembre de 2005. En efecto, de 4.100 adscriptos con que contaba el Centro al mes de junio, ese número ascendió a 4.700 a fines de ese cuatrimestre (setiembre). Esto, con la particularidad de que 481 usuarios, al responder a los criterios de adscripción, habían sido incorporados por vía administrativa, por el personal médico o de enfermería, pero sin pasar por la instancia del Comité de Admisión.

Luego de este período, este dispositivo presentó dificultades para su sostenimiento, debido a que su función de admisión y direccionamiento de los casos hacia distintos espacios asistenciales o de referencia (ya sea del propio Centro de Salud, dentro de la red municipal o bien en otros niveles de atención o pertenecientes a la red provincial) no eran acompañados en tiempo y forma por la dinámica de funcionamiento de estos otros sectores, o bien por la insuficiencia estructural del propio Centro de Salud para asumirlos. De este modo, las mencionadas condiciones obstaculizaban las posibilidades de una respuesta oportuna y pertinente a los pacientes, en el sentido de garantizar su ingreso y tránsito por el sistema de salud, generando esta situación un proceso de desgaste importante de los miembros del equipo al resultar ellos los actores responsables de dar cuenta de las

insuficiencias del sistema de salud (c).

Como resultado de este proceso, a partir de diciembre de 2005 se decidió espaciar las reuniones del Comité, pasando a ser quincenales y, desde marzo de 2006, el equipo del Centro acordó suspenderlo. Esto supuso la transferencia de la responsabilidad de la adscripción a cada uno de los miembros del equipo, incluyendo al personal administrativo con apoyo de los profesionales ante eventualidades que lo requirieran.

1.2. A partir de los registros que llevan individualmente cada uno de los profesionales del equipo, básicamente las planillas de consulta, se totalizaron 5.433 consultas entre junio y agosto de 2005, con una carga total de 1.600 horas médicas. Una proyección con estos datos, sin contemplar las variantes estacionales, condujo a un total de 21.732 consultas estimadas para el 2005, implicando unas 6.400 horas de trabajo en el año.

El volumen de consultas asistidas planteó variaciones, tanto por la especialidad del adscriptor como también al interior de los 7 profesionales de Medicina General, según las condiciones de su contratación (Cuadro 2). En efecto, 73,6% de las consultas fueron canalizadas por Medicina General, porcentaje que se redujo a 12,8% para Clínica y 13,6% para Pediatría. Entre los profesionales de Medicina General, los porcentajes de consultas absorbidas por médico variaron entre 3,9% y 16,7%, debido a las diferentes cargas horarias y según se tratara de médicos de planta, residentes o eventuales.

Cuadro 2: Consultas por médico y carácter de la consulta

Medicina General	Consultas				Horas	% Esp.	Prom. Min/con consulta
	Prog.	Esp.	Total	%			
1	129	779	908	16,7	234	85,8	15,5
2	191	707	898	16,5	246	78,7	16,4
3	151	563	714	13,1	195	78,9	16,4
4	163	332	495	9,1	146	67,1	17,7
5 *	156	265	421	7,7	154	62,9	21,9
6 **	0	352	352	6,5	108	100,0	18,4
7 ***	125	87	212	3,9	71	41,0	20,1
SUBTOTAL	915	3.085	4.000	73,6	1.154	77,1	17,3
Clínica	249	446	695	12,8	222	64,2	19,2
Pediatría ****	163	575	738	13,6	224	77,9	18,2
TOTAL	1.327	4.106	5.433	100,0	1.600	75,6	17,7
* Médico residente.							
** Médica eventual, refuerzo estacional incorporado en los meses de julio y agosto.							
*** Médico residente. Tomó licencia durante el mes de agosto.							
**** Médica Pediatra de la Carrera de Posgrado en Medicina Comunitaria.							

El tiempo promedio por consulta varió entre alrededor de 15 minutos y algo más de 20 minutos, lo que podría estar relacionado, por una parte, con variaciones en el peso relativo particular de situaciones críticas en el conjunto de las consultas de cada médico, como también por

c Durante el período y posteriormente en los primeros meses del 2006 se plantearon reiteradas solicitudes a la Dirección de APS para la designación de nuevo personal, ampliación de la carga horaria de algunos profesionales, reemplazos ante licencias, etc. sobre lo cual sólo hubo algunos cambios de bajo impacto en los procesos de trabajo.

las condiciones laborales de los profesionales, de estar o no integrados a una estructura de formación (Carreras de posgrado). En este sentido, los promedios más altos fueron observados entre quienes cursaban carreras de especialización, quienes, por hallarse en un proceso formativo, parecieran destinar mayor tiempo a las consultas.

En cuanto al carácter de las consultas, 4.106 (75,6%) resultaron clasificadas como espontáneas, en aparente contradicción con la lógica de trabajo que impulsa el proceso de adscripción. Esto debido a errores en los registros que sólo reconocían como programadas a las consultas a largo plazo. La estrategia de recitar a corto plazo a los pacientes, asumida plenamente por los adscriptores para mejorar la accesibilidad de los usuarios al equipo de referencia, siguiendo la lógica del proceso de adscripción y responsabilización de una población a cargo, estaría gravitando en alrededor del 60% de las consultas "espontáneas" según indagaciones adicionales de algunos especialistas.

Con las observaciones señaladas, las consultas espontáneas oscilaron entre 41,0% y 85,8% entre los profesionales de Medicina General. La proporción fue de 77,9% para Pediatría y de 64,2% para Clínica. El 100% consignado por la médica eventual, obedeció a que dicha profesional, durante su período de trabajo (julio/agosto), recepcionó sistemáticamente los casos derivados por el dispositivo de Admisión de Enfermería, asistiendo también a los pacientes adscriptos cuando acudían sin turno programado, por lo cual no podían ser atendidos por su médico de referencia.

1.3. Al delimitar el análisis a los pacientes adscriptos, se consensuaron criterios para definir las problemáticas de salud y condiciones de criticidad a fin de sistematizar la búsqueda de datos en las planillas de consulta y otros registros. Las problemáticas de salud fueron clasificadas en seis grupos o perfiles:

- 1) Problemática de la infancia: incluyendo desnutrición, Bronquitis Obstructiva Recidivante (BOR), parálisis cerebral, patologías de niños incluidos en Programa SANAR(d), etc.
- 2) Problemática de las enfermedades infectocontagiosas asociadas a la pobreza: incluyendo TBC, parasitosis, HIV/SIDA, Chagas, etc.
- 3) Problemática clínica crónica en el adulto: incluyendo diabetes, HTA, asma, hipotiroidismo, dislipemia, insuficiencia renal, etc.
- 4) Problemática de Salud Mental: incluyendo diversas problemáticas de sufrimiento subjetivo, como adicciones, psicosis, violencia, problemáticas escolares, etc.
- 5) Problemática de la mujer: incluyendo embarazos adolescentes, anticoncepción, patologías ginecológicas y consultas por control de salud.
- 6) Control Supuesto Sano: incluyendo consultas de rutina con carácter preventivo pero excluyendo mujeres en edad fértil, por estar consideradas en la categoría anterior.

La condición de criticidad, fue establecida diferenciando situaciones que planteaban o no obstáculos en la viabilidad del proyecto terapéutico, según percepción de los profesionales respecto de los pacientes a su cargo.

Un total de 4.510 casos (Cuadro 3) revestían el carácter de pacientes adscriptos desde el comienzo del modelo (junio de 2004). De ellos, alrededor de una cuarta parte, 1.061 (23,5%),

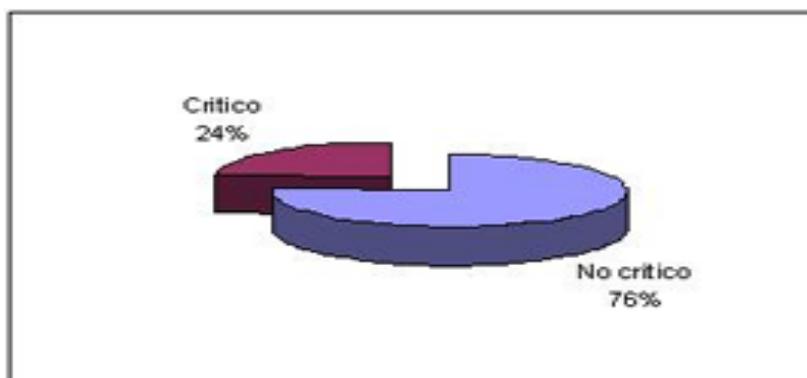
d Programa SANAR (Seguimiento Adecuado del Niño de Alto Riesgo)

fueron referidos como situaciones críticas, o sea, que planteaban dificultades para viabilizar el proyecto terapéutico, afectando la integralidad y la continuidad en el abordaje de cada problema (Gráfico 2).

Cuadro 3: Distribución de pacientes según perfil y criticidad del problema de salud

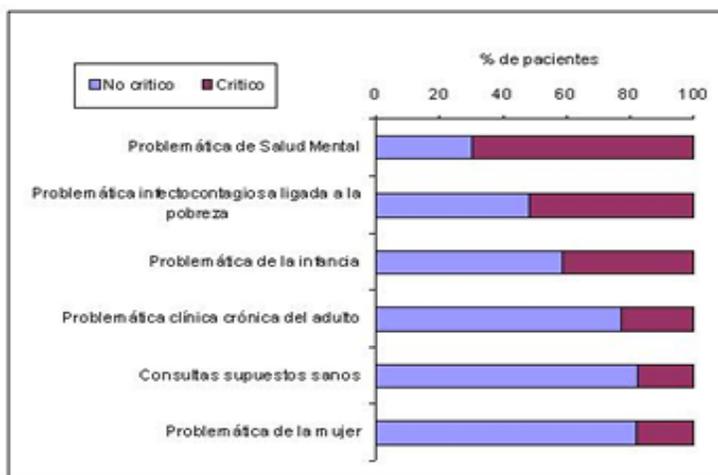
Perfil de problema	No critico	Critico	Total	%	% crítico
Problemática de la mujer	1.359	306	1.665	36,9	18,4
Consultas supuestos sanos	943	197	1.140	25,3	17,3
Problemática clínica crónica del adulto	753	223	976	21,6	22,8
Problemática de la infancia	293	206	499	11,1	41,3
Problemática infectocontagiosa ligada a la pobreza	84	90	174	3,9	51,7
Problemática de Salud Mental	17	39	56	1,2	69,6
Total	3.449	1.061	4.510	100	
%	76,5	23,5	100,0		

Gráfico 2: Distribución de pacientes según criticidad



La clasificación en perfiles (gráfico 3), permitió poner de relieve que el peso de situaciones críticas resultó particularmente elevado para el caso de problemáticas "de la infancia" (41,3%), "infectocontagiosas ligadas a la pobreza" (51,7%) y "de salud mental" en que se llegó a un mayor porcentaje, 69,6%. En cambio, las condiciones de criticidad inciden en menor grado en los perfiles denominados "problemática de la mujer" (18,4%) y de "consultas de supuestos sanos" (17,3%).

Gráfico 3: Distribución de pacientes según perfil de problema y criticidad



Esta información general conjuntamente con la ocurrencia de algunos casos clínicos de problemas infectocontagiosos ligados a la pobreza que tuvieron una evolución desfavorable, fueron presentados en el espacio de la Comisión Intersectorial. Ello permitió definir una primera línea de trabajo orientada al análisis de una serie de "eventos cruciales" seleccionados por los distintos Centros de Salud a fin de caracterizar la trayectoria de atención de cada caso e identificar puntos críticos que pudieron haber operado en el seguimiento e intervenciones asistenciales (e).

2. Un segundo eje de análisis se centró en las consultas canalizadas por el dispositivo de Admisión de Enfermería, un área crítica que había tenido que ampliar la franja horaria de atención, con la consiguiente sobrecarga de trabajo del personal afectado, para dar respuesta a la creciente demanda al servicio, pese a los avances del proceso de adscripción. Esto como consecuencia de los criterios pautados por el equipo del Centro, reconociendo a la Admisión en Enfermería como el espacio de atención a consultantes que no cuentan con médicos/equipos de referencia, o bien que, siendo adscriptos, no tienen posibilidades concretas de recibir asistencia al momento en que concretan su demanda de atención (profesionales ausentes, sin turnos disponibles).

Corroborando lo anterior, los antecedentes reunidos remitían a 2.716 consultas realizadas en el trimestre junio-agosto de 2005, implicando un total de 2.986 prácticas específicas de enfermería en pacientes e insumiendo un total de 1.203 horas de trabajo. Significando en promedio alrededor de 100 horas semanales a razón de 20 horas diarias de lunes a viernes, esta carga horaria no incluía otras prácticas técnicas como entregas de laboratorio y Citologías cervicales (Papanicolau), visitas domiciliarias, lavado y esterilización del material de uso, reposición de medicamentos y abastecimiento, registros, etc.

En consecuencia, se procedió al análisis de algunas características de las consultas ingresadas por este dispositivo: edad de los pacientes, condición de adscriptos, motivos y carácter de las

e Cabe agregar que los perfiles de problemáticas de salud definidos por el estudio que planteaban una mayor incidencia de situaciones críticas - excluyendo las vinculadas a salud mental - orientaron a la Comisión a decidir abocarse a un análisis georreferenciado de los casos asistidos por cada Centro con diagnóstico de TBC y de desnutrición con el objeto de identificar áreas de influencia posiblemente superpuestas, concentración de casos por microáreas, etc. Esto condujo a delimitar el barrio Los Pumitas como de mayor vulnerabilidad en torno a los indicadores utilizados. Actualmente la Comisión Intersectorial está desarrollando un estudio poblacional en esa zona para valorar la accesibilidad y utilización de los servicios según características socio-económicas y migratorias de sus habitantes.

consultas y resolución de las mismas por parte de Enfermería o derivación a otros servicios. La información fue obtenida a través de una encuesta aplicada durante ocho días, a razón de 6 horas por día, a toda persona consultante en el mes de agosto de 2005. La recolección de datos estuvo a cargo de pasantes de Trabajo Social y Psicología capacitados previamente por personal del equipo del Centro.

Resultados

Se relevaron 223 consultas de admisión en el lapso de la semana considerada, destacándose que en 3 días la cantidad de consultas fue superior a 30.

Un 37,2% de las consultas correspondió a menores de 5 años, cifra que ascendió a 53,3% de considerar en su conjunto a los niños de menos de 10 años (Cuadro 4).

Cuadro 4: Edad de los consultantes en Admisión de Enfermería

Edad (en años)	Nº	%
Menor de 2	38	17,0
2 a 4	45	20,2
5 a 9	36	16,1
10 a 14	21	9,4
15 a 24	33	14,8
25 a 44	33	14,8
45 a 59	14	6,3
60 y mayor	2	0,8
Sin información	1	0,4
Total	223	100

Los motivos de consulta fueron principalmente las afecciones respiratorias, tanto alérgicas como no alérgicas (30,5%), seguidos por problemas otorrinolaringológicos (15,2%) y afecciones gastrointestinales (12,6%), en tanto 17,5% correspondió a motivos sintomáticos: fiebre con o sin otros síntomas en 21 casos, o dolor en 18 casos (Gráfico 4).

Dado que del total de consultas, sólo 4 se correspondían con la especificidad de Enfermería (extracción de puntos o vacunación) (f), prácticamente la totalidad (98%) entraría en la categoría de consultas específicamente médicas.

f No deberían haberse incluido por tratarse de consultas de admisión.

Gráfico 4: Motivo de consulta en Admisión de Enfermería



Refiere a dolor en cabeza, columna, espalda, muelas, cuello, miembro inferior, dolor inguinal, lumbar, muscular y otros sin localización con o sin fiebre.

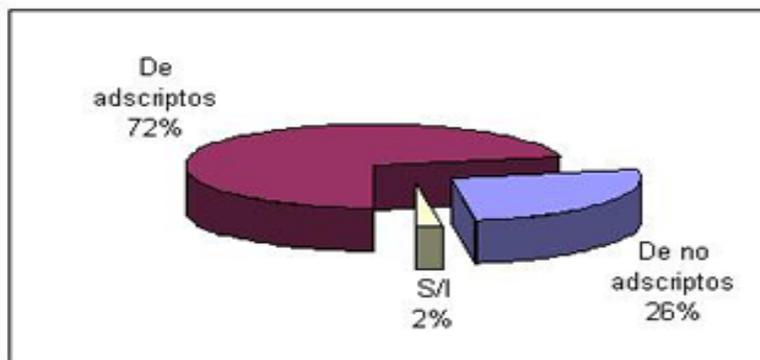
** Se incluyen: úlceras, hongos, infecciones y picaduras.

*** Se incluyen: alergia, reacciones alérgicas, hemorragia, hipertensión sin medicación, infección / sintomatología urinaria, pie inflamado.

Otros datos de relevancia fueron:

- que en 71,7% de las consultas (160 casos), el paciente se identificó como adscrito a algún médico del Centro (Gráfico 5) (g).

Gráfico 5: Consultas según condición de adscripción en Admisión de Enfermería



- que, aunque la información sobre los motivos de la llegada al servicio de Enfermería fue consignada en alrededor del 50% de los casos (se ignora el dato para 69 consultas de adscritos y 28

g En 3 pacientes no se pudo identificar el médico adscriptor y en 2% de las consultas no se pudo precisar la condición de adscripción.

de no adscriptos), en 62 consultas de adscriptos, el paciente expresó que no quería esperar (el médico adscriptor no se hallaba o estaba ocupado) y otros 10 casos argumentaron ser pacientes del Centro. Un total de 30 consultas fueron interpretadas por los encuestadores como que los pacientes consideraban al servicio como una sala de guardia: 16 adscriptos, 11 no adscriptos y 3 en que se ignoró la condición de adscripción.

- que siendo de 37,7% la proporción general de consultas que Enfermería interpretó como resueltas, esta cifra fue mayor (41,4%) en el caso de los no adscriptos (Gráfico 6). Por otro lado, la "resolución" fue significativamente más alta entre las consultas tipificadas como no urgentes, 42,3% respecto del 11,4% observado entre las 35 consultas urgentes (4 casos). (Gráfico 7)

Gráfico 6: Consultas resueltas en Admisión de Enfermería según condición de adscripción

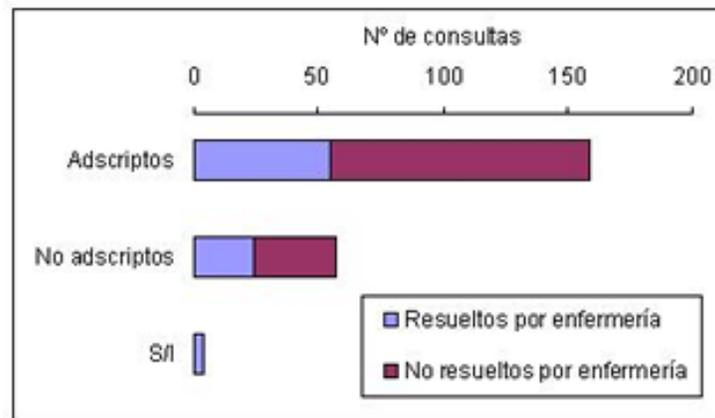
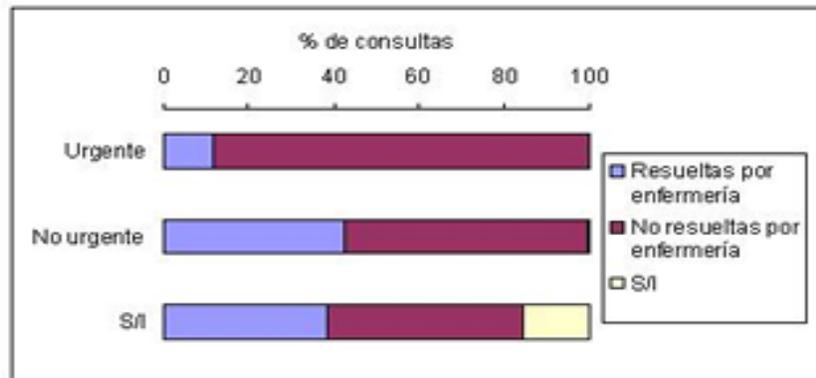


Gráfico 7: - Consultas resueltas en Admisión de Enfermería según carácter de las mismas



Al recortar el análisis a las 130 consultas por problemas respiratorios, otorrinolaringológicos y gastrointestinales, según su carácter (urgentes o no), la resolución o no de las mismas por parte de Enfermería y la derivación posterior de los casos, se obtuvieron los siguientes resultados:

-De 48 consultas consignadas como resueltas, 6 implicaron no obstante una derivación a algún médico del Centro. Inversamente, entre las 75 consultas no resueltas, 61 fueron derivadas al Centro y 4 a otros efectores, observándose que en 10 casos, no se efectuó ninguna derivación.

-La resolución de las consultas según criterios de Enfermería, se dio prácticamente en todas las denominadas de carácter no urgente (hubo sólo 1 caso de consulta urgente).

-Entre las situaciones no resueltas, en total 80 consultas, la conducta prioritaria fue la derivación de los casos cuando se trataba de consultas no urgentes (90,5%) en tanto que, bajo un esquema totalmente diferente, entre las 24 consultas consideradas urgentes, escasamente 3 casos fueron derivados al médico adscriptor y 8 a otro profesional, frente a otros 8 casos que no fueron derivados y los restantes 5 en que no se consignó el dato.

-A partir de estos hallazgos se vio confirmada la presunción sostenida por el equipo en cuanto a que el personal de Enfermería se veía enfrentado a problemáticas que ameritaban una intervención médica, como hecho simultáneo con la sobrecarga de trabajo, dada por una creciente demanda de la población optando por esta vía rápida de acceso - el dispositivo de Admisión de Enfermería - a fin de asegurar su atención en el Centro [\(h\)](#) .

Conclusiones

Esta primera aproximación al estudio de las características y resultados del proceso de adscripción bajo la dinámica local del Centro de Salud "J. Azurduy", da cuenta de un fenómeno previsible, cual es que al aumentar en cantidad y calidad la oferta de salud, sobreviene como contrapartida un incremento considerable de la demanda, conformando para el equipo responsable una situación de permanente desborde asistencial. Esta situación, que se hace más evidente en este caso por las múltiples y complejas necesidades que plantea la población del área de influencia al estar atravesada por condiciones de extrema criticidad, constituye un primer obstáculo para lograr una puesta en práctica del modelo de adscripción en toda su magnitud y bajo los atributos y características que lo distinguen.

El desborde asistencial que en particular experimenta el dispositivo de Admisión de Enfermería, también es una evidencia del desequilibrio entre la capacidad operativa del Centro y el quantum de las demandas de asistencia de la población, que parece optar en forma creciente por este dispositivo para asegurar su atención, visualizando, en cierto modo, dicha vía de acceso como un servicio de guardia.

La resolución de los cuadros que movilizan las consultas por este dispositivo introduce otra vertiente problemática al no corresponder con el perfil profesional de Enfermería ni con la dinámica con la que debiera manejarse el Centro: en la práctica el personal se hace cargo de situaciones que lo superan tanto técnica como legalmente.

h En este sentido, aún antes de disponer de los resultados, el equipo del Centro había gestionado la designación de una médica generalista y de otra enfermera para el servicio. La primera para asistir a los pacientes derivados desde Admisión de Enfermería que no estuvieran adscriptos o que no pudieran ser atendidos por su médico de referencia. Se logró una contratación eventual a partir de junio de 2005, sólo en calidad de refuerzo por la mayor demanda estacional. La intervención de la médica generalista apoyando las intervenciones de enfermería en una tarea conjunta, favoreció el ordenamiento del trabajo en el Centro y las referencias de los pacientes adscriptos o bien al Comité de Admisión. El resto de los profesionales, al estar más organizado su trabajo, pudieron dar una mejor respuesta a los turnos de cada día e incluso asistir a las demandas espontáneas de sus adscriptos. Sin embargo, aunque persiste la colaboración de la médica generalista, reincorporada a partir de enero de 2006, en este último tiempo han surgido ciertas dificultades que afectan el sostenimiento de la atención y circulación de pacientes a sus referentes médicos tal como fuera observado inicialmente. Respecto de la enfermera, sus plazos de contratación fueron extendiéndose en el tiempo con perspectivas de una incorporación efectiva al equipo del Centro.

Las evidencias reunidas en este sentido hacen referencia directa a ciertos aspectos críticos que ameritan un análisis y tratamiento correspondiente al interior del propio Centro, a saber:

- Las posibles dificultades internas a la institución para absorber una demanda creciente que claramente sobrepasa la disponibilidad actual de recursos humanos y físicos.
- Los aspectos vinculados a la organización de los procesos de trabajo y funcionamiento general de los servicios y particularmente de Admisión de Enfermería.
- El rol que Enfermería debe cumplir en el proceso de adscripción, trascendiendo sus prácticas específicas hacia un vínculo particular para construir el proyecto terapéutico.
- En particular, las pautas o criterios en Admisión de Enfermería para la definición del carácter de las consultas, posibilidades de resolución en el servicio, para la derivación de casos, etc. considerando, en principio, las principales patologías que determinan la demanda al servicio según los resultados obtenidos.

Un aspecto no menos importante en lo referente a la implementación del modelo, alude a los registros de información. La búsqueda de datos a los fines del estudio y las distintas fuentes consultadas advierten sobre la necesidad de formular nuevos indicadores hacia la construcción de un sistema de información apropiado a los procesos de atención particularmente implicados en los modelos de adscripción.

En este aspecto, el proyecto de continuar con el proceso investigativo, abriendo una nueva etapa de mayor profundización analítica para identificar los posibles obstáculos y elementos facilitadores que intervienen en el proceso de atención (i), contribuirá también a la revisión de los actuales criterios para el registro de información, aportando elementos para la definición de ciertos indicadores básicos y dinámicos como paso inicial de un monitoreo permanente del proceso de adscripción.

Finalmente, cabe reflexionar sobre el desafío que implica la aplicación del modelo, que debe ser sustentado como sistema superador del trabajo asistencial precedente y que debiera ser tema de debate permanente entre los distintos niveles de responsabilidad de la gestión del proyecto en el ámbito de la SSP. Esto a fin de lograr una enunciación más clara de sus objetivos e identificar sus propios límites, definir nuevas pautas organizacionales y operativas acordes con el modelo según el perfil de los distintos efectores / servicios, efectivizar la consecuente provisión de los recursos humanos y materiales necesarios, etc., todo ello a fin de asegurar la posibilidad de acceso a la salud y la integralidad de la atención como metas alcanzables.

Referencias Bibliográficas

- (1) Secretaría de Salud Pública Dirección General de Servicios de Salud - "Hacia un modelo de gestión en salud más descentralizado y participativo". Documento de trabajo. Febrero 2004.
- (2) Secretaría de Salud Pública Dirección General de Servicios de Salud - "Propuesta de Estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la SSP". Documento de trabajo.

i Tomando como eje la trayectoria seguida por los pacientes adscriptos al modelo, el proyecto se propone evaluar las diversas estrategias, componentes organizativos y de la gestión al interior del Centro y de la red de servicios, las modalidades asumidas por la relación entre adscriptores, equipo matricial y los pacientes, etc. procurando conformar un cuadro explicativo de los resultados que se van logrando en la resolución de los casos.

Mayo 2004.

(3) de Souza Campos, Gastão Wagner, Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia. [Revista Investigación en Salud Vol. 6 N° 1 y 2. 2003/2004.](#)

(4) Secretaría de Salud Pública, Centro de Salud "Juana Azurduy" (Los Juanitos) "Admisión - Adscripción. Captación de pacientes de mayor riesgo". Documento de trabajo. Junio de 2005.

(5) Idem 3

(6) de Souza Campos, Gastão Wagner, El método PAIDEIA (de la rueda) aplicado a la salud colectiva. [Revista Investigación en Salud Vol. 6 N° 1 y 2 . 2003/2004.](#)

(7) Idem 2.

Bibliografía General

- Secretaria de Salud Pública. Dirección General de Servicios de Salud "Hacia un modelo de gestión en Salud más descentralizado y participativo". Documento de trabajo. Febrero de 2004.

- Tigre, Clovis, H et al. "La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud". Educ. Méd. Salud, Vol. 24, N°3, 1998. Páginas 306-320.

Síndrome de *Burnout* en el personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario según perfil socio-laboral.

Visiones sobre los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento^{*}

Burnout Syndrome suffered by the nursing personnel belonging to the Public Health Secretary of the City of Rosario. Perspectives about management procedures and approach strategies.

Morin Imbert, Patricia Ma. E.^{**}

Resumen

El presente trabajo se basa en una encuesta autoadministrada por 273 miembros del personal de enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP), seleccionados de la nómina proporcionada por la Dirección de Enfermería en junio de 2002, previa estratificación según nivel de complejidad del efector / sector de pertenencia de los agentes y funciones desempeñadas, asistenciales o de conducción.

Mediante una selección aleatoria simple, la muestra quedó integrada por un 26% de los trabajadores con funciones asistenciales (198 de los 760 casos) y por la totalidad del personal de conducción (75 casos).

Para la medición de las manifestaciones del Síndrome de Burnout se utilizó el Inventario diseñado por Maslach y Jackson y adaptado como "Cuestionario Breve de Burnout" por Moreno, B. y Rivera Delgado, A. M.

En cuanto a las "visiones acerca de los procesos de gestión" se recabó la opinión del personal en torno a 5 dimensiones: condiciones de trabajo, participación en la toma de decisiones, mecanismos de evaluación, reconocimiento en su trabajo en línea vertical (autoridades) y horizontal (compañeros del equipo y pacientes) y respecto de las "estrategias de afrontamiento", la identificación y frecuencia de uso de los recursos utilizados para resolver los problemas / conflictos en el trabajo en el marco de 5 opciones: confianza, cooperación, indiferencia, evitación e

* Investigación presentada como tesis de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Instituto de la Salud Juan Lazarte – UNR. Revisada por el Área de Investigación en Salud a los fines de su publicación.

** Lic. en Enfermería. Coordinadora del Área de Servicios Administrativos del Centro Municipal de Distrito Noroeste (MR), ex-jefe del Dpto. de Enfermería del Hospital de Emergencia Dr. Clemente Álvarez (HECA) y del Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HNVJV).

impotencia.

Respecto de las manifestaciones del Síndrome de Burnout, se verificó globalmente una mayor afectación en el personal asistencial respecto del de conducción, como también entre los trabajadores que desempeñan sus tareas en efectores de mediana complejidad. En estos sectores, la cantidad de agentes con formación no universitaria resultó significativamente mayor a la observada en efectores / sectores de baja o alta complejidad.

El personal asistencial también manifestó en mayor grado una serie de visiones desfavorables en las distintas dimensiones consideradas en los procesos de gestión, pero, a la vez, este grupo destacó la "cooperación" como estrategia de afrontamiento, sin diferencias por la complejidad del efector / sector de trabajo. No obstante, cabe señalar que hubo una proporción importante del personal asistencial (40%) que puntualizó la "evitación" como mecanismo de afrontamiento. Los resultados globalmente sugieren la existencia de una brecha entre el personal de gestión y el personal asistencial que no se correspondería exclusivamente con las diferentes funciones, sino con una serie de atributos ligados a ellas: diferencias laborales, diferentes grados de reconocimiento al trabajo realizado, diferente acceso al proceso de toma de decisiones, etc.

Estos hallazgos y en general el malestar emergente en la dinámica laboral de los trabajadores de Enfermería y las particularidades que presenta por efectores / sectores y funciones desempeñadas, advierten sobre una problemática a tener en cuenta para la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de las condiciones de trabajo, relaciones interpersonales, etc. en favor de la optimización de los procesos gestión en salud y calidad de la asistencia.

Palabras clave

Síndrome de Burnout - enfermería

Summary

The following work aims at analyzing the different manifestations of the Burnout Syndrome suffered by the nursing personnel belonging to the Public Health Secretary of the City of Rosario. It is based on a self-made survey answered by 273 nurses who were selected from a target population of 835 people (the total nursing personnel listed by the Nursing Direction of the Public Health Secretary on June, 2002) during July and August of 2002. This sample had been previously stratified according to the institution/sector complexity level and to the kind of working position each nurse had (care-staff personnel or management personnel). Study participants were selected randomly from the target population so that the sample included 25% of care-staff nurses (190 of 760 subjects) and a 100% of the management personnel (75 subjects). In order to assess the clinical manifestations of the Burnout Syndrome, the Inventory designed by Maslach and Jackson and later adapted as Brief Burnout Questionnaire by Moreno B. and Rivera Delgado A.M. was used.

Considering the "different perspectives about the management procedures", the opinion of the nursing personnel related to five points was collected: working conditions, personnel participation in the making-decision process, evaluation procedures, recognition in the work by their own fellow-workers, by the patients and by the authorities and finally, the approach strategies to face the stressing situations. These strategies, as individual resources used by the personnel to deal with the

troubles at work, were also stratified into five options: confidence, cooperation, indifference, avoidance and impotence.

The results showed that the Burnout Syndrome produced a greater affectation in the care-staff nurses than in the management personnel. Besides, the nursing personnel who belonged to medium complexity level services and with non-university training resulted more affected by the Syndrome than those university professionals who worked in higher complexity level services. The care-staff personnel remarked a wide number of unfavourable perspectives regarding all the considered dimensions. Whereas most part of this group recognized the cooperation as the main approach strategy, nearly 40% pointed out avoidance as the most important one.

On the whole, the final results lead to recognize a gap between the care-staff and the management personnel, related not only to their different working roles but also to several attributes of these positions: working differences, different degrees of work recognition, different approaches to the making-decision process, etc. The findings stated by the present research suggest that the tension that arises from bad working conditions and from unfavourable relationships among workers set clearly that this is an important issue to consider in order to improve the management procedures in the Public Health services.

Key words

Burnout Syndrome - nursing personnel

Introducción

En 1995, López Rodrigo comenta en su texto [\(1\)](#) que la definición de estrés fue enunciada por primera vez en el siglo XIX, conceptualizando los significados de tensión, adversidad y aflicción. En 1936, Hans Selye, padre de los trabajos sobre el estrés, le había otorgado al concepto un significado más técnico, considerándolo como una "reacción del organismo frente a las demandas de su entorno", denominándolo Síndrome General de Adaptación. Tal como es citado en el artículo de Moreno Jiménez [\(2\)](#), ya en 1966 Lazarus y Folkman profundizaron el estudio del estrés desde un análisis psicológico considerándolo como una relación entre la persona y el entorno, destacando que si bien son importantes los hechos que provocan estrés, lo es mucho más la capacidad de la persona para afrontarlo y adaptarse a éste con el menor efecto perjudicial.

En 1967, Holmes y Rahe [\(3\)](#) a partir de la denominada "Escala de Acontecimientos Vitales" procuraron identificar cuáles son los que alteran la homeostasis, describiendo hechos que producen cambios a lo largo de la vida y que poseen un valor estresante. Se observó que de los diez acontecimientos vitales más estresantes, cuatro estaban relacionados con la pareja (divorcio/separación conyugal, matrimonio, reconciliación), tres guardaban relación con la salud (muerte del cónyuge, muerte de un familiar y enfermedad personal grave), dos referían al ámbito laboral (despido y jubilación) y uno, a la pérdida de la libertad (encarcelamiento). Posteriormente, los propios autores y otros fueron modificando esta escala aportando otros acontecimientos tales como la Navidad y las vacaciones, esperados por la mayoría de las personas pero que pueden producir determinadas situaciones de estrés.

Atance Martínez (4) refiere a la opinión de Maslach, que ya desde 1976, manifestaba que la Medicina del Trabajo consideraba a los recursos humanos (RRHH) y a la epidemiología ocupacional tradicional como una problemática básica a explorar, tomando los factores de riesgo presentes en los distintos procesos como capaces de provocar daños específicos en la salud del personal.

El psiquiatra y psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974 (5) introdujo el concepto de estrés asistencial o Síndrome de Burnout, expresando que "el estrés asistencial es el resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo", atribuyendo como causa de este síndrome a la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, los cuales no compensan las expectativas del trabajador. Lo define en cierta forma diciendo que no es un estado momentáneo y transitorio que aparece y desaparece rápidamente, sino que se trata de un proceso que requiere de un tiempo considerable para instaurarse. En una primera fase, las exigencias laborales sobrepasan los recursos disponibles y producen estrés. En una segunda fase de sobreesfuerzo el individuo da una respuesta emocional a ese desgaste (ansiedad, fatiga, etc). En una tercera fase, dicho individuo sufre cambios en las actitudes y conducta con la finalidad de adaptarse y defenderse de las tensiones. La fase final corresponde al Burnout propiamente dicho, en respuesta a una situación laboral intolerable, con la consiguiente pérdida de ilusiones y desmoralización. En este sentido el proceso de pérdida de ilusiones pasaría por las etapas de entusiasmo, estancamiento, frustraciones, apatía e intervención, según lo descrito por Edelwich y Brodsky en 1980 (6).

Maslach y Jackson en 1981 (7) definieron al Síndrome de Burnout como una respuesta a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y/o psíquico, actitud fría y despersonalización en relación con los demás y sentimiento de insatisfacción y malestar personal con las tareas que ha de realizar.

Filgueira Bouza (8) cita el trabajo de 1982 de Kamis, en el que el autor estableció una jerarquía de los factores determinantes del proceso del Burnout, clasificándolos en predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y en relación con los resultados o manifestaciones del síndrome, en una escala que va desde "inexistente" a "extrema".

En el mismo texto de Filgueira Bouza (9), se refieren las dimensiones de "vulnerabilidad al Síndrome", tal como fueron clasificadas por Álvarez Gallego y Fernández Ríos en 1991 :

- componentes personales "pre-mórbidos": edad (a mayor cantidad de años en la profesión mayor seguridad en las tareas y menor tensión laboral); sexo (las mujeres se ven más afectadas debido a la sobreabundancia de tareas laborales y domésticas); situación familiar (la estabilidad afectiva contribuye a conservar el equilibrio para enfrentar situaciones conflictivas); personalidad (para las personas emotivas las excesivas demandas representan una causa importante de agotamiento emocional).
- inadecuada formación profesional: la desproporción entre los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas que exige el trabajo.
- precariedad de las condiciones del entorno laboral, dada por las variables: Intrínsecas, relacionadas con el contenido del trabajo, indican el grado en que la institución estimula las capacidades del profesional (toma de decisiones, variedad en las ocupaciones, volumen del trabajo, promoción y desarrollo profesional) y Extrínsecas, que se dividen en físicas

(espacio, iluminación, higiene, temperatura), sociales (clientes, compañeros, jefes, supervisores, etc) -que junto a las intrínsecas son las más relacionadas con el desgaste profesional-, organizacionales (normas, reglas, estructuras jerárquicas, trámites burocráticos).

Estos mismos autores describen al Síndrome de Burnout con la siguiente sintomatología:

- Agotamiento emocional: sentimientos de ausencia, irritabilidad, abatimiento.
- Despersonalización: imagen negativa sobre sí mismo, pérdida de autoestima, sentimiento de incapacidad para actuar con eficacia. Se adopta una actitud distante, de aislamiento y cinismo como mecanismo defensivo para adaptarse a la situación. Se obtiene un trato impersonal hacia el usuario y los compañeros de trabajo.
- Disminución en el logro personal: excesiva demanda para la capacidad del trabajador, sentimientos de incompetencia frente a los cuales duplica sus esfuerzos aparentando ser inagotables.
- Afectación en la tarea: alteración de los atributos relacionados con el rol a desempeñar; falta de identificación con la tarea, desconocimiento del alcance y resultados de las acciones que realiza, ambiente y clima laboral alterados.
- Tedio: pérdida de interés en la tarea, acciones repetitivas tendientes a la monotonía y aburrimiento.
- Afectación en la organización: se concibe como un predictor de Burnout que depende del apoyo social que brindan los compañeros y los Jefes y la gratificación en la relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo.
- Consecuencias del Burnout: repercusión del trabajo sobre la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares y personales y el rendimiento laboral.

Otros indicadores del Síndrome son:

- Dificultades en las relaciones interpersonales: los conflictos en el trabajo afectan las relaciones personales dentro y fuera del ámbito laboral.
- Trastornos físicos: insomnio, fatiga, dolores (de cabeza, espalda, etc.), mareos, sofocos, escalofríos, náuseas, vómitos, gastritis, diarrea, constipación, accesos de asma, sensación de ahogo, taquipnea, taquicardia, hipertensión, amenorrea, acné, alopecia, cambios en el peso, etc.
- Trastornos conductuales: consumo de alcohol, café, tabaco, drogas y psicofármacos, conducta violenta (dentro y fuera del lugar de trabajo), robos en el lugar de trabajo, conducción temeraria, juegos de azar peligrosos, tentativas de suicidio.

En 1987 Brunner y Suddart [\(10\)](#) marcaron una tendencia hacia la asistencia holística que data de este siglo. La misma se ha visto impulsada por la llamada medicina psicosomática, desde la cual se ha venido rebatiendo lo sostenido en la antigüedad acerca de que mente, cuerpo y espíritu eran considerados entidades separadas. Desde esta concepción, la enfermedad era atribuida a una sola causa. Los estudios de los trastornos psicosomáticos fueron demostrando la interacción de mente y cuerpo en todos los aspectos que analiza la dualidad salud-enfermedad. Cada vez es más generalizada la tendencia a considerar que el estrés emocional contribuye a las enfermedades fisiológicas y viceversa. Estas autoras definen al estrés como un estado resultante de un cambio

ambiental que el individuo percibe como amenazador o lesionador de su equilibrio dinámico. Se acompaña de un desequilibrio real o percibido por la persona en relación con su capacidad para satisfacer las necesidades de la nueva situación. El cambio que provoca dicho estado es el factor estresante. El objetivo es la adaptación a los cambios para poder recuperar el equilibrio y tener capacidad de enfrentar nuevas exigencias del medio externo.

Particularmente en instituciones de salud, la intervención de estos factores pueden llegar a impedir el crecimiento profesional de los integrantes del equipo y a afectar el desempeño técnico-profesional, y por ende, la calidad de la asistencia. El trabajo en sí mismo está considerado como el factor más estresante de la edad adulta, más aún en el ámbito de los servicios de salud, en donde se concentran el dolor, la angustia y la incertidumbre y siendo éste el contexto en que el personal debe desarrollar su actividad diaria (11).

Álvarez Gallego y Fernández Ríos, citados por Filgueira Bouza (12), afirman que en particular el colectivo de la sanidad está integrado por los profesionales más vulnerables al síndrome, destacando entre ellos al personal de enfermería, por presentar los siguientes factores precipitantes específicos: la inclinación en la elección de la profesión, trato directo con los usuarios y familia, contacto permanente con la enfermedad y la muerte, gran volumen de trabajo, falta de apoyo de los pares. Los trabajadores que se consideran más responsables de la recuperación de los pacientes son los más vulnerables.

Según señala Fornés Vives en 1994 (13), el personal de enfermería padece grados elevados de estrés relacionados con lo específico de su tarea y las personas objeto de su cuidado. Ya en 1988, Faura Vendrell (14) señalaba que dicho personal era uno de los blancos profesionales por la escasa autonomía, la indefinición de tareas, la falta de apoyo de los superiores y por las particularidades que estos agentes de salud poseen.

Moreno Jiménez, Garrosa Hernández y González Gutiérrez en 1998 (15) validaron un cuestionario que permitió medir el desgaste profesional de enfermería (CDPE). Estos autores plantearon como importante la construcción de instrumentos que no sean genéricos sino específicos de la profesión o tipo de tareas que se está evaluando, ya que los factores que anteceden varían de acuerdo a las actividades y funciones que se llevan a cabo. Este instrumento se fundamenta en un modelo teórico transaccional e interactivo que considera la aparición del desgaste profesional de enfermería como resultado del contexto laboral, de las características individuales y del tipo de afrontamiento adoptado. De forma más específica, es posible diferenciar las siguientes dimensiones en el cuestionario propuesto por estos autores: Antecedentes: interacción conflictiva, sobrecarga, contacto con la muerte y el dolor, ambigüedad del rol, monotonía de la tarea, falta de cohesión, supervisión; Desgaste Profesional: agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal; Personalidad Resistente: compromiso, reto, control; Afrontamiento: búsqueda de apoyo social, afrontamiento directo, evitación; Consecuentes: consecuencias psicológicas, organizacionales, socio-familiares y físicas.

El problema en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública (SSP)

Considerando los distintos antecedentes bibliográficos sobre el tema y aún en el marco del trabajo en salud, la especificidad del ejercicio profesional de enfermería llevó a la presunción de que este personal quedaría particularmente expuesto al Síndrome de Burnout, por la mayor

vulnerabilidad de este sector de trabajadores en contacto directo con los pacientes y con la evolución de los procesos de enfermedad que padecen.

A esta hipótesis general se agrega que el problema podía plantear variantes al interior del sector, o sea, asumir expresiones diferenciales de malestar o estrés laboral, condicionadas por la inserción del personal en los diferentes niveles de complejidad y según las diferentes modalidades de gestión de recursos humanos vigentes en cada uno de ellos [\(16\)](#).

Estos condicionantes fueron considerados de particular significación tratándose del contexto del Sistema de Salud Pública Municipal, cuyas características son las siguientes:

- Está organizado en tres niveles de complejidad diferenciados en función de la disponibilidad de recursos e insumos tecnológicos para la atención de situaciones de diverso grado de criticidad y/o urgencia: alta, mediana y baja complejidad. Los efectores de baja complejidad intentan brindar la mayor resolutivez posible a la demanda cotidiana; articulan acciones con los hospitales polivalentes correspondientes al segundo nivel de atención. Éstos optimizan los mecanismos de referencia y contrarreferencia y agilizan la obtención de los estudios complementarios para diagnóstico. Los hospitales de alta complejidad brindan un eslabón esencial en la red de servicios, preservando su carácter y perfil institucional para patologías complejas (urgentes y referidas) con el uso de tecnología de avanzada.
- En el marco de este esquema organizacional, la estructura de enfermería de la Secretaría de Salud Pública municipal se halla constituida por:
 - Un primer nivel de colegiados (dependiente directamente de la SSP) conformado por 1) Directora, 2) Subdirectora, 3) tres Supervisoras de Áreas (una para Atención Primaria de la Salud y dos para la totalidad de los efectores hospitalarios), 4) Jefes de Departamento institucionales (en cada efector). La principal función de este nivel es mantener el vínculo esencial entre la SSP y los efectores en cuestión en lo que hace a las particularidades disciplinares.
 - Un segundo nivel de colegiados conformado por el equipo de conducción de enfermería de cada efector que incluye: 1) Supervisores: tienen a su cargo a la totalidad de los enfermeros y cumplen funciones fundamentalmente educativas, propendiendo al crecimiento profesional, al fortalecimiento de los vínculos interpersonales y a la redistribución de los RRHH según las necesidades institucionales. Representan el principal nexo con los Jefes de Departamento institucionales. 2) Enfermeros Jefes de Unidad: su función es la gestión de los recursos tanto materiales como humanos en cada Unidad. Son los principales protagonistas, junto con los Supervisores, en el mantenimiento de la calidad de atención a los usuarios. La situación descrita conduce a la coexistencia de una doble dependencia para el personal de enfermería: 1) de la Dirección del efector correspondiente y 2) de la Dirección de Servicios de Enfermería. Si bien se perciben esfuerzos denodados por parte de algunas autoridades en demostrar que esta doble dependencia trae aparejados inconvenientes (evitables a través de una descentralización de la dependencia de la disciplina) es importante recalcar que las características propias de la misma justificarían de muchas maneras la necesidad de su continuidad.
- En relación al proceso de gestión de RRHH de enfermería en la SSP, éste ha tenido un desarrollo histórico comparable con el de otros países del mundo. Marcado por sus orígenes

de actuación en la guerra junto a la milicia, su organización se ha caracterizado durante mucho tiempo por utilizar un modelo verticalista, cuidando la disciplina por sobre todas las cosas y sin contemplar muchas veces al ser humano que existe dentro de cada trabajador. Este rasgo se reprodujo de generación en generación, coexistiendo un gran espíritu de vocación y entrega con niveles muy bajos de formación técnica. La profesión era vista más como un acto de solidaridad que como una disciplina, la cual demoró tiempo en construirse. En la SSP municipal (y también en los órdenes provincial y nacional) en la última década se fue produciendo un cambio muy importante especialmente en lo referido al incremento en el nivel de formación disciplinar. La Municipalidad de Rosario ha brindado mayores posibilidades de capacitación y actualización. Tanto la Dirección de Servicios de Enfermería como las organizaciones institucionales dependientes de ella han podido socializar y hacer ofertas de capacitación de relevancia para el crecimiento profesional. Sin embargo, a pesar de estos avances, se observan todavía comportamientos organizacionales ligados a la vieja historia, con resabios de viejos hábitos en los niveles de conducción, rasgos que cuestan aún mucho esfuerzo modificar.

- Otra característica es que, salvo experiencias puntuales, persisten aún serias dificultades en el campo de la gestión derivadas fundamentalmente de la ausencia de una política clara respecto de los recursos humanos. Consecuentemente, no existen mecanismos formales de incentivos ligados a la calidad del desempeño de cada trabajador, como tampoco mecanismos sistemáticos de evaluación del desempeño. Además, al interior de una misma unidad de servicios suelen coexistir agentes con diferentes modalidades de contratación y estabilidad laboral y, por tanto, sometidos a relaciones y condiciones de trabajo diferenciales.

En este marco, el profesional de enfermería como sujeto altamente susceptible de padecer trastornos asociados al estrés ocupacional crónico, pasó a ser un eje fundamental de análisis procurando identificar y valorar la influencia de los factores señalados como predisponentes del Síndrome de Burnout recuperando, a la vez, las visiones del personal en cuanto a los procesos de gestión y las estrategias que asume para el afrontamiento de diversas situaciones capaces de producir estrés.

Objetivo

Analizar las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería dependiente de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario y su relación con el perfil socio-laboral, visiones acerca de los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento, según funciones desempeñadas y niveles de complejidad de los efectores / sectores de pertenencia.

Metodología

La población en estudio estuvo constituida por el personal de enfermería que se desempeña en el ámbito de la SSP. Según información proporcionada en julio de 2002 por la Dirección de Servicios de Enfermería, estaba conformada por 835 agentes, 760 dedicados a la tarea asistencial (de atención directa a pacientes) y 75 a funciones de conducción (gestión / administración de servicios, áreas / turnos, departamentos).

Para la selección de la muestra, la población fue estratificada según la complejidad del efector de pertenencia, en tres niveles, alto^a, mediano^b y bajo^c, considerando las siguientes características: atención de urgencias, disponibilidad de tecnología avanzada, complejidad de las patologías y de las prestaciones correspondientes. Un primer grupo estuvo integrado por todos los enfermeros supervisores y jefes de departamento (funciones de conducción) nucleados por efector al tener a su cargo la totalidad del personal de los mismos. En cuanto al personal asistencial y enfermeros jefes, éstos fueron agrupados según los distintos sectores de trabajo, diferenciando la mayor o menor complejidad de las actividades, como por ejemplo UTI y Consultorios Externos.

La muestra quedó integrada por 198 miembros del personal asistencial (26% de 760 casos), seleccionados en forma proporcional al tamaño de cada estrato y por un método simple aleatorio, y por el 100% del personal de conducción (75 casos), totalizando así 273 trabajadores.

La información fue captada a través de un cuestionario estructurado y auto-administrado por los propios miembros seleccionados del personal de enfermería que aceptaron participar en el mismo a través de un consentimiento informado. Los cuestionarios fueron distribuidos individualmente, explicitando los objetivos del estudio y los alcances de los contenidos y de los datos requeridos en los mismos, a fin de facilitar su llenado y asegurar una mayor confiabilidad de las respuestas, contando con la colaboración permanente del personal de conducción de enfermería de todos los efectores en esta tarea. La recolección de los formularios una vez completos fue efectuada en sobres cerrados para garantizar el anonimato de los informantes, identificados sólo por códigos de control. No hubo dificultades en la captación de los datos ya que se dio una total participación de los miembros del personal seleccionados para la encuesta.

Las categorías analíticas centrales que orientaron el trabajo son las siguientes:

- Síndrome de Burnout: siguiendo la definición de Alvarez Gallego y Fernández Ríos citada por Filgueira Bouza (17), se consideraron las siguientes dimensiones: 1) Agotamiento emocional; 2) Despersonalización; 3) Disminución en el logro personal; 4) Afectación en la tarea; 5) Tedio; 6) Afectación en la organización; 7) Consecuencias del Burnout.
- Perfil socio-laboral: que alude a dos dimensiones: la relacionada con la situación personal / familiar (sexo, estado civil, tenencia y número de hijos) y la que se vincula a las condiciones de trabajo (perfil profesional, situación laboral de revista, funciones y antigüedad en el cargo, complejidad del sector de trabajo, turnos y carga horaria de trabajo dentro y fuera de la institución, etc.)
- Visiones acerca de los procesos de gestión: que remiten a las representaciones construidas por los profesionales de enfermería respecto de las modalidades que adoptan los procesos de gestión en sus organizaciones laborales: características de las modalidades de planificación en enfermería, sistemas de toma de decisiones, modalidades de incentivo y reconocimiento

a Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (H.E.C.A.) y Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HNVJV).

b Hospital Dr. Roque Sáenz Peña (H.R.S.P.), Maternidad Martín (M.M.), Hospital Intendente Carrasco (H.I.C.), Hospital Juan Bautista Alberdi (H.J.B.A.), Internación Domiciliaria (ID) e Instituto de Rehabilitación (I.L.A.R.).

c Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) y Centros de Salud de Atención Primaria de la Salud (APS).

en los procesos de gestión, mecanismos de evaluación de los procesos de trabajo, etc.

- Estrategias de afrontamiento: definidas como la materialización de una gama de recursos afectivos y simbólicos que son implementados por los actores sociales, fundamentalmente en forma colectiva, para abordar los problemas y riesgos emergentes en los procesos de trabajo.

Para la medición del síndrome de Burnout se utilizó el Inventario de Burnout propiamente dicho (IB), diseñado por Maslach y Jackson, citado por Filgueira Bouza (18) y adaptado como "Cuestionario Breve de Burnout" por Moreno (19) y Rivera Delgado (20). Este cuestionario consta de 21 ítems agrupados en las siete dimensiones que integran el síndrome de Burnout integradas por 3 ítems cada una. El perfil del sujeto afectado por Burnout remite a una puntuación alta (promedio mayor que 3 en los tres ítems que integran cada dimensión) especialmente en las dimensiones 1, 2 y 3.

En cuanto a las "visiones acerca de los procesos de gestión", sobre la base de 64 ítems^d, se utilizó una escala de 5 opciones: "en ninguna ocasión", "raramente o poco", "algunas veces", "frecuentemente" y "siempre". A cada opción le correspondió un puntaje de 1 a 5, según intensidad con que se percibe el problema señalado en cada ítem particular, siendo equivalente a 5 puntos la situación en que la visión era desfavorable en el más alto grado. Del mismo modo, respecto de las "estrategias de afrontamiento" ante problemas surgidos en el trabajo, a partir de 15 posibilidades de opción diseñadas al efecto^e.

Resultados

1. Características socio-laborales

El perfil profesional del personal planteó variantes según las funciones desempeñadas y la complejidad de los efectores en que trabaja ([Anexo](#) - Cuadro 1).

En efecto, fue significativamente mayor la proporción de Licenciados en Enfermería (86,7%) en el personal de conducción respecto de quienes realizan tareas asistenciales (29,3%). Del mismo modo, se hallaron diferencias significativas por complejidad: 55,1% tenía una Licenciatura en Enfermería al tratarse de efectores de alta complejidad, pasando a 50,0% entre los de baja y disminuyendo particularmente para los efectores de mediana complejidad (36,6%).

La situación laboral bajo el carácter de personal de planta permanente, que fue observada en el 100% de los miembros de conducción, también resultó máxima entre efectores de alta complejidad (80,8%), un tanto menor en efectores de baja (76,6%) y más reducida entre los de mediana complejidad (62,6%).

El trabajo en turnos fijos también resultó predominante en el personal de conducción (70,8%) y entre quienes se desempeñan en efectores de baja complejidad (75,0%).

d Categorizados en 5 dimensiones: condiciones de trabajo, participación en la toma de decisiones, mecanismos de evaluación, reconocimiento en su trabajo en línea vertical (por las autoridades) y horizontal o entre pares (por los compañeros del equipo).

e Categorizados en 5 dimensiones: confianza, cooperación, indiferencia, evitación e impotencia.

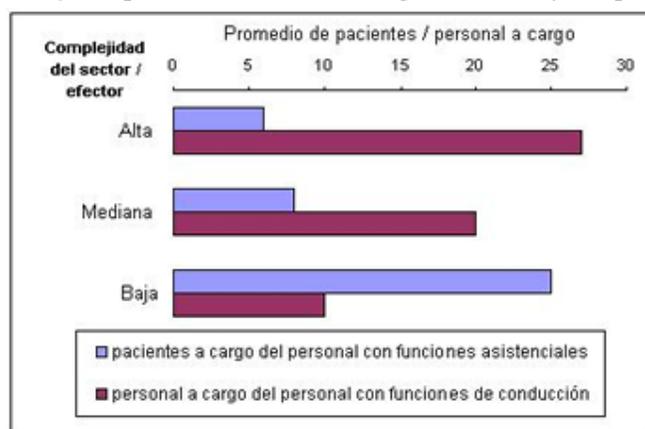
En el caso del personal de conducción se observó además una mayor proporción (67,1%) que reconocía la necesidad de complementar su trabajo con tareas extras en el hogar.

A esta situación se agrega que cerca de la mitad de los trabajadores de enfermería admitió tener otro empleo (48,5%), sin diferencias según la función desempeñada o el nivel de complejidad del efector / sector.

Sin particularidades por efector o por funciones, la interacción del personal asistencial con los pacientes superior al 50% del tiempo de la jornada de trabajo alcanzó globalmente al 88,2%. Del mismo modo en el personal que se desempeña en tareas de conducción, donde un 78,6% de los casos reconoció que debe invertir más de la mitad del tiempo de su jornada laboral para interactuar con el personal a cargo.

Sí se observaron diferencias significativas por complejidad del efector / sector en cuanto al número promedio de pacientes a cargo para el personal asistencial, que va desde 6 pacientes en un nivel alto hasta 25 en los Centros de Salud / CEMAR. Inversamente, el personal a cargo para los que cumplen funciones de conducción registró un promedio máximo de 27 trabajadores para alta complejidad, declinando a 10 en el caso de efectores de baja complejidad (Gráfico 1).

Gráfico 1: Carga de trabajo del personal de enfermería según funciones y complejidad del efector / sector



Otros antecedentes a destacar ([Anexo - Cuadro 2](#)) se vinculan con la antigüedad y experiencia en la profesión y en el servicio, relacionadas con la edad de este personal predominantemente femenino (74,7%) y que se concentra particularmente entre quienes cumplen funciones de conducción (84,0%).

En promedio, la edad del personal de conducción resultó mayor (49 años vs. 42 años de los asistenciales). Coherentemente también es mayor en este grupo, el promedio de los años de experiencia profesional, de antigüedad en la Municipalidad y en la institución a la que pertenece. Visto desde la perspectiva de la complejidad de los efectores, donde la edad promedio resultó mayor para el caso del personal de baja complejidad (47 años vs. 43 años en alta y mediana), las diferencias de estos antecedentes expresados en años promedio, también son significativas entre los tres grupos de instituciones. En este caso, se observa una tendencia a menor antigüedad, tanto en la Municipalidad como en el efector de pertenencia y a menos años de experiencia profesional en el personal que trabaja en instituciones de mediana complejidad.

La antigüedad de la experiencia en el servicio no resultó una característica diferencial según

la función desempeñada como tampoco según la complejidad del efector, aunque el promedio obtenido pareciera un tanto menor en el caso del personal que trabaja a nivel de mediana complejidad.

Otros antecedentes socio-demográficos, convivencia en pareja o cantidad de hijos, no arrojaron diferencias según las funciones o la complejidad del efector donde trabaja el personal.

2. Visiones del personal sobre los procesos de gestión

De los aspectos indagados en el personal de enfermería que se vinculan con los procesos de gestión ([Anexo](#) - Cuadro 3) las visiones desfavorables aluden en primer lugar a los mecanismos de evaluación que se utilizan, mencionados por casi la mitad del personal (49,4%), seguidas por las relacionadas con las condiciones de trabajo (37,9%), los mecanismos de participación en la toma de decisiones (32,8%) y la falta de reconocimiento del trabajo principalmente en línea vertical (30,5%).

Estos señalamientos, que parecen compartidos de manera uniforme en los distintos efectores / sectores desde la perspectiva de su complejidad, muestran sin embargo significativas variaciones al considerar el tipo de funciones que desempeña el personal, asistencial o de conducción. En efecto, a lo largo de los distintos aspectos puntualizados del proceso de gestión, el personal asistencial reunió sistemáticamente una mayor proporción de visiones desfavorables, duplicando y hasta triplicando los porcentajes observados en el personal de conducción (Gráfico 2).

Gráfico 2: Visiones desfavorables sobre diferentes aspectos de los procesos de gestión según funciones del personal de enfermería



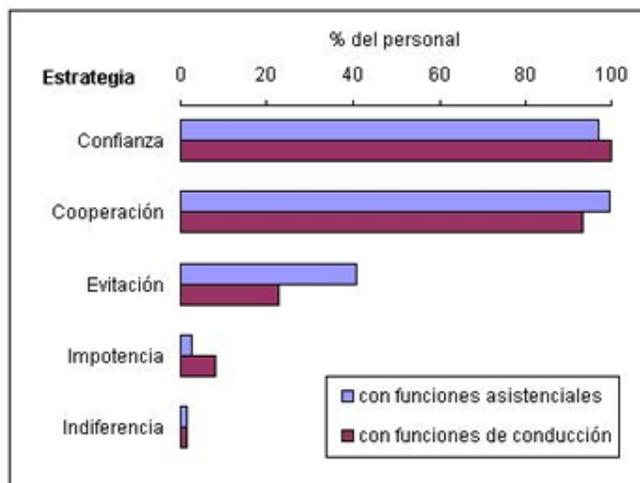
3. Estrategias de afrontamiento de los problemas vinculados a los procesos de trabajo

No obstante la ocurrencia destacada de visiones desfavorables acerca de los procesos de gestión, las estrategias adoptadas por el personal ante la emergencia de problemas vinculados con el trabajo, pueden considerarse altamente positivas ya que predominan la confianza y la cooperación expresadas por más del 90% del personal ([Anexo](#) - Cuadro 4).

Si bien los datos reunidos no orientan a diferencias significativas según la complejidad del efector / sector de pertenencia, la cooperación resultó mencionada en mayor grado cuando la función del personal era la asistencial.

Entre las estrategias de afrontamiento que podrían señalarse como negativas, se destaca la evitación, que reunió un 40,6% del personal asistencial y que es significativamente mayor al porcentaje observado en el personal de conducción, con 22,7% de los casos (Gráfico 3).

Gráfico 3: Estrategias para afrontar los problemas vinculados a los procesos de trabajo según funciones del personal de enfermería



Otras estrategias de naturaleza negativa como la percepción de impotencia o bien una actitud de indiferencia, fueron puntualizadas en un reducido número de casos y sin plantear diferencias según funciones o complejidad del efector / sector.

4. Manifestaciones de Síndrome de Burnout

La dimensión de mayor afectación resultó ser la despersonalización reuniendo el 58,8% de los casos encuestados ([Anexo](#) - Cuadro 5), siguiendo en importancia la disminución en el logro personal (26,7%) y la afectación en la tarea (18,8%).

Aunque estas dimensiones gravitan por igual cualquiera sea la función desempeñada (Gráfico 4), la despersonalización plantea particularmente diferencias significativas según la complejidad, verificando una mayor incidencia en el caso de instituciones de mediana complejidad (68,0%) respecto de los porcentajes de 51,4 y 47,5 observados en los de alta y baja respectivamente (Gráfico 5).

Si bien las restantes dimensiones inciden en proporciones inferiores al 15%, cabe destacar otras particularidades: el agotamiento emocional (12,2%) cuya incidencia tiende a ser mayor en el personal asistencial (14,4% vs. 6,0% en el de conducción) que, sin llegar a ser significativa, resultó más alta entre los trabajadores pertenecientes a las instituciones de mediana complejidad (17,7%).

En cambio, respecto de las consecuencias del Burnout, observado en el 13,5% de los casos, la mayor afectación se dio en el personal asistencial, 16,4% respecto del 5,6% reunido por el personal de conducción (Gráficos 4 y 5).

Gráfico 4: Manifestaciones del Síndrome de Burnout según funciones del personal de enfermería

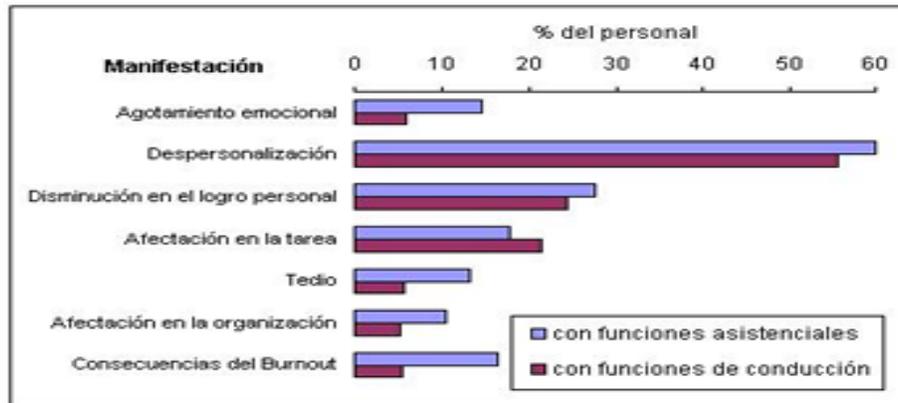
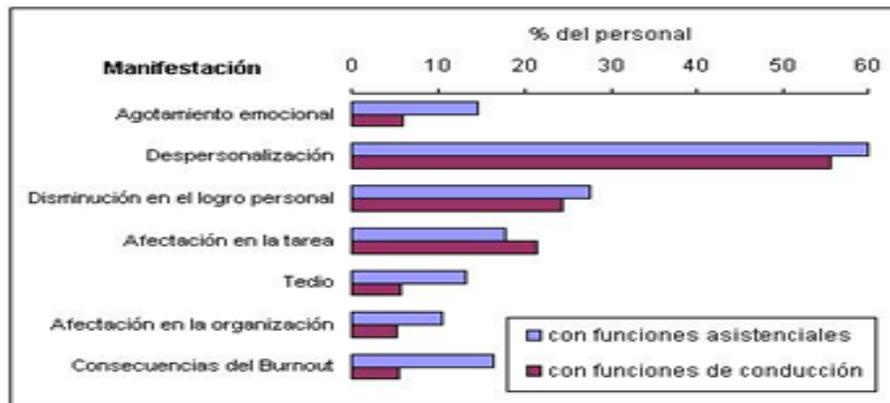


Gráfico 5: Manifestaciones del Síndrome de Burnout según complejidad del efector / sector al que pertenece el personal de enfermería



5. Afectación en las distintas dimensiones del Burnout y su relación con perfil socio-laboral, visiones desfavorables en los procesos de gestión y estrategias de afrontamiento

Pese a que la despersonalización resultó uno de los componentes del Síndrome de Burnout de mayor afectación, esta dimensión no mostró asociaciones significativas con una visión desfavorable en los distintos aspectos evaluados de los procesos de gestión ([Anexo](#) - Cuadro 6).

En cuanto a la disminución en el logro personal, su probabilidad de ocurrencia o chance aumentó en 2,97 y 1,88^f veces cuando el personal de enfermería tenía una visión desfavorable acerca de los mecanismos de evaluación y del reconocimiento en línea vertical, respectivamente.

En cambio el agotamiento emocional resultó relacionado con cada una de las dimensiones

^f Razones de Odds.

vinculadas a los procesos de gestión. Esto es, que el estar agotado emocionalmente aumenta su chance en más de 3 veces cuando se tiene una visión desfavorable sobre las condiciones de trabajo, participación en las decisiones, mecanismos de evaluación y reconocimiento en línea horizontal.

Ante la situación de visiones negativas acerca del reconocimiento en línea vertical el riesgo de presentar agotamiento emocional aumentó en menor grado, 2,23 veces.

A través de una lectura vertical del Cuadro 6, puede sintetizarse que:

- Las visiones desfavorables sobre los mecanismos de evaluación y el reconocimiento en línea vertical incrementan la probabilidad de ocurrencia de afectación en todas las dimensiones de Burnout, con excepción de la despersonalización ya aludida. Según el primer aspecto de la gestión (evaluación) el aumento de la probabilidad de ocurrencia de afectación oscila entre 2 y casi 5 veces y respecto del reconocimiento en línea vertical entre 1,9 y 4,5, en las distintas dimensiones.
- Las visiones desfavorables relativas a las condiciones de trabajo y sobre las posibilidades de participación en las decisiones, no parecieran aumentar la probabilidad de afectación en el Síndrome de Burnout en lo concerniente a disminución en el logro personal como tampoco en cuanto a despersonalización como ya se expresara.
Para el resto de las dimensiones del Burnout, los riesgos de afectación se ven incrementados entre 3 y casi 6 veces ante señalamientos negativos de las condiciones de trabajo y entre 2,8 y 4,8 veces cuando se alude a la participación en las decisiones.
Una falta de reconocimiento en línea horizontal mostró sólo relacionarse con agotamiento emocional, tedio y las consecuencias del Burnout, incrementando la probabilidad de su ocurrencia en alrededor de 3 y 4 veces según sea la dimensión observada.
- En lo concerniente a las estrategias de afrontamiento, éstas tampoco plantearon asociaciones significativas con la dimensión despersonalización ([Anexo](#) - Cuadro 7).
A diferencia de lo observado respecto de las visiones del personal, sólo dos de las estrategias de afrontamiento, evitación e impotencia, mostraron relacionarse con la ocurrencia de afectación en la mayoría de las dimensiones del Burnout, particularmente en cuanto a impotencia, ya que el riesgo aumenta en mayor magnitud, entre más de 4 y 8,4 veces. Sin embargo, cabe destacar que los intervalos de confianza resultantes en estos casos presentan una considerable amplitud, como consecuencia del número reducido de casos que señalaron la evitación y la impotencia como mecanismos para afrontar las situaciones problemáticas que plantea su trabajo.

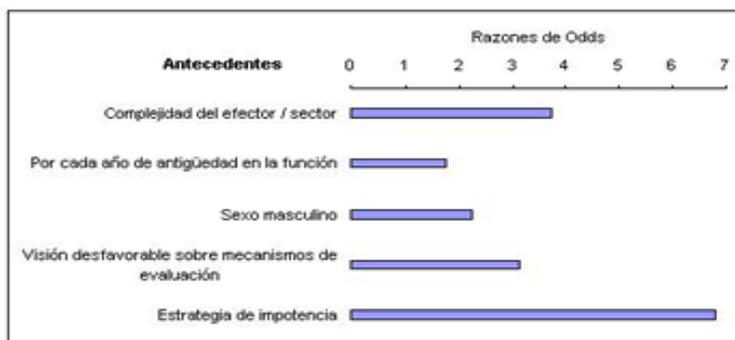
Incorporando los distintos antecedentes en un análisis relacional conjunto^g en torno a las principales dimensiones del Burnout, los resultados permitieron verificar un reducido número de factores asociados significativamente ([Anexo](#) - Cuadro 8), a saber:

- El agotamiento emocional como afectación particular del síndrome de Burnout incrementa su probabilidad de ocurrencia en el personal que labora en efectores / sectores de mediana complejidad (más de 3 veces respecto a los enfermeros que trabajan en alta). Cada año de experiencia en la función que desempeña y el pertenecer al sexo masculino también aportan

g Modelos de regresión logística para respuestas categóricas.

al riesgo de manifestar agotamiento emocional, aumentando su probabilidad en alrededor de 2 veces. Sin embargo, una visión desfavorable respecto de los mecanismos de evaluación y la impotencia como estrategia de afrontamiento son los antecedentes que más se ligan al agotamiento emocional aumentando la chance de su ocurrencia en más de 3 y cerca de 7 veces respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6: Antecedentes que aumentan la probabilidad de ocurrencia del agotamiento emocional en el personal de enfermería



- En relación con despersonalización, la afectación más frecuente como ya se expresara, el único factor asociado es la pertenencia a efectores / sectores de mediana complejidad, que duplica la probabilidad de esta manifestación en relación con la pertenencia a una complejidad alta o bien baja.
- La disminución en el logro personal verificó asociaciones con la complejidad del efector, aumentando en 2 veces su chance en el personal que trabaja en mediana / baja complejidad; con visiones desfavorables respecto de los mecanismos de evaluación (en 2,87 veces) y, entre las estrategias de afrontamiento, con la evitación (en 2,66 veces) y principalmente con impotencia aumentando el riesgo de su ocurrencia en 8,53 veces (Gráfico 7).

Gráfico 7: Antecedentes que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la disminución del logro personal en el personal de enfermería



Conclusiones

El 72,1% del personal asistencial y el 84% del de conducción estuvo representado por mujeres, ratificando la clara feminización de la fuerza de trabajo en la disciplina de enfermería.

En lo atinente a las condiciones laborales generales, resultó clara la mejor situación del personal de conducción que, en su totalidad se encontraba en planta permanente, gozando de ese modo de una situación de estabilidad laboral de la que carece casi el 40 % del personal asistencial. El desempeño en turnos rotativos por su parte, predominó en el caso del personal asistencial exceptuando el personal de bajo nivel de complejidad que en su mayoría se desempeña en turnos fijos.

Es de destacar además como factor de sobrecarga agregado, que casi la mitad de los participantes de la muestra está sometido a doble jornada laboral desde el momento en que desempeñan otro trabajo además del realizado en el ámbito de la salud pública municipal. Asimismo se encontraron considerables diferencias en cuanto al número promedio de pacientes atendidos por día, oscilando desde 6 en la alta complejidad hasta 25 en la baja complejidad. Dato éste que se corresponde con el grado de demanda de los pacientes en sus diferentes niveles.

En lo que respecta al Síndrome de Burnout, se constató una mayor afectación global para el personal asistencial comparado con el de conducción, lo cual abre cuanto menos dos líneas de conjeturas, dado que a la vez que la función de conducción sustrae a ese sector particular de la atención directa del paciente, puede suponerse que el desempeñarse en un cargo jerárquico, implica un nivel de reconocimiento particular a la tarea, del que podría carecer el personal asistencial. De este modo, el personal de conducción contaría por un lado con una menor "exposición" a un "factor de riesgo" (consensuado en la literatura sobre Burnout), respecto de la sobrecarga asistencial; pero a la vez, contaría con un "factor protectorio" en lo que atañe a su subjetividad, cuál es el reconocimiento en su proceso de trabajo.

Resulta llamativo que, discriminando por nivel de complejidad, el personal que desempeña su tarea en efectores de segundo nivel, evidencia mayor afectación en casi todas las dimensiones de Burnout, a saber: Cansancio Emocional, Despersonalización, Disminución en el logro personal, Afectación en la Tarea y Consecuencias del Burnout.

Ligado a que los resultados mostraron que el grado académico alcanzado fue más alto para el caso del personal de alta y baja complejidad comparado con el personal del nivel intermedio donde aumenta la cantidad de trabajadores con formación no universitaria, podría conjeturarse que la capacitación estaría operando como uno de los factores fuertes que contribuyen a la consolidación de la "identidad profesional". En tal sentido, podría suponerse que aquellos trabajadores que logran obtener el grado de licenciatura, encontrarían facilitado el proceso de consolidación de su identidad laboral / profesional, dato no menor en un campo como la enfermería, caracterizado por la presencia de una importante cantidad de trabajadores que no cuentan con nivel académico.

Cabe aún señalar otros supuestos que podrían explicar las diferencias halladas. El trabajo en la alta complejidad, más allá del desgaste al que somete a los trabajadores que en él se desempeñan, representa además una fuente de desafío laboral permanente. No es casual que los enfermeros que se desempeñan en este nivel resultaron los menos afectados en la dimensión del tedio. Una mayor exigencia de capacitación continua, y el desarrollo de un tipo de trabajo que permanentemente saca de la rutina, sujeto a una importante diversidad de intervenciones podría, sin duda, configurar un factor protectorio para los trabajadores que se desempeñan en este nivel.

Por su parte, los trabajadores de efectores de baja complejidad, resultaron los más afectados

en la dimensión del tedio. Sin embargo cabe reflexionar acerca de la particularidad que ofrece la organización del trabajo en este nivel (en particular en los Centros de Salud de Atención Primaria). En general, en este nivel de atención se enfatiza fuertemente en el trabajo en equipo, lográndose en la mayoría de los casos, relaciones de horizontalidad entre todos los integrantes de los equipos de atención.

Por el contrario, en el nivel intermedio, constituido fundamentalmente por instituciones hospitalarias, persiste aún fuertemente, una cultura centrada en el modelo médico hegemónico, que lleva a que el trabajo en equipo se sustancie bajo la forma de relaciones de subalternidad, fundamentalmente entre médicos y trabajadores de cualquier otra disciplina. Indudablemente, este hecho atenta contra la posibilidad de construcción de procesos fluidos de reconocimiento entre pares, dimensión fundamental para el logro de procesos de trabajo saludables.

En líneas generales, los ítems que indagaron en torno a las visiones del personal respecto a diferentes dimensiones de los procesos de gestión, evidenciaron una amplia mayoría de visiones desfavorables por parte del personal asistencial, fundamentalmente en lo atinente a las escasas posibilidades de participación en la toma de decisiones, las malas condiciones de trabajo, los mecanismos de evaluación del personal y el precario reconocimiento al trabajo realizado, fundamentalmente en lo que denominamos una línea vertical (desde los superiores hacia el personal asistencial). En este sentido, muchas de las respuestas abiertas que se recabaron, refuerzan la expresión de malestar cuando el personal opina en torno a sus visiones sobre la gestión.

Un aspecto interesante, emergente de los resultados es el referido a las estrategias que implementan los trabajadores de enfermería para afrontar los problemas de su trabajo. Por ejemplo, la cooperación resultó ser más señalada por el personal asistencial que por el de conducción. En tal sentido, cabría despejar si esto se relaciona con una mayor soledad con que habitualmente se encuentran quienes se desempeñan en funciones de conducción o bien con un mayor nivel de competitividad en personas que operan a niveles jerárquicos.

Por otra parte, resulta llamativo que casi el 40% del personal asistencial señalara la evitación como mecanismo de afrontamiento, puesto que dicho mecanismo, no podría constituir sino un modo fallido de defensa individual frente a los problemas en el trabajo, que probablemente retornará de modo sintomático incrementando más el malestar.

Para concluir, el sufrimiento emergente en la dinámica del trabajo constituye una dimensión insoslayable en los procesos de gestión, si bien paradójicamente muchas veces eludida. Desde el nivel jerárquico, resulta habitual que se tomen en consideración indicadores relativos a la eficacia, eficiencia, rendimiento de los servicios, satisfacción de los usuarios con la respuesta de los servicios, etc., pero raramente se visualizan las condiciones de bienestar o malestar con que los trabajadores desarrollan su acción cotidiana. Sin embargo, en las particularidades que adopta esta última condición se encuentra muchas veces la clave del éxito o fracaso de las distintas formas de gestionar los servicios de salud.

Los hallazgos del estudio permitieron evidenciar la brecha existente entre el personal del nivel de gestión y el personal asistencial, que no se corresponde exclusivamente con las diferentes funciones, sino con una serie de atributos ligados a ellas: diferencias laborales, diferentes grados de reconocimiento al trabajo realizado, diferente acceso al proceso de toma de decisiones, etc.

Recomendaciones

A fin de contribuir al mejoramiento de los procesos de gestión, condiciones de trabajo y calidad de vida laboral mediante la prevención de las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout en los efectores bajo estudio, caben rescatar los propios comentarios y aportes textuales del personal de enfermería, que fueran considerados en diferentes espacios abiertos de la encuesta, en torno a los nudos problemáticos bajo estudio.

Dichos aportes aluden a tres ejes principales:

- **Mejoramiento de las condiciones de trabajo:**
 - Mantener las condiciones edilicias en condiciones dignas.
 - Realizar las rotaciones de sector y/o efector según motivación del personal.
 - Evitar la desvirtuación de funciones.
 - Lograr, en la medida de lo posible, mayor estabilidad horaria.
 - Lograr mayor equidad en la distribución de los horarios, horas extraordinarias, trato interpersonal, etc.
 - Brindar cobertura de RRHH en los diferentes turnos de trabajo, acorde a la demanda.
 - Asegurar la existencia de recursos materiales, acordes a la demanda.
 - Brindar mayor seguridad física y emocional, frente a la agresión de los pacientes.
 - Mejorar la remuneración económica, adecuándola al incremento de la demanda.
 - Promover la construcción de un verdadero equipo de salud donde la transdisciplinariedad sea la meta.
- **Reformulación de los actuales modelos de gestión:**
 - Promover y asegurar espacios de planificación, evaluación y reflexión conjunta, tanto disciplinar como interdisciplinar.
 - Promover y asegurar espacios que permitan la horizontalización en la toma de decisiones.
 - Promover y asegurar espacios que permitan la unificación de criterios y la elaboración de guías de trabajo en forma conjunta.
 - Promover y mantener en forma permanente sistemas de evaluación de personal, como mecanismo de reconocimiento y crecimiento compartido.
 - Lograr que autoridades y jefes brinden y exijan por igual.
 - Eliminar la crítica como método educativo, valorando y enfatizando las virtudes.
 - Brindar mayor capacitación continua a nivel institucional, tanto disciplinar como interdisciplinar.
- **Intervención a nivel grupal:**
 - Crear grupos de autoayuda en el trabajo o fuera de él.
 - Crear grupos terapéuticos de contención emocional, en horario laboral.
 - Promover mayor solidaridad entre pares.
 - Generar acciones tendientes a un mayor reconocimiento por parte del equipo de salud.
 - Promover el diálogo y respeto por las opiniones de los otros, mejorando los canales de comunicación.
 - Promover y favorecer el trabajo en equipo en forma constante, tanto disciplinar como interdisciplinar.
 - Capacitación continua al personal que se ajuste a las necesidades y requerimientos tanto

del personal como del servicio.

Consideradas como bases propositivas, estas recomendaciones podrían constituirse en motivadoras de un cambio en los diferentes niveles de conducción, para una gestión innovadora del recurso humano con nuevos parámetros que incentiven tanto el crecimiento compartido de los profesionales del área de la salud, como el bienestar y el desempeño del personal de enfermería.

Agradecimientos

A Mg. Alejandra Oudot, Mg. Adriana Huerta y Est. Luz Gibbons y muy especialmente a todo el personal de Enfermería de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, que realizó sus aportes para que este trabajo se pudiera concretar.

Anexo

Cuadro 1: Características socio-laborales del personal de enfermería según funciones y complejidad del efector / sector donde trabaja a.

Característica	Total	Función			Complejidad			
		Asistencial	Conducción	Probabilidad asociada ^b	Alta	Mediana	Baja	Probabilidad asociada ^b
Total	273 (100%)	198 (72,5%)	75 (27,5%)		78 (28,6%)	131 (48%)	64 (23,4%)	
Posee una Lic en Enfermería	123 (45,1%)	58 (29,3%)	65 (86,7%)	0	43 (51,1%)	48 (36,6%)	32 (50%)	0,004
Es personal de planta permanente	194 (71,1%)	119 (60,1%)	75 (100%)	0	63 (80,8%)	82 (62,6%)	49 (76,6%)	0,011
Trabaja en turnos fijos	118 (43,2%)	67 (34%)	51 (70,8%)	0	27 (34,6%)	43 (32,8%)	48 (75%)	0
Realiza tareas del trabajo en la casa	93 (35,1%)	44 (22,9%)	49 (67,1%)	0	28 (35,9%)	43 (33,9%)	22 (34,9%)	0,882
Tiene otro trabajo	129 (48,5%)	96 (49,5%)	33 (45,8%)	0,597	35 (45,5%)	66 (51,2%)	28 (46,7%)	0,693
Más del 50% del tiempo de la jornada interactúa con pacientes	212 (85,5%)	157 (88,2%)			43 (91,5%)	77 (84,6%)	37 (92,5%)	0,313
Más del 50% del tiempo de la jornada interactúa con personal a cargo ^c			55 (78,6%)		18 (75%)	25 (75,8%)	12 (92,3%)	0,408

a- Los porcentajes fueron calculados sobre el total de respondentes en cada ítem.

b- Refiere a personal con funciones asistenciales.

c- Refiere a personal con funciones de conducción.

d- Valor de probabilidad asociada a la estadística de la prueba de asociación "Chi- Cuadrado".

Cuadro 2: Otras características socio-laborales del personal de enfermería según funciones y complejidad del efector / sector donde trabaja.

Característica	Función			Complejidad			
	Asistencial	Conducción	Probabilidad asociada ^a	Alta	Mediana	Baja	Probabilidad asociada ^b
Edad promedio (en años)	42	49	0	43	43	47	0,005
Años de experiencia en el servicio (mediana)	10	10	0,318	11	7	10,2	0,18
Años de experiencia profesional (mediana)	15,2	24	0	18	16	20	0,012
Años de antigüedad en la institución (mediana)	8,5	14	0	11,8	8,6	10	0,002
Años de antigüedad en la Municipalidad (mediana)	10	18,6	0	12	10	12,7	0,002
Número promedio de pacientes a cargo ^c	-	-	-	6	8	25	0
Número promedio de personal a cargo ^d	-	-	-	27	20	10	0,023

a Valor de probabilidad asociada al Test de Kolgomorof-Smirnov

b Valor de probabilidad asociada a la estadística de la prueba Kruskal- Wallis.

c Refiere a personal con funciones asistenciales.

d refiere a personal con funciones de conducción

Cuadro 3: Visiones desfavorables del personal de enfermería sobre distintos aspectos de los procesos de gestión según funciones y complejidad del efector / sector donde trabaja a.

Visiones desfavorables acerca de:	Total	Función			Complejidad			
		Asistencial	Conducción	Probabilidad asociada ^b	Alta	Mediana	Baja	Probabilidad asociada ^b
Mecanismos de Evaluación	132 (49,4%)	112 (58,3%)	20 (26,7%)	0	37 (49,3%)	62 (47,3%)	33 (54,1%)	0,683
Condiciones de trabajo	102 (37,9%)	91 (46,9%)	11 (14,7%)	0	23 (31,1%)	57 (43,5%)	22 (34,4%)	0,169
Participación en la toma de decisiones	88 (32,8%)	78 (40,4%)	10 (13,3%)	0	29 (39,2%)	39 (29,8%)	20 (31,7%)	0,378
Reconocimiento en línea vertical	82 (30,5%)	71 (36,6%)	11 (14,7%)	0	26 (35,1%)	39 (29,8%)	17 (26,6%)	0,535
Reconocimiento en línea horizontal	41 (15,5%)	32 (16,8%)	9 (12,2%)	0	14 (19,2%)	17 (13,1%)	10 (16,4%)	0,504

a los porcentajes fueron calculados sobre el total de los respondentes de cada ítem

b Valor de probabilidad asociada a la estadística de la prueba de asociación “Chi-Cuadrado”.

Cuadro 4: Estrategias que utiliza el personal de enfermería para afrontar los problemas vinculados a los procesos de trabajo según funciones y complejidad del efector / sector donde trabaja a.

Estrategia	Total	Función			Complejidad			
		Asistencial	Conducción	Probabilidad asociada	Alta	Mediana	Baja	Probabilidad asociada
Confianza	261 (97,8%)	186 (96,9%)	75 (100,0%)	0,135 ^a	74 (100,0%)	124 (96,1%)	63 (98,4%)	-
Cooperación	260 (97,7%)	190 (99,5%)	70 (93,3%)	0,008 ^b	72 (97,3%)	127 (98,4%)	61 (96,8%)	-
Evitación	95 (35,6%)	78 (40,6%)	17 (22,7%)	0,006 ^c	28 (37,8%)	44 (34,1%)	23 (35,9%)	0,865 ^c
Impotencia	11 (4,1%)	5 (2,6%)	6 (8,0%)	0,055 ^b	3 (4,1%)	5 (3,9%)	3 (4,7%)	-
Indiferencia	4 (1,5%)	3 (1,6%)	1 (1,3%)	0,735 ^b	2 (2,7%)	1 (0,8%)	1 (1,6%)	-

a Los porcentajes fueron calculados sobre el total de respondentes de cada ítem

b Valor de probabilidad asociada al Test Exacto de "Fisher"

c Valor de probabilidad asociada a la estadística de la prueba de asociación "chi-cuadrado".

Cuadro 5: Manifestaciones del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería según, funciones y complejidad del efector / sector donde trabaja a.

Manifestación	Total	Función			Complejidad			
		Asistencial	Conducción	Probabilidad asociada ^b	Alta	Mediana	Baja	Probabilidad asociada ^b
Agotamiento emocional	31 (12,2%)	27 (14,4%)	4 (6,0%)	0,057	4 (5,5%)	22 (17,7%)	5 (8,8%)	0,027
Despersonalización	151 (58,8%)	111 (60,0%)	40 (55,6%)	0,513	36 (51,4%)	87 (68,0%)	28 (47,5%)	0,01
Disminución en el logro personal	66 (26,7%)	49 (27,7%)	17 (24,3%)	0,551	12 (17,1%)	37 (30,8%)	17 (29,8%)	0,1
Afectación en la tarea	46 (18,8%)	31 (17,7%)	15 (21,4%)	0,517	11 (16,2%)	25 (21,4%)	10 (16,7%)	0,609
Tedio	29 (11,2%)	25 (13,2%)	4 (5,7%)	0,073	4 (5,6%)	14 (11,0%)	11 (18,3%)	0,068
Afectación en la organización	24 (9,1%)	20 (10,6%)	4 (5,4%)	0,158	9 (11,8%)	12 (9,5%)	3 (4,9%)	0,367
Consecuencias del Burnout	36 (13,5%)	32 (16,4%)	4 (5,6%)	0,017	9 (11,7%)	20 (15,5%)	7 (11,5%)	0,646

a Los porcentajes fueron calculados sobre el total de respondentes en cada ítem.

b Valor de probabilidad asociada a la estadística de la prueba de asociación "Chi-Cuadrado".

Cuadro 6: Razones de Odds e intervalos de confianza de las asociaciones significativas entre las visiones desfavorables acerca del proceso de gestión y afectación en las distintas dimensiones de Burnout.

Dimensión	Condición de trabajo	Participación en las decisiones	Mecanismos de evaluación	Reconocimiento en línea vertical	Reconocimiento en línea horizontal
Agotamiento emocional	3.44 IC: [1.56 ;7.57]	3.16 IC: [1.46 ; 6.8]	3.12 IC: [1.33 ;7.30]	2.23 IC: [1.04;4.78]	3.57 IC: [1.55 ;8.19]
Despersonalización	-	-	-	-	-
Disminución en el logro personal	-	-	2.97 IC: [1.63 ;5.40]	1.88 IC: [1.03 ;3.42]	-
Afectación en la tarea	3.08 IC: [1.59 ;5.98]	2.81 IC: [1.45 ;5.43]	1.99 IC: [1.02 ;3.86]	3.41 IC: [4.75 ;6.62]	-
Tedio	5.05 IC: [2.13 ;11.9]	4.76 IC: [2.10 ;10.7]	4.58 IC: [1.79 ;11.6]	4.48 IC: [2.0 ; 10.0]	4.27 IC: [1.83 ;10.0]
Afectación en la organización	5.68 IC: [2.15 ;14.9]	3.55 IC: [1.47 ;8.60]	3.13 IC: [1.19 ;8.26]	4.03 IC: [1.66 ;9.80]	-
Consecuencias del Burnout	4.92 IC: [2.25 ;10.7]	2.75 IC: [1.33 ;5.68]	4.21 IC: [1.84 ;9.61]	2.07 IC: [1.01 ;4.29]	3.27 IC: [1.44 ;7.46]

Referencias bibliográficas

- (1) López Rodrigo, M. "Estrés de los profesionales de enfermería". Revista Rol de Enfermería, N° 201, Mayo 1995. Ediciones Rol. Barcelona, España.
- (2) Moreno Jiménez, B. y Peñacoba Puente, C., "Estrés asistencial en los servicios de salud". Dpto.

de Psicología Biológica y de la salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.

(3) Holmes, T.H., Rahe, R.H. "The Social Readjustment Rating Scale". J. Of Psychosom. Res, 11, 1967.

(4) Atance Martínez, J.C. "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario". Revista Española de Salud Pública. Vol. 71, Nº 3, 293-303, Mayo - Junio, 1997.

(5) Freudenberg, H. J. "Staff burn-out". Journal of Social Issues, 1974, 30, 159-165.

(6) Filgueira Bouza, M. "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: un estudio psico-social". SISO/Saude, Nº 23, 1994.

(7) Maslach, C. y Jackson, S. "Maslach Burnout Inventory". Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1º Ed. Inc. Palo Alto, 1981.

(8) Idem (6).

(9) Idem (6).

(10) Brunner, L. S. y Suddart, D. S. "Estrés y adaptación". Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. 1, Cap. 8. 6º edición Interamericana. México, 1987.

(11) Idem (4).

(12) Idem (6).

(13) Fornés Vives, J. "Respuesta emocional al estrés laboral" Rol de Enfermería, Nº 186, Febrero 1994. Ediciones Rol. Barcelona, España.

(14) Faura Vendrell, T.; Pont, M.; Mallolas, J.; Gatell Artigas, J.M. "SIDA: cuidados de enfermería. Nuevas perspectivas". Revista Rol de Enfermería, Nº 233, 1988, 23-31. Ediciones Rol, Barcelona, España.

(15) Moreno Jiménez, B.; Garrosa Hernández, E.; González Gutiérrez, J.L. "El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería". Archivos de Prevención de Riesgos laborales 3 (1), 18-28. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1998.

(16) Idem (6).

(17) Idem (6).

(18) Idem (6).

(19) Idem (15).

(20) Rivera Delgado, A.M. "Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Quirúrgico Hermanos Amejeiras". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México, México D.F., 1997.

Bibliografía general

- Atance Martínez, J. C. "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario". Revista Española de Salud Pública. Vol. 71, Nº 3. España, Mayo - Junio 1997.

- Camponovo O., Morin P. "Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario". Argentina, Diciembre 1999.

- Campos, Gastao W. S. "Gestión en Salud. En Defensa de la vida". Lugar Editorial. Argentina, 2001.

- Campos, Gastao W. S. "Subjetividade e administração de pessoal de salud". Editora Hucitec. Sao Paulo, 1997.

- Dal Poz M. R., Pierantoni C. R., Varella T. C. "Productividade e Desempenho dos recursos humanos nos Servicos de Saúde". Documento de trabajo, OMS/OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 10. Noviembre, 1997.
- "Estudio del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios en un área de salud. Medicina y Seguridad del trabajo". Vol. XLIV, N° 172, 1997. Págs. 87 - 96.
- Filgueira Bouza, M; Martín Gonzales, A y San Martín Castellanos, R. "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: un estudio psicosocial". SISO/SUDE. N° 23/ 1994
- Foucault, M. "Microfísica del poder". Organización e tradução de Roberto Machado. Editora Graal. Río de Janeiro, 1979.
- García Izquierdo, M; Llor Esteban, B; Saez Navarro, C. "Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario". Anales de Psiquiatría. Vol. 10, N° 5. Madrid, 1994.
- García Rodríguez Tejedor, A.. "Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la Tecnología Médica". Cuadernos Médico Sociales N° 19. Rosario, 1982.
- Lautert, L. "El síndrome de Burnout: estudio empírico con enfermeras que trabajan en hospital". Universidad Federal de Río Grande Do Sul. Porto Alegre. Brasil, 1997.
- López Rodrigo, M. "Estrés de los profesionales de Enfermería". Revista Rol de Enfermería. N° 201. Ed. Rol. Barcelona, España, Mayo 1995.
- Marriner-Tomey, A. "Manejo del estrés". Manual para la Administración de enfermería. 5° Parte. 4° edición. Interamericana. McGraw-Hill. México, 1994. Pág. 499.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. "Burnout in health professions: A social Psychological Analysis", 1982. Citado en Moreno Jiménez, B.; Peñacoba Puente, C. Estrés asistencial en los servicios de salud, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
- Mingote Adán, J. C. "Satisfacción, estrés laboral y calidad de vida del médico". Medicina y Seguridad del trabajo. Vol. XLIV, N° 172, 1997. Págs. 127 - 153
- Moreno Jiménez, B. y Peñacoba Puente, C. "Estrés asistencial en los servicios de salud". Dpto. de Psicología Biológica y de la salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
- Nogueira, R. P. "Perspectivas da Qualidade em Saúde". Qualitymark Editora, Rio de Janeiro, 1994. Citado en Dal Poz M. R., Pierantoni C. R., Varella T. C. "Produtividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde". Documento de trabajo, OMS/OPS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 10, Noviembre, 1997.
- OPS /OMS. "Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). Hacia un nuevo abordaje en Administración del Personal de Salud". Noviembre, 1998.
- Rivera Delgado, A. M. "Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Quirúrgico Hermanos Amejeiras". Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México, D. F., 1997.
- Selye, H. "Tensión sin angustia". Ed. Guadarrama, 1975, Madrid, España.
- "Síndrome del desgaste profesional (Burnout)". Medicina y Seguridad del Trabajo. N° 174, 1997.
- "Tratamiento del estrés. Administración y liderazgo en enfermería". Capítulo 26. 5° Edición. Publicación Harcourt Brace, Madrid, España, 1998. Pág. 523.
- Zaldúa, G. y Lodieu, M. T. "Dilemas éticos relacionados con el síndrome de Burnout". Revista Investigación en Salud, Vol 2, N° 1 y 2, Rosario, Enero - Diciembre 1999.

La experiencia del Centro de Salud "Juana Azurduy" en el proceso de Adscripción: reflexiones y comentarios.

The experience of Adscription model in the Primary Health Center "Juana Azurduy": reflections and comments.

Huerta, Adriana M.*; Torres de Quinteros, Zulema C.**; Moro, Andrea***

Han transcurrido ya alrededor de 5 años del inicio de un proceso hacia una nueva propuesta sanitaria en el ámbito de Salud Pública municipal.

En efecto, desde el año 2001, se emprendieron cambios político-sanitarios significativos orientados a la reforma del modelo de atención, los que estuvieron precedidos a partir del año 1996, por un proceso más general en el ámbito municipal, de descentralización político-administrativa.

En gran medida, dicha propuesta reconoce como antecedentes los aspectos centrales de la reforma sanitaria brasilera que culminara en la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), y que contara como estrategia estructurante fundamental, con el Programa de Salud de Familia. Tal como refiere Dal Poz, "...se comenzó a enfocar la familia como unidad de acción programática de salud y no ya solamente al individuo, al tiempo que se ha introducido la noción de área de cobertura (...) La concepción del programa, (...) es hacerlo un instrumento de reorganización del SUS y de la municipalización, determinando que su implantación ocurrirá, con prioridad, en las áreas de riesgo...

(...) están ya definidas las áreas de extensión del programa (800 a 1.000 familias/equipo, formado por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y 4 a 6 agentes comunitarios), la forma de remuneración del equipo (diferenciada en cuanto a los demás profesionales del Sistema de Salud), el régimen de trabajo (dedicación exclusiva y residiendo en la propia área de actuación), el ámbito de la atención (atención a la demanda espontánea, organizada y realizadas por las acciones educativas y colectivas) y el control social (por los consejos de salud)".[\(1\)](#)

Por su parte, en la Conferencia "Medicina social y gestión pública: de la teoría a la práctica", desarrollada en el marco del IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Silvio Fernández, señalaba respecto de la reforma brasilera: "Nuevos principios organizativos como la adscripción de una comunidad a su equipo de salud, con ampliación del vínculo existente entre los profesionales y los usuarios, y los esfuerzos en el sentido de utilizar la epidemiología para identificar riesgos y acoger a los usuarios de forma más humana en las unidades, pasan a ser parte de la agenda de cambio de las prácticas sanitarias"[\(2\)](#). En este marco, se hace imperativo el análisis de experiencias

* Médica Psiquiatra; Especialista en Salud Mental; Investigadora del Área de Investigación en Salud (AIS).
Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

** Estadística Matemática; Coordinadora del AIS.

*** Bioquímica; Investigadora del AIS.

concretas de los cambios implementados en salud, fundamentalmente en los efectores de APS, a fin de sostener una mirada evaluativa que posibilite la identificación de obstáculos y fortalezas en dichos procesos de transformación.

El artículo "El modelo de adscripción en el Centro de Salud Juana Azurduy" da cuenta de un equipo de salud que, comprometido con el modelo sanitario impulsado por la Secretaría de Salud Pública, instaló una serie de cambios en la gestión de los procesos de trabajo sostenidos en los pilares conceptuales fundamentales que atraviesan la propuesta político-sanitaria actual, a saber: la equidad, la práctica de una clínica ampliada asociada a la calidad de atención, la mirada poblacional, y en esta mirada, el reconocimiento de las heterogeneidades a la vez que coherentemente, la diversificación de intervenciones que se correspondan con las necesidades poblacionales en salud, también diversas y complejas.

Sin embargo, a la par del desarrollo de estas estrategias fueron surgiendo una serie de interrogantes acerca de la eficacia de las intervenciones implementadas. En ese sentido es válido rescatar algunos testimonios de miembros del equipo:

"... otra cosa es una atención a la comunidad pero centralizada en la salud porque ahí, no solamente se cura la enfermedad sino, se intenta comenzar a dar un cierto sostén social, por lo menos un principio de trabajar en las necesidades de la comunidad, no es cierto? Pero bueno, siempre centrado en la salud. En el Juana se estaba llegando a un extremo en que no se podía, no digo garantizar ... no se podía seguir tratando ... seguir brindando algo básico sin que caiga el sistema, sin que quiebre..."

- "Llevo pocos meses acá pero yo creo que sí, que después de haber caminado por el barrio, vos ves cómo queman la basura a cielo abierto, es permanentemente humo, es una zona de basura y de quema de basura. Hay humo, aparte el hacinamiento y las condiciones en que viven las personas de las dos microáreas críticas, sobre todo los tobas... Hay mamás que nunca fueron en colectivo, no tienen con qué ir..."

- "Me ha tocado hacer tratamiento de TBC a pacientes que duermen en el piso y no tienen qué comer, entonces para que estoy haciendo un tratamiento de eso, no? ... No tenemos instituciones en el barrio que puedan encargarse de eso, trabajar con eso, entonces hay que ir a niveles centrales, donde se hace más difícil entrar, las instituciones que existen son nacionales, son provinciales, son municipales, cada una con su lógica distinta..."

O sea, que reconociendo la práctica en salud como uno de los caminos posibles para promover la inclusión y para la construcción de ciudadanía, ello implica un esfuerzo por incorporar en los procesos de trabajo una serie de dimensiones que exceden largamente la atención de la enfermedad, incluyendo como aspectos necesarios de la construcción en salud, el acceso a bienes materiales y simbólicos inherentes a la condición ciudadana, tales como la educación, el trabajo, la alimentación, la recreación, etc. Consecuentemente, nuevos desafíos atraviesan la práctica cotidiana de este equipo, situación que podría ser compartida por buena parte del colectivo de APS; a saber: ¿cómo sostener la equidad, la universalidad, la calidad en salud, cuando el trabajo se centra en poblaciones pauperizadas, privadas de los derechos más elementales (educación, trabajo, alimentación, vivienda)? ¿Qué tipo de organización, qué perfil de recursos humanos y qué tecnologías son las más apropiadas para intervenir en estos contextos?

Estas visiones se condicen plenamente con lo afirmado en el estudio Formación de recursos humanos en salud de familia, que señala "...los médicos de atención primaria, comparados con los especialistas, lidian con una variedad más amplia de problemas, tanto con los pacientes individuales como con la población con la cual trabajan. Como están más próximos del ambiente del paciente que los especialistas, están en una posición mejor para evaluar el papel de los múltiples e interactivos determinantes de la enfermedad y de la salud" (3).

Las percepciones del equipo de salud y la preocupación básica respecto de la eficacia de las intervenciones implementadas, fueron las que movilizaron el desarrollo del proceso investigativo, de cuya fase inicial da cuenta el artículo. Esto, adhiriendo también a la experiencia de Brasil que, desde 1994, puso en marcha el Programa de Salud de Familia, del cual el dispositivo de adscripción local ha tomado sus principales estrategias (adscripción de familias, equipos responsables, clínica ampliada, historia clínica familiar, etc.) y que sostiene una intensa y permanente actividad evaluativa desde sus inicios, jerarquizando esta actividad como el modo más pertinente para identificar oportunamente los obstáculos que pudieran poner en riesgo la continuidad de las acciones, y así poner en marcha las intervenciones necesarias para superarlos.

Al momento, como resultado de la primera etapa del proceso investigativo, caben puntualizarse algunos ejes particulares de reflexión.

En primer lugar, el vinculado a las posibilidades y limitaciones de la propuesta sanitaria actual. Desde la perspectiva del Centro de Salud "J. Azurduy", las diferentes estrategias implementadas parecieron no ser suficientes para dar respuesta a la complejidad de las demandas en juego. Al menos, bajo las condiciones actuales en cuanto a cantidad y distribución de los recursos humanos necesarios para el trabajo en salud en áreas de alta criticidad.

Esto, pese a los criterios priorizados por el equipo, impulsando y sosteniendo la adscripción de pacientes provenientes del barrio Los Pumitas, microárea identificada como la de más alta vulnerabilidad social, en consonancia con la propuesta planteada en el artículo "Organización de las prácticas de Atención Primaria en Salud en el contexto de procesos de exclusión/inclusión social" (4), cuyos autores sostienen "La experiencia del CSEBF (Centro de Salud Escola Barra Funda (...)) al identificar grupos sociales en situación de vulnerabilidad y organizar el servicio, en la perspectiva de la equidad del acceso por medio de la discriminación positiva, se ha evidenciado satisfactoria al incorporar en su organización tecnológica del trabajo, segmentos sociales en situación de exclusión social..."

No obstante, estas decisiones en la gestión del equipo no excluyen la necesidad de la permanente problematización de las así llamadas prácticas de "discriminación positiva" y sus riesgos potenciales, a saber, el fortalecimiento de procesos de estigmatización o aún la generación de dependencia de estos grupos de los soportes aportados por el Estado. Pero se parte de reconocer que se requiere de un primer tiempo de esfuerzo de inclusión para el caso de poblaciones que, (retomando planteos de Kottow), sufren una triple vulneración, la proveniente de la propia condición de enfermedad, la derivada de limitaciones concretas para tomar decisiones, y la resultante de la imposibilidad de "acceder a las gestiones sociales necesarias para solventar sus necesidades políticas y económicas..."

Ciertos resultados cuantitativos como el aumento creciente de consultas médicas entre los

años 2002 y 2004, el incremento en el número de adscriptos (600 nuevos pacientes en un cuatrimestre en 2005), como así también los datos provenientes del análisis de las consultas al Dispositivo de Admisión de Enfermería -donde se observa que el 71% de las mismas se corresponde con pacientes ya adscriptos al Centro de Salud- configuran un panorama complejo de desborde de la demanda asistencial que compromete el sostenimiento de una práctica clínica superadora de un modelo asistencial curativo, abriendo otras líneas de reflexión e interpretación.

Por un lado, que a pesar de la existencia en el área de efectores de Atención Primaria de jurisdicción provincial, el pobre impulso que la gestión sanitaria provincial le ha otorgado a la estrategia de Atención Primaria, evidenciado a través de horarios restringidos de atención, escasa disponibilidad de turnos, carencia de insumos, podría constituir un factor clave para explicar parte del desborde asistencial de este Centro y de buena parte de los Centros de Atención Primaria municipales.

En este aspecto, cabe destacar la relevancia de la propuesta generada por el equipo para la construcción de la denominada Comisión Intersectorial de Salud, espacio de encuentro de trabajadores municipales y provinciales de la zona, que se plantean, a través del análisis y discusión de dificultades concretas que se presentan en el proceso de atención, mejorar la articulación entre efectores a la vez que construir lógicas de trabajo que prioricen como meta, garantizar el acceso a la atención de los sectores poblacionales más vulnerables del área.

Del mismo modo, es destacado el papel que viene desempeñando el equipo del Centro de Salud "J. Azurduy" en el seno de dicha Comisión, al constituirse en uno de los principales referentes para la adopción de cursos de acción, definición de líneas de análisis, de investigación empírica, etc., todo ello en función de la experiencia reunida por el Centro en su área de intervención.

Otro aspecto que amerita ponerse de relieve es la participación del Centro en la denominada Intersectorial de Educación, que convoca a docentes de las instituciones educativas del área y trabajadores de salud para el análisis y discusión conjunta de la problemática de la infancia, fundamentalmente de aquellos niños en riesgo de exclusión o ya excluidos del sistema educativo.

La importancia de estas iniciativas locales radica en que conforman alternativas de superación de obstáculos concretos en la gestión de salud que, por cierto, no son exclusivas del contexto local sino que afectan a todos los países de la región, según refieren documentos internacionales. Un señalamiento particular refiere a aspectos problemáticos mencionados en el artículo, aún no investigados, y que abren una segunda línea de profundización, acerca de los posibles obstáculos para el aseguramiento de la continuidad de los proyectos terapéuticos en un contexto donde los recursos humanos en salud evidencian una apropiación diferencial respecto de la estrategia de adscripción, como así también del conocimiento de aquellos sectores más vulnerables que requerirían esfuerzos adicionales para propiciar su inclusión, al menos en el sistema de atención. En efecto, el dispositivo de adscripción fue implementado inicialmente como proyecto de la red de APS, generando un primer tiempo de debate en los equipos de los Centros de Salud, apoyado por lecturas bibliográficas de autores del sanitarismo brasilero, que conceptualizaban este nuevo modelo de atención. Pero esto no fue acompañado por un proceso similar en el colectivo de trabajo hospitalario. De este modo, amplios sectores de las estructuras hospitalarias estarían sosteniendo modos organizativos más tradicionales, con compartimentalización en servicios, y un vínculo con los usuarios que podría caracterizarse como de mayor distanciamiento y con cierto desconocimiento

de sus contextos de vida.

Esta diferencia de enfoques estaría produciendo efectos concretos en los procesos de atención (desarticulación en el trabajo, barreras para el acceso a interconsultas o estudios de alta complejidad, etc.) afectando la viabilización de los proyectos terapéuticos delineados desde el Centro de Salud. Abonando esta hipótesis, cabe mencionar el estudio "A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil", cuya autora señalaba:

"En la singularidad del momento clínico, elementos macrocontextuales como la asistencia farmacéutica y la existencia de una red integrada y jerarquizada repercuten en la relación médico-paciente al comprometer la continuidad de la asistencia y, por consiguiente, del vínculo entre usuario y servicio"[\(5\)](#).

A nivel de mayor generalidad, los actuales lineamientos impulsados por la gestión sanitaria, que constituyen propuestas innovadoras de alta legitimidad social, implican un necesario fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias con el objeto de producir y difundir conocimientos e instrumentos que conduzcan a mejores políticas, reglamentaciones, gestión y formación de recursos humanos. Un documento [\(6\)](#) del Observatorio de Recursos Humanos derivado de un programa impulsado por OPS/OMS en los años '90, señalaba que si bien la situación de recursos humanos en salud varía entre los países de la región de las Américas, se observan problemas de naturaleza semejante en todos ellos, a saber: desequilibrios en la disponibilidad, distribución y composición de la fuerza de trabajo, combinados con el deterioro de las condiciones de trabajo, precariedad de los sistemas de incentivo, falta de estrategias adecuadas de educación permanente de los trabajadores, fragmentación de los procesos de trabajo, falta de coordinación en la planificación entre los sectores de la salud y la educación. En ese marco, se ubican como algunos de los retos actuales más importantes, aquellos asuntos vinculados a la contratación y retención de la fuerza laboral en salud, en virtud del alto grado de movilidad de los profesionales del sector, corolario en muchas ocasiones de la pérdida de motivación de los trabajadores. O sea que en la medida que no se contemple una reestructuración profunda de toda la red de servicios, una estimación epidemiológica precisa de la situación de salud de las poblaciones destinatarias y una asignación de recursos acorde a estas situaciones, se corre el riesgo de favorecer la fragmentación del sistema, profundizando el desgaste de los equipos de trabajo que se desempeñan en un vínculo más directo con las poblaciones vulnerables.

En esto se torna relevante el sostenimiento de prácticas de monitoreo permanente de los procesos de transformación de los servicios que se vienen implementando en Salud Pública, de manera de producir reajustes rápidos en los procesos de gestión y así avanzar en la consolidación del nuevo modelo. Así lo entiende el equipo del Centro de Salud "J. Azurduy" comprometido con el proceso investigativo iniciado.

Referencias bibliográficas

- (1) Dal Poz, M.R., Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil, Gaceta Sanitaria, Vol 16, N° 1, Enero 2002
- (2) Fernández Da Silva, S., Conferencia: "Medicina Social y Gestión Pública: De la teoría a la

práctica" Boletín del Consejo Nacional de Secretarios de Salud de Brasil, 2004;

www.conasems.org.br

(3) Gil, C. R. Rodrigues Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas, Cad. Saúde Pública. V. 21 N°.2. Rio de Janeiro, mar./abr. 2005

(4) Carneiro, N. , Casio, S. Organización de las prácticas de Atención Primaria en Salud en el contexto de procesos de exclusión/inclusión social, Cadernos de Saúde Pública, Vol 19, N° 6, Noviembre / Diciembre de 2003, Río de Janeiro.

(5) Lins, A; Franco, S.; Sousa Bastos, A.C.; Sampaio Alves, V. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil, Cad. Saúde Pública v.21 n.1 Rio de Janeiro jan./fev. 2005

(6) OPS/OMS Observatorio de Recursos Humanos en Salud en las Américas 1999-2004: Lecciones aprendidas y expectativas para el futuro, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/ACF398.pdf

Medición de la cobertura de vacunación: Una problemática de la Salud Pública*

Balparda, Laura Rita**

El tema de esta tesina surgió a instancias de la dirección del Sistema Municipal de Epidemiología (Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario) interesada en valorar la viabilidad de los nuevos métodos sugeridos por OPS/OMS para la medición de la cobertura de vacunación con vistas a su posible aplicación en el ámbito local. El trabajo fue desarrollado en el marco de la pasantía realizada por la autora en dicho Sistema Municipal de Epidemiología bajo el convenio de pasantías acordado entre la Municipalidad y la Universidad Nacional de Rosario.

Los conceptos, procedimientos y técnicas involucrados

La terminología específica sobre el tema (1) (2) (3) refiere que:

La **vacuna** es una suspensión de microorganismos vivos (bacterias, virus o rickettsias), atenuados o inactivos, o de fracciones de éstos. El acto físico de aplicar una vacuna se denomina **vacunación** y se dice que un individuo está **vacunado** cuando recibe la dosis de antígeno correspondiente a la enfermedad.

La **inmunidad** es un estado de resistencia del organismo frente a determinadas sustancias o seres vivos que lo agreden. El individuo obtiene inmunidad al vacunarse, al sufrir la enfermedad, al recibir anticuerpos durante el embarazo o mediante la lactancia, etc. La **inmunización** es el acto de proveer o inducir a desarrollar inmunidad contra una enfermedad. La inmunización **pasiva** consiste en administrar anticuerpos producidos en otro huésped (individuo o animal) con el objeto de proporcionar protección inmediata aunque temporal. La inmunización **activa** consiste en inducir al cuerpo a que desarrolle inmunidad a través de la vacunación. Esto no se logra en el 100% de los casos ya que depende de la eficacia de la vacuna, por lo que el término inmunización es diferente al de vacunación, aunque se usan de forma indistinta para referenciar a la inmunización activa^a.

* Este artículo fue redactado a partir de la tesina de grado de la carrera de Licenciatura en Estadística (Fac. De Cs. Económicas y Estadística, UNR) titulada "Estimación de la cobertura de vacunación en un distrito de Rosario, año 2000" y aprobada en el año 2003 bajo la Dirección de Badler, Clara y Alsina, Sara. La redacción estuvo a cargo de Ruiz, Luciana y Torres de Quinteros, Zulema del Area de Investigación en salud (Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario) contando con el consentimiento y revisión de la autora.

** Lic. en Estadística, miembro del personal del Sistema Municipal de Epidemiología (Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario). Ex pasante mayo 2000 - mayo 2001. lbalpar0@rosario.gov.ar - sime@rosario.gov.ar

a La eficacia de una vacuna es su capacidad de conferir protección a la población en general. Suele ser mayor al 90% para casi todas las vacunas. Esto indica que hay un porcentaje de personas vacunadas que no alcanzan a desarrollar los anticuerpos necesarios, por lo que los datos sobre vacunación en una población pueden sobreestimar el nivel de inmunidad alcanzado por la misma. Por otro lado, como un gran número de individuos puede adquirir inmunidad frente

La **inmunidad comunitaria** es el fenómeno epidemiológico por el cual un grupo poblacional está en situación de inmunidad como consecuencia de epidemias o de vacunaciones masivas. Después de una epidemia una alta proporción de personas quedan inmunes, por lo que la comunidad queda protegida hasta que se acumula una nueva masa de susceptibles (personas que no tienen defensa inmunológica específica como los recién nacidos, migrantes recientes, etc.). Para evitar las epidemias, en situaciones de emergencia o bien de alerta epidemiológico, se realizan vacunaciones masivas, donde la meta es vacunar a no menos del 85% de la población.

Cada país tiene establecido un **calendario de vacunación** donde se especifican el tipo de vacunas obligatorias, las dosis y la edad en que éstas deben ser administradas (en [Anexo](#) Tabla A se consigna el calendario de vacunaciones de la República Argentina). Según el calendario de vacunación y la edad del individuo, es posible diferenciar entre:

Vacunación completa: cuando el niño o adulto ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente y

Vacunación incompleta: cuando el niño o adulto no ha recibido todas las dosis según el esquema obligatorio de vacunación a la edad correspondiente.

Para asegurar la provisión de vacunas a nivel poblacional y su calidad al momento de ser administradas, existen una serie de pautas para el transporte, distribución y conservación de las mismas (4).

Respecto de la provisión regular de las vacunas por parte del Estado, se identifica una distribución **vertical**, que consiste en que una vez realizada la compra por el nivel central, los laboratorios distribuyen las vacunas a los centros de distribución regional. Allí son recibidas y almacenadas para abastecer directamente a los centros de vacunación o a través de los centros de distribución sectorial, en caso de existir.

Sin embargo, es frecuente el movimiento de vacunas entre centros del mismo nivel, o sea, una **distribución horizontal** irregular. Esto ocurre en ocasiones, para cubrir rupturas de stock (incremento inesperado del consumo, ruptura de la cadena de frío, etc.) y en otras, con el objetivo de mantener la calidad de los stocks. Cada uno de los centros de distribución deben registrar las dosis recibidas, las desechadas, las enviadas y en los centros de vacunación, además, las vacunas administradas.

La medición de la **cobertura de vacunación** conduce al cálculo de la proporción de individuos vacunados en la población objetivo y por tanto se expresa en cifras relativas. Sin embargo, suelen utilizarse otras aproximaciones a dicho indicador, como tasas o razones, las que difieren en su construcción y propiedades, por lo que conducen a distintas interpretaciones del fenómeno que se intenta medir en una población.

En efecto, una **proporción** implica un cociente entre el número de individuos correctamente vacunados según su edad y el total de individuos en la población que ameritaron recibir la vacuna en un área y período determinados. Siendo el numerador parte del denominador, este cociente oscila entre 0 y 1, aunque es expresado en términos porcentuales, indicando cuántos individuos están

una epidemia sin estar vacunados, la proporción de vacunados en una población puede ser un valor menor a su nivel real de inmunidad.

vacunados por cada 100 de la población objetivo.

Las tasas son relaciones entre la frecuencia con que ocurren determinados sucesos en una población, en un período de tiempo, generalmente un año, y el número de individuos que la componen. Dado que el total poblacional es variable a lo largo del período, se utiliza en el denominador una estimación del mismo a la mitad del período. Referidas a vacunas, se suelen utilizar las denominadas tasas anuales de cobertura de vacunación, expresadas por 100, que son el cociente entre el número de dosis de vacunas administradas en la población objetivo en un período y el total de individuos que la integran dando cuenta solamente de la cantidad de dosis administradas por cada 100 individuos de la población.

Las **razones** suponen también cocientes, pero entre números que refieren a eventos de distinta naturaleza o que provienen de dos sectores/poblaciones diferentes. Una razón utilizada como indicador aproximado de la cobertura por vacunas podría ser el cociente entre el número de individuos vacunados y el total de carnés examinados.

La medición de la cobertura de vacunación: Antecedentes

Desde el descubrimiento de las vacunas y su utilización masiva en salud pública, ha sido y sigue siendo una preocupación permanente por parte de las autoridades sanitarias, tanto a nivel internacional como nacional y local, el disponer de datos estimativos confiables sobre la proporción de individuos vacunados, identificando los grupos o sectores poblacionales más vulnerables a enfermedades prevenibles por vacunas, etc..

Esto con la finalidad de retroalimentar las acciones de los programas de vacunación y mejorar su eficacia, reforzar la provisión de dosis en determinadas áreas, favorecer la captación de individuos no vacunados, implementar campañas específicas destinadas a minimizar los riesgos de una eventual expansión de las enfermedades por una mayor circulación de virus, bacterias, etc.

Los esfuerzos para disponer de indicadores anuales de cobertura de vacunación han permitido fijar metas mundiales y nacionales, modificar los programas de inmunización, distribuir más racionalmente los apoyos financieros por parte de organismos nacionales e internacionales como consecuencia de las tendencias observadas, etc..

Así es que "en 1977 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso a todos los países miembros de la región crear el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), incluyendo la vacuna antisarampionosa junto a BCG, Sabin y triple (DPT), dentro de un esquema básico de vacunación" (5), a los fines de reducir el número de muertes y de casos de enfermedad que puedan prevenirse por este medio. Las actividades de organización y operativas dieron origen a distintas fuentes de información y a la utilización de diferentes métodos para obtener indicadores fiables de la cobertura de vacunación en la población.

Como resultado de lo anterior y del diverso grado de rigurosidad con que se ejecutan los distintos componentes del programa de inmunizaciones, se llegó a la producción y utilización de valores múltiples, contradictorios e incoherentes como indicadores de la cobertura de vacunación, situación que ha sido observada en diferentes países de la que no escapa Argentina.

En lo que concierne a nuestro país cabe destacar una serie de antecedentes. El primero remite a la investigación "La pobreza urbana en Argentina" (6), llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 1988. Se realizó una encuesta en 5 localizaciones (Conurbano Buenos Aires, Neuquén, Gral. Roca, Posadas y La Banda) donde se indagó sobre las vacunaciones en niños de 2 a 47 meses. Se consideraron vacunados los niños que exhibían el carné correspondiente. La no disponibilidad del carné o inexistencia de otros registros fue tomado como evidencia de no vacunación. Para evaluar la cobertura se eligió como trazador la vacuna triple bacteriana (DPT), por ser la de menor cobertura, inyectable y por requerir de tres dosis y refuerzo.

Combinando el número de dosis con la edad de los niños, la condición de vacunados fue categorizada en: buena, regular, mala, pésima. Se optó por un diseño muestral trietápico. Las unidades de primera etapa fueron los radios censales, seleccionados con probabilidad proporcional al tamaño (PPT) en términos de cantidad de viviendas. Las unidades de segunda etapa fueron las manzanas dentro de los radios censales seleccionados con PPT. Las unidades últimas de muestreo fueron conglomerados de viviendas dentro de las manzanas, seleccionados en forma sistemática. Se trabajó con el marco muestral estratificado de la Encuesta Permanente de Hogares. Los resultados de la cobertura en las cinco localizaciones mostraron un rango de variación de 38 a 48,3% de los niños calificados en la categoría "buena"^b, de 23,8 a 31% en la categoría "regular", de 4 a 7% en la categoría "mala" y de 1,9 a 4,8% en la categoría "pésima". Entre el 3,2 y 9,2% de los niños no disponía de carné de vacunas y entre 5,8 y 22% no exhibió el carné correspondiente.

Estos hallazgos, que son el resultado de una minuciosa valoración de la condición de los niños frente a la vacuna, se contraponen sin embargo con lo publicado dos años más tarde por el Ministerio de Salud y la OPS notificando que la cobertura era superior al 80%. En efecto, según las estimaciones anuales a nivel nacional de la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, los datos sobre la cobertura antisarampionosa al año de edad resultaron en valores superiores al 100%, notificándose coberturas de **109%**, **103%** y **102%** para 1991, 1996 y 1997 respectivamente (7). Estos datos, que se calculan a partir del número de dosis aplicadas, son enviados posteriormente para su publicación a organismos internacionales, como OPS / OMS y UNICEF.

Otro antecedente es la Evaluación Multidisciplinaria del Programa de Inmunización (8), practicada en el año 2000 por el Ministerio de Salud con la intervención de OPS/OMS a partir de la información preexistente disponible en el país. En el informe se presentaron las coberturas con Sabin, triple y BCG en menores de 1 año de edad y con antisarampionosa en niños de 1 año de edad (Cuadro I), citándose algunas razones que justificaban el origen de las coberturas superiores al 100%, a saber:

- Repetición de la dosis de BCG cuando el niño no presenta cicatriz.
- Problemas en la construcción del denominador de las estimaciones.
- Deficiencias en los registros de vacunación.

b A título de ejemplo, se consideró que el niño tenía "vacunación buena" cuando cumplía alguno de los siguientes criterios: niños menores de 3 meses sin ninguna dosis, niños de 4 y 5 meses con 1 dosis, niños de 4 a 8 meses con 2 dosis, niños de 6 a 11 meses con 3 dosis y niños mayores de 10 meses con 3 dosis y refuerzo.

Cuadro I: Cobertura de vacunación al año de edad. Argentina 1980/1999

AÑO	VACUNAS			
	Sabin	Triple bacteriana	B.C.G.	Antisarampionosa
1980	33,2	44,4	62,4	61,2
1981	39,8	49,2	69,5	77,4
1982	48,2	58,2	76,7	67,2
1983	78,6	61,3	69,6	67,2
1984	71,8	62,3	77,8	79,4
1985	73,0	65,6	90,3	54,1
1986	78,6	66,9	98,6	86,6
1987	85,4	75,1	94,2	79,7
1988	89,9	79,9	91,4	87,1
1989	86,3	79,6	91,9	89,1
1990	89,9	87,1	105,8	93,0
1991	86,0	80,0	104,8	108,8
1992	84,8	80,7	113,4	91,6
1993	81,7	81,0	103,4	94,9
1994	84,6	82,3	107,3	95,6
1995	90,0	84,9	122,8	98,9
1996	89,7	82,8	123,6	102,9
1997	91,8	87,7	116,5	92,6
1998	89,0	83,6	114,3	(*) 110,6
1999	91,2	(***)85,85	(**)67,55	(*)97,24

(*) A partir de 1998 se utiliza la vacuna Triple viral que previene contra sarampión, rubeola y parotiditis.

(**) Hasta el año 1998 la BCG se aplicó a menores de 1 año y las coberturas se calcularon para este grupo etéreo. A partir de 1999 se aplica en el recién nacido, antes del egreso de la maternidad, por lo que el grupo etéreo cambió a menores de 7 días.

(***) En 1999 comenzó a utilizarse la vacuna Cuádruple, que previene, además de Difteria, Tosferina y Tétanos, patologías causadas por Haemophilus influenza.

Fuente: Departamento de Inmunizaciones. Centro de Información Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud. Argentina

A partir de los resultados de la evaluación, se definió un plan de acción para el período 2000 - 2003 que incluía como principales actividades:

- Elaborar un plan estratégico de mediano plazo (3 a 5 años) y anual entre las provincias y los municipios, basado en evidencia epidemiológica que incluya metas, estrategias, actividades e indicadores.
- Intercambiar experiencias locales exitosas entre el nivel nacional y las provincias para mejorar el registro de las dosis administradas y el cálculo de la cobertura.
- Establecer un sistema de registro individualizado (fichero) en todas las unidades de salud.
- Legislar para que los establecimientos públicos y privados donde se realizan partos envíen

- copia del certificado de nacimiento a Estadística Sanitaria para su registro inmediato.
- Obtener consenso nacional sobre unificación de registros, informatización y aplicación.
- Monitorear coberturas en áreas de riesgo incluyendo zonas silenciosas, con alto flujo de migrantes, zonas marginales y donde se hallen casos de sarampión.

Un antecedente de aplicación concreta en la utilización efectiva de resultados de la medición del nivel de cobertura de vacunas, es lo observado en jurisdicción de la provincia de Santa Fe en 1994. Como resultado de un estudio en el que se determinó que un 70% de niños menores de 15 años tenía vacunación completa, se produjo una Resolución Ministerial disponiendo la obligatoriedad de la presentación del carné de vacunación de todos los niños a su ingreso escolar, para lo cual se estableció una coordinación de los establecimientos educativos y de salud para completar el esquema de aquellos niños que así lo requirieran (9).

En la ciudad de Rosario, los indicadores disponibles de cobertura de vacunación no permiten efectuar una proyección a la población general del área y en lo que concierne al ámbito de la Secretaría de Salud Pública Municipal, la información habitualmente remite a "dosis aplicadas" (tasas) en los efectores de esa jurisdicción. Para el año 2000, se informó que la cantidad de pacientes de 1 año de edad captados en los efectores de salud municipales fue de 5723 y la cantidad de dosis de triple viral aplicadas fue de 9982, derivando en una cifra 174,4% que fuentes locales asimilaron a una "proporción" de vacunados, interpretando que el exceso por encima del 100% era una evidencia de que "... se vacunan niños no concurrentes para su atención médica en los centros de salud provenientes del privado..." (10).

Algunos estudios en contextos focalizados aportan información, como el realizado en 1999 en el Centro de Salud "San Martín" de dependencia municipal (11). Se consideró como fuente a los registros de historias clínicas, a partir de una muestra no probabilística de la población que accede al mencionado centro y descartándose la búsqueda en el fichero de vacunación por las serias deficiencias observadas en este dispositivo de registro. Los resultados señalaron que: "...El 53,50% de los niños que conforman la muestra en estudio tiene registrada vacunación completa para la edad, el 24,91% de los niños tiene registrada vacunación incompleta para la edad y el 21,59% de los niños en la muestra no tiene registrada ninguna vacuna en su historia clínica..." A fines de 2001, otro estudio limitado a los Centros Municipales de Salud del Distrito Sudoeste (12), dio cuenta del nivel de cumplimiento del esquema básico del PAI entre niños menores de 5 años asistidos en dichos centros. Tomando los datos de 2516 niños a partir del fichero de vacunación y de algunas historias clínicas, la información reunida permitió llegar a los siguientes resultados: 39,5% del total de niños entre 7 y 11 meses cumplidos tenía el esquema básico completo, en tanto que la cifra ascendía a 70% en el grupo etáreo de 12 a 59 meses. Aunque estos hallazgos constituían sólo una aproximación a la cobertura real de la población de niños en el distrito, probablemente sobreestimada, los autores pusieron de relieve la necesidad de reforzar las actividades de vacunación y el mejoramiento de los sistemas de registros correspondientes.

Ratificando lo expuesto inicialmente, los antecedentes mencionados reflejan que en la ciudad de Rosario aún no se ha dado respuesta a una preocupación de larga data por parte de las autoridades sanitarias. Esto es el definir y aplicar metodologías y sistemas de registro adecuados y suficientes que aseguren la producción periódica de indicadores confiables de cobertura en términos de proporciones, de modo de dinamizar la toma de decisiones oportunas en el campo de prevención

de enfermedades por vacuna.

Tanto a nivel país como en el ámbito de Rosario, no existe uniformidad de criterios para operacionalizar las pautas establecidas por el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) (13) en lo concerniente a calidad de los registros como "evaluar las etapas o componentes del PNI", "monitorear coberturas en zonas de riesgo y en áreas silenciosas a los fines de la notificación", "establecer un sistema de registro individualizado" y, consecuentemente, el "obtener consenso nacional sobre unificación de registros".

Sin embargo, frente a la ausencia de criterios uniformes para la cuantificación sistematizada de la cobertura, la bibliografía remite a una gran variedad de opciones en cuanto a estrategias metodológicas y fuentes de información, que van desde las que tradicionalmente son utilizadas para la producción periódica de indicadores hasta otros tipos de estudios específicos, de carácter sincrónico, como la denominada "Encuesta 30x7" (14) o el "Monitoreo rápido" (15) impulsados por organismos especializados y aún no aplicados en nuestro país.

Instrumentos de registro de vacunas y fuentes receptoras de información vigentes en la República Argentina

En el marco del PNI, son diversos los instrumentos que actualmente se utilizan para consignar las dosis de vacunas aplicadas en cada individuo, principalmente historias clínicas y carnés de vacunación, como también para dar cuenta de las prácticas de inmunización a los fines administrativos como son los denominados ficheros de vacunación y diversas bases de datos para el registro y notificación periódica de dosis de vacunas recepcionadas y administradas en cada efector o centro de vacunación.

La principal fuente de información sobre el estado inmunitario de un individuo es su Historia Clínica. Las dosis administradas se registran de manera inequívoca, empleando al menos tres variables: nombre genérico de la vacuna, número de dosis (1º, 2º y 3º dosis, 1º y 2º refuerzo) y fecha de vacunación (16).

Es obligatorio proveer el **carné de vacunación** cuando se administra la primera vacuna (17). Este certificado es solicitado por la autoridad sanitaria, pero no puede ser retenido bajo ninguna circunstancia.

El carné de vacunación consta como mínimo de la siguiente información: apellido y nombre, domicilio, sexo, fecha de nacimiento, dosis administrada, fecha de aplicación, sello del centro de vacunación y firma del vacunador. Otras variables opcionales son: número de documento y número de Historia Clínica, nacionalidad, localidad, provincia y observaciones.

Los denominados **registros de vacunación** o **administrativos** cubren el circuito seguido por las vacunas desde la salida del laboratorio en que se producen hasta la llegada a la población en

c Al momento del desarrollo de la tesina no se conocían antecedentes de su aplicación en el país

d Refieren básicamente al acto de la vacunación, aunque ocasionalmente en ellos se consigna la constatación de la cicatriz que verifica la historia de inmunización por BCG o bien resultados de estudios específicos como análisis serológicos o de trasudados mucosos orales.

términos de dosis administradas.

En cada uno de los niveles de distribución y almacenamiento de las vacunas, se consignan los siguientes datos (18):

1. Identificación del centro receptor.
2. Fecha de recepción.
3. Identificación de la vacuna (nombre, laboratorio fabricante, lote y fecha de caducidad).
4. Número de dosis (cantidad de dosis).
5. Tipo de movimiento (salida y entrada, regular o irregular).
6. Control de la temperatura en el momento de recibir la vacuna.
7. Identificación de destino.
8. Fecha de salida de la vacuna.

En los centros de vacunación, en cuanto a dosis administradas, la información alude a:

1. Identificación del centro receptor
2. Fecha de vacunación
3. Identificación de la vacuna
4. Número de dosis administradas.

En cumplimiento de la resolución Ministerial (Nº 0067, Mayo de 1995), los Centros de Vacunación habilitados deben contar con "Registros de vacunas aplicadas, individualizando documento de identidad, edad, sexo, tipo y dosis de vacuna aplicada"(19).

Los **ficheros de vacunación** (registro nominal) consisten en cajas donde se guardan fichas o tarjetas ordenadas con datos del individuo y de las dosis administradas. Al momento de la vacunación las fichas se reubican en orden cronológico, o sea, según el mes correspondiente a la siguiente citación. Esta lógica de trabajo permite: reponer el carné en caso de extravío, evitar la aplicación de dosis innecesarias, estimar mensualmente el número de dosis a utilizar, detectar los niños con esquema incompleto y proceder a su búsqueda activa a fin de completar el esquema.

Toda la información producida por los diversos instrumentos de registro de vacunas es centralizada por distintas dependencias públicas.

En primer lugar, la Secretaría de Salud Pública de la Nación que dispone de información sobre la cantidad de dosis administradas en el país, y a nivel provincial y departamental existen distintas entidades gubernamentales que poseen información a nivel de su jurisdicción como, en el ámbito local, el Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y la División Vacunas del Área VIII de Salud perteneciente al Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

A los fines de la construcción de los indicadores, existen otras fuentes receptoras de información como el INDEC, las Direcciones Provinciales de Estadística y el Programa de Información Estadística y Apoyo a los Municipios (PRINEM).

e Apellido y nombres, fecha de nacimiento, domicilio, tipo de vacuna, fecha de vacunación, fecha de la próxima vacunación, firma por cada dosis que se administra.

El INDEC es un organismo público de carácter técnico que unifica la orientación y ejerce la dirección superior de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina. La ley le confiere responsabilidad directa en el diseño metodológico, organización y dirección de los operativos nacionales de relevamiento a través de censos y encuestas, la elaboración de indicadores básicos de orden social y económico y la producción de otras estadísticas básicas (20).

En cada provincia existe también una Dirección de Estadística dependiente del gobierno provincial. Dichas direcciones coordinan los Sistemas Estadísticos Provinciales, e intervienen en la captura, ingreso y procesamiento de información a nivel provincial. Esta es consolidada por el INDEC o por otros servicios nacionales para la obtención de información a nivel nacional (21).

Finalmente, el PRINEM se inserta en el contexto de las actividades del INDEC (22). Este programa ofrece información estadística con base poblacional organizada por municipios, localidades y departamentos, con un nivel de desagregación en fracciones y radios censales. La información disponible proviene de diversas fuentes como Censo Nacional de Población y Vivienda, Censo Nacional Económico, Encuesta Municipal de Equipamiento y Servicios, etc..

Métodos y procedimientos para la medición de la cobertura de vacunación. Alcances y limitaciones

El procedimiento que utiliza rutinariamente el PAI (23) se basa en estimaciones administrativas que se obtienen a partir de la notificación rutinaria de las dosis administradas en los centros públicos de vacunación; estos datos se envían al nivel central^f. A partir del total de dosis de vacunas administradas y del número de individuos en la población objetivo, se calcula una estimación a bajo costo de la tasa de cobertura de vacunación. Este método permite la agregación de resultados de áreas geográficas más pequeñas, aún cuando refieren a las vacunas aplicadas por efectores de dependencia estatal. Las estimaciones administrativas presentan frecuentemente importantes sesgos (24), a saber:

Respecto del numerador,

- Omisión de las vacunas administradas en el sector privado o en instituciones no gubernamentales.
- Registros erróneos de las dosis recibidas, desechadas, enviadas y administradas.
- Recuento de las dosis enviadas a terreno en lugar de las efectivamente administradas.
- Inclusión de las dosis administradas a niños fuera de la edad correspondiente al sector poblacional objetivo.
- Demoras en la notificación de datos procedentes de zonas periféricas.

Respecto del denominador,

- El uso de distintas definiciones de población objetivo (sobrevivientes al cabo de un año, nacidos vivos y población a mediados del año) y de distintas fuentes (censos y registros de

^f En nuestro país, por resolución Ministerial N° 0067 de Mayo de 1995, los Centros de Vacunación deben enviar "información estadística mensual a la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria y a la División de Inmunizaciones".

hechos vitales).

- El uso de diferentes modelos demográficos para estimar la población media del período que se considera.
- Elección de cohortes parciales inapropiadas^g.

Algunos países utilizan la información que se recolecta anualmente mediante los **censos al ingreso escolar** en los cuales se requiere la presentación del carné actualizado de vacunación de los niños aspirantes. Los resultados deben reportarse a un nivel central donde finalmente se estima la cobertura. Esta aproximación plantea algunas desventajas ya que no todos los niños de 5 y 6 años ingresan a la escuela y principalmente porque la evaluación es tardía, al realizarse varios años más tarde de las edades en que corresponde la administración de las principales vacunas. También puede presentar sesgos cuando, ante el extravío del carné, los profesionales extienden duplicados basándose solamente en el recuerdo de los padres y sin confirmar los datos en los archivos de vacunación correspondientes.

Ciertas prácticas incorporadas por los efectores públicos de salud para reforzar los cursos de acción dirigidos a aumentar la cobertura de vacunas en la población de sus áreas de influencia, permiten obtener indicadores, aunque sólo acotados al nivel local.

Una de estas prácticas son los registros de vacunación, individualizados y detallados, que suelen llevar algunos centros asistenciales, superando la confección rutinaria de planillas a los fines de la obligatoria notificación de las dosis administradas.

Otras experiencias, también restringidas a las áreas de referencia de algunos centros de salud, son la realización de censos en la población a cargo, generalmente conducidos por el personal de la división de inmunizaciones con el objetivo de medir la cobertura, desviándose así este recurso crítico de su función esencial cual es la de extender al máximo posible los alcances de la prevención por vacunas (25).

Unas y otras prácticas no dan respuesta a la necesidad de contar con indicadores generales de cobertura, agregados por jurisdicciones más amplias (ciudades, provincias, regiones, etc.), por la ausencia de reglamentaciones al respecto, por la falta de uniformidad en los criterios de registro, etc. como ya se mencionaran y cuya resolución constituye un imperativo. De superarse este obstáculo, los sistemas de información computarizados, que son de uso creciente, permitirían de manera ágil y oportuna conocer la proporción de individuos con esquemas completos de vacunación para cada edad.

Además de los mecanismos mencionados para la producción periódica de indicadores en torno a la aplicación de las vacunas - cuya especificidad es variable en relación con el fenómeno que se quiere medir y en cuanto a las posibilidades de generalización a la población objetivo -, existen otros métodos de carácter sincrónico como los **estudios seroepidemiológicos y las encuestas por muestreo**.

Los **estudios seroepidemiológicos**, de mayor especificidad y costo, permiten investigar la inmunidad alcanzada en una población a través de la determinación de anticuerpos generados contra

g ... "entre ellas las que incluyen el período de vacunación (por ejemplo, de los 9 a los 11,9 meses en el caso del sarampión) en vez de todo el año." (referencia 24 - pág. 388).

el agente infeccioso, mediante la extracción de muestras de sangre o de trasudado mucoso oral (TMO)^h. Su propósito es evaluar, en un momento dado, el impacto de los programas de vacunación e identificar grupos de población con baja cobertura para reorientar/reforzar sus acciones (26).

Las **encuestas por muestreo** constituyen un recurso metodológico muy valioso para proveer, también en un momento dado, una estimación más eficiente que los datos de registro rutinario. Como su nombre lo indica se basan en visitas domiciliarias a una muestra seleccionada de la población, siendo los referentes empíricos habituales las constancias en los carnés de vacunación de las vacunas administradas atendiendo a la edad del individuo. En algunos casos se recurre a la memoria de la madre para recabar los datos de vacunación y en otros se observa la presencia de cicatriz post - vacunación o "scar"ⁱ. Los indicadores resultantes, que siempre son en términos de proporción de vacunados del total de encuestados, remiten a una variable confiabilidad según sea la información considerada. Además, ciertos factores pueden también introducir errores al proyectar los resultados a la población general a partir de las estimaciones muestrales, a saber:

- Errores en la construcción del marco muestral y/o los procedimientos de selección adoptados.
- Elección no adecuada del momento en estudio (campanas recientes de vacunación o factores climáticos pueden alterar el ritmo normal de los programas).
- Errores / omisiones en los datos registrados en el carné.
- Errores atribuibles a la existencia de diferentes criterios operativos que afectan la validez y confiabilidad de la información ante la ausencia del carné (incluir o excluir datos respaldados por la memoria materna, pero no por un carné, utilización de distintas hipótesis sobre la cobertura de los niños sin carné).
- Insuficiencias en la cobertura de la muestra seleccionada (imposibilidad de los encuestadores para desplazarse a lugares remotos por falta de recursos, rechazos).
- Problemas en la agregación de las estimaciones regionales para la producción de indicadores generales.

El método denominado **Muestreo para Garantizar la Calidad de los Lotes (MGCL)**, usado inicialmente en la industria y luego en salud pública (27), ofrece una estrategia de rápida aplicación y resolución. Partiendo de un porcentaje de no vacunados establecido por el programa como valor crítico, el estudio se orienta a verificar si la proporción de no vacunados en la población excede o no dicho valor. Ello implica que el trabajo en terreno es interrumpido cuando se observan $d+1$ casos no vacunados (donde d es el numerador de la proporción crítica). Este método puede representar una drástica disminución del tamaño muestral si la realidad en la población difiere en

^h El TMO es un sistema de recolección de muestras para determinaciones específicas, que consiste en introducir una almohadilla entre la mejilla y la encía inferior, frotar suavemente y después de un breve procedimiento realizar un análisis para la detección de anticuerpos contra Sarampión, Paperas, Rubeola, Chagas, etc.

ⁱ Entre la segunda y cuarta semana de aplicada la vacuna BCG, se espera que aparezca un nódulo en el lugar donde fue aplicada la vacuna (brazo izquierdo), que llega al máximo de su tamaño a la cuarta semana, luego puede necrosar y mantener una supuración por un largo período, a veces meses. Alrededor del cuarto mes, epiteliza quedando una cicatriz plana, a veces de tipo queloide, para toda la vida. El exámen de la cicatriz proporciona un medio para verificar la historia de inmunización.

mucho, por exceso, al valor crítico definido. En consecuencia, el MGCL permite obtener resultados rápidamente, con lo cual los programas podrían verse alentados a recolectar datos a intervalos más frecuentes y a tomar medidas correctivas con más celeridad cuando se comprueba que no se han logrado las metas de cobertura planteadas.

Propuesta probabilística: "Encuesta 30 X 7"

Entre los diferentes diseños de encuestas por muestreo que pueden ser utilizados para abordar esta temática, se destaca el método **Encuesta 30x7**. Desarrollado y recomendado por el PAI a nivel internacional para lograr indicadores fiables y para posibilitar la comparación entre países y regiones, este método ha sido utilizado en distintos lugares del mundo pero aún no ha sido aplicado en nuestro país.

Se trata de un método probabilístico relativamente fácil de implementar. Su diseño es atractivo por su simplicidad y ha sido extendido a otros tipos de encuestas de salud, con objetivos diferentes.

Numerosas publicaciones (28) dan cuenta de la vigencia de la Encuesta 30x7, la cual fue corroborada a través de una consulta personal realizada con el Dr. Stanley Lemeshow^j(27 de abril de 2001), experto en salud pública internacional, quien recomienda la continuación del uso de este método.

El método consiste en la realización de una encuesta por muestreo de conglomerados ya que la opción de tomar una muestra simple al azar de individuos en un área geográfica es prácticamente muy difícil^k, al requerir el listado completo de todos los individuos que cumplen con los criterios de inclusión.

La denominación de Encuesta 30x7, se debe a que la selección de los individuos se realiza en dos etapas. En una primera etapa, se selecciona una muestra de 30 conglomerados tales como ciudades, pueblos, aldeas, fracciones o radios censales. Esta selección se realiza con probabilidad proporcional a su tamaño (PPT). En la segunda etapa de muestreo, se selecciona un hogar del conglomerado donde se completa la muestra hasta obtener 7 individuos que cumplan con los criterios de inclusión, o bien apelando a los hogares adyacentes, de ser necesario.

Las etapas (29) del método de selección en la Encuesta 30x7 se sintetizan en:

- Elección del área/s geográfica/s de estudio: Según los objetivos, el interés particular de las autoridades sanitarias y/o la disponibilidad de recursos, puede abarcar todo un país o bien referir a una provincia, ciudad, pueblo o zona bien determinada.
- Establecimiento del grupo/s de edad en estudio: Resulta de considerar la vacuna a evaluar, la edad en que se aplican las principales vacunas, la distribución de la población por edad y los costos de seleccionar determinado grupo etáreo.
- Delimitación de los conglomerados^l: Al dividir un área geográfica en conglomerados

j Lemeshow, S. E-mail: lemeshow.1@osu.edu

k La obtención de una muestra aleatoria, simple o estratificada, requiere la disponibilidad de un padrón que enumere todos los individuos que constituyen la población objetivo, sin duplicaciones.

l Se denomina "conglomerado" a un subgrupo de unidades (hogares, individuos bajo estudio) que presenta una

suponemos que en cada subárea (conglomerado) existen individuos con diferentes grados de cobertura y que esta heterogeneidad interna es similar en todos los conglomerados. Los conglomerados pueden delimitarse en forma natural (ríos, calles, etc.) o bien incluyendo otros criterios: socioeconómicos, culturales, etc..

- Selección aleatoria de 30 conglomerados en cada una de las áreas de estudio: Partiendo de un listado de todos los conglomerados identificados en el área en estudio, con la correspondiente enumeración y especificando su tamaño aproximado en base a la información disponible (número total de personas, número total de hogares, etc.), los 30 conglomerados se seleccionan aleatoriamente con PPT utilizando muestreo sistemático^m.
- Selección aleatoria de un "hogar de partida" en cada conglomerado: Siendo también una selección aleatoria, ello supone elaborar previamente un listado enumerando todos los hogares que integran el conglomerado. Esto en la práctica puede presentar algunos obstáculos si se trata de conglomerados grandes o de áreas rurales esparcidas, por lo que el PAI sugiere algunos procedimientos alternativos para resolver esta etapa del muestreo (30).
- Selección de 7 individuos por conglomerado: En el hogar seleccionado, se realiza la encuesta a todos los individuos que responden a los criterios de inclusión, recabándose los datos que acreditan la aplicación o no de las vacunas en estudio (en general carnés de vacunación). De no reunirse los casos estipulados, se accede a un hogar adyacente (el que tiene la puerta más cercana al de partida) en el que se encuestará a todos los individuos que reúnen las condiciones de inclusión aunque ello implique superar los 7 casos requeridos. Esta acción de visitar hogares adyacentes, indagar la existencia de individuos de edad requerida y evaluar su estado de vacunación, continúa hasta obtener los 7 individuos.

Para el trabajo de campo debe confeccionarse una hoja de ruta y el formulario e instructivos para el registro de la información a captar. La hoja de ruta se construye con fines administrativos y sirve tanto en el desarrollo de la encuesta como en tareas que se realizan a posteriori. Durante el recorrido por las viviendas permite relevar el estado de las mismas: si se encontraban ocupadas o desocupadas, si sus habitantes responden o no al llamado del encuestador, si se trata de viviendas familiares o si son utilizadas con otros fines, si existen en la vivienda menores de 5 años, etc. En el formulario se registran detalladamente las mediciones realizadas durante la entrevista respecto de la vacunación, edad y sexo del individuo y si se cuenta con el respectivo carné de vacunación. Suelen agregarse además otros datos útiles como lugar habitual de vacunación y lugar alternativo, así como las causas de una falta de vacunación. El instructivo sirve como guía durante la sesión de entrenamiento a los entrevistadores y como guía de referencia durante el relevamiento de datos.

Tratándose de un método probabilístico, los resultados obtenidos con la Encuesta 30x7

heterogeneidad interna similar a la de la población total en estudio.

m La selección sistemática con PPT requiere el cálculo de los tamaños acumulados a través del listado de los conglomerados; esto es, la suma, para cada conglomerado, de su tamaño y los tamaños correspondientes a los conglomerados que lo anteceden en el listado. El intervalo de muestreo k , se obtiene de dividir el tamaño total del área en 30. Luego, se selecciona aleatoriamente un número entre 1 y k que se denomina arranque aleatorio, r . El primer conglomerado en la muestra será aquel que corresponda al primer tamaño acumulado que alcance o supere este valor r . Para la selección de los 29 conglomerados restantes se procede de idéntica forma reemplazando el valor r por $(r + k)$, luego por $(r + 2k)$ y así sucesivamente.

permiten hacer estimaciones para la población general. La proporción de individuos vacunados en la muestra se constituye en una estimación válida de la proporción de vacunados en el área en estudio. Puede calcularse además el correspondiente "intervalo de confianza"ⁿ así como medir los llamados errores del "estimador" (la proporción muestral), del "efecto de diseño" y del "coeficiente de correlación intraclase" (31). Estos aspectos analíticos, que exceden los alcances del artículo, corresponden a técnicas específicas del campo de la estadística inferencial.

La aplicación a nivel Internacional de la "Encuesta 30X7"

La metodología de la "Encuesta 30x7" y particularmente el tamaño muestral, establecido por el PAI, se ven respaldados por los resultados obtenidos en numerosas encuestas en las que se implementó, más de 4000 en todo el mundo, y por ejercicios de simulación. En efecto, sus resultados reflejan que dicho tamaño conduce en su gran mayoría a la obtención de estimaciones con la precisión propuesta por este Programa (32).

Henderson y Sundaresan (33) analizaron 60 encuestas realizadas en 25 países en las cuales se utilizó la Encuesta 30x7. El principal objetivo de este análisis basado en la evidencia fue determinar la proporción de las estimaciones logradas de cobertura de vacunación que resultaron con un error de $\pm 10\%$ con límites de confianza al 95%, tal como se había propuesto en el diseño del método. Se observó globalmente que el 83% de 446 estimaciones, resultaron con errores dentro de $\pm 10\%$ y ninguna se excedió en $\pm 13\%$. Estas estimaciones fueron aún más precisas cuando las coberturas de vacunación estaban por debajo del 25% o bien superaban el 65%, como se observa en el Cuadro II.

Cuadro II: Distribución de estimaciones de la cobertura de vacunación por nivel de cobertura obtenido y precisión.

Nivel obtenido de cobertura de vacunación %	Nº de estimaciones	Límites de confianza					
		0 \pm 10%		\pm 10,1 - 12,0%		\pm 12,1 - 13,0%	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
5 - 14	32	32	100,0	0	0,0	0	0,0
15 - 24	36	35	97,2	1	2,8	0	0,0
25 - 34	37	26	70,3	8	21,6	3	8,1
35 - 44	50	33	66,0	14	28,0	3	6,0
45 - 54	58	29	50,0	20	34,5	9	15,5
55 - 64	56	42	75,0	10	17,9	4	7,1
65 - 74	54	49	90,7	5	9,3	0	0,0
75 - 84	61	61	100,0	0	0,0	0	0,0
85 - 94	56	56	100,0	0	0,0	0	0,0
>94	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0
Total	446	369	82,7	58	13,0	19	4,3

ⁿ Una estimación por intervalo de confianza permite concluir, con un grado de confianza determinado (generalmente del 95%), que el valor real de cobertura en la población bajo estudio, se encuentra comprendido entre dos valores (los límites del intervalo) que se calculan a partir de los datos muestrales.

Fuente: Henderson, R.H., Sundaresan, T. (1982) Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Bull Who 60 (2) pp.253-260.

Los mismos autores evaluaron también la performance del método a través de un modelo simulado de 150 encuestas muestrales en cada una de 10 comunidades hipotéticas, con niveles de cobertura de vacunación entre 60% y 87%. Los resultados fueron considerados también satisfactorios ya que 98,6% de las estimaciones plantearon una precisión estadística entre $\pm 10\%$.

En un intento por profundizar en aspectos metodológicos y operativos particulares de las 60 encuestas consideradas por Henderson y Sundaresan, se logró reunir la bibliografía correspondiente de 33 de estas experiencias (34). A partir de un análisis de este material, se puede concluir a modo de síntesis:

Respecto del **diseño metodológico**,

- Las encuestas analizadas fueron aplicadas a poblaciones de tamaño variable, oscilando entre 47.233 y 15.628.000 habitantes^o. Sin embargo, para el caso de regiones de gran magnitud poblacional, no se constató el empleo de un método de muestreo multietápico y estratificado, tal como es recomendado por el PAI (35).
- Los criterios de inclusión de casos en cuanto a rangos de edad fueron variables, siendo los más frecuentes 12 a 23 meses y 12 a 35 meses, utilizados en 18 y 6 encuestas respectivamente.

Las principales argumentos explicitados para definir el rango entre 12 y 23 meses fueron que:

- Facilita el control del esquema de vacunación.
- Refleja las actividades de vacunación llevadas a cabo durante el año anterior.
- Existe mayor probabilidad de que el carné esté disponible en el momento de la encuesta.
- Se minimizan los sesgos debidos al movimiento poblacional.

En aquellas experiencias en que se utilizó un rango de edad más amplio (12 a 35 meses), los fundamentos en cambio aludían a que:

- Se disminuyen los costos en poblaciones muy dispersas.
- Se facilita la localización del total de niños durante un día de trabajo.
- Una de las experiencias puso en evidencia la necesidad de recurrir a distintas fuentes con el objeto de construir el marco muestral, como lo observado en Papua New Guinea (Islas del Pacífico) donde se utilizaron datos censales y mapas, y un listado de los impuestos en los conglomerados para seleccionar el hogar de partida.
- Considerando las características propias de la región, en Botswana (sur de África), se modificó el diseño para la selección de los hogares de partida: comenzando desde el centro del pueblo, una primera selección aleatoria fue la de la dirección a recorrer (norte, sur, este u oeste) y, posteriormente, la del primer hogar a encuestar.
- No obstante los recaudos metodológicos, se observaron ciertos errores en términos del tamaño de muestra y de la inclusión de niños que no cumplían con los criterios establecidos.

o El método requiere como mínimo una población de 30.000 personas.

En relación con los **aspectos operativos**,

- Las fuentes de información utilizadas fueron variables: carné de vacunación, cicatriz de vacunación para BCG y antisarampionosa, memoria o recuerdo de la madre y registros de vacunación en centros de vacunación.

La disponibilidad del carné fue observada, en promedio, en un 44% con un rango de variación del 2% al 90%, señalando la problemática que se presenta en todas las encuestas al utilizarlo como fuente de información. En Burma y Sri Lanka (sur asiático), donde el carné fue presentado en un 30% y 60% respectivamente, se evaluó la validez de la historia proporcionada por la madre cuando el carné estaba ausente, verificándose la presencia de la cicatriz de BCG en todos los casos. La cicatriz se encontró en el 99% entre quienes tenían el carné y en el 96% de los que dieron solamente una historia de inmunización. Esta diferencia permitió aceptar como válida la información proporcionada por la madre.

- Con el propósito de tomar medidas tendientes a mejorar la accesibilidad, implementar o mejorar las actividades de educación para la salud y fortalecer los servicios de vacunación, etc., la mayoría de las encuestas incorporó información adicional, principalmente acerca de los centros de vacunación donde concurren los niños y sobre las razones que invocaban las madres para explicar los esquemas de vacunación incompletos. Entre ellas se destacan las vinculadas a la organización de los centros de vacunación, disponibilidad de vacunas, comportamiento del equipo de salud encargado, etc. y las atribuibles al conocimiento materno acerca de los beneficios y efectos secundarios de las vacunas, obstáculos para acudir a los centros de vacunación, falta de motivación, etc.
- Si bien en la revisión no se encontraron justificativos para la gran variabilidad observada en el número de casas que debieron ser visitadas (472 en Congo a 1575 en Sri Lanka), una posible explicación radica en que dicho número podría estar relacionado con la estructura demográfica de la población, o sea, que frente a una estructura joven se requieren menos visitas domiciliarias para completar los 7 individuos que cumplen con los criterios de inclusión.
- Respecto de los recursos humanos y tiempo que demandó el trabajo en terreno, las experiencias en Ivory Coast, Congo, Rangoon North - Central y Kenya permiten concluir que la evaluación puede llevarse a cabo en 8 a 10 días cuando se dispone de un equipo de tres personas trabajando 6 horas diarias.
- Otro aspecto operativo que merece destacarse son una serie de divergencias observadas en cuanto a las instrucciones dadas a los entrevistadores durante su entrenamiento.

En cuanto a los **cálculos y resultados**,

- Los valores de cobertura se presentaron considerando las dosis y la edad del niño al vacunarse para despejar la aplicación de vacunas posteriores a la fecha establecida por el esquema en lo concerniente a DPT y Antipoliomielítica. De este modo, los resultados se exhibieron en términos del porcentaje de niños con vacunación completa para las citadas enfermedades o bien con cicatriz de vacunación para el caso de BCG y antisarampionosa.
- En unos pocos casos se hizo mención a la tasa de abandono, obtenidas a partir de la segunda y tercera dosis de DPT y Antipoliomielítica.
- Algunos autores fueron más exhaustivos en el análisis calculando hasta 6 valores distintos,

haciendo variar el numerador y denominador en términos del total de niños registrados: con carné, con cicatriz de vacunación, vacunados según consta en el carné, vacunados según consta en el carné o confirmación materna, revisados, revisados con carné, con cicatriz de vacunación y constancia de vacunación.

Propuesta no probabilística: "Monitoreo rápido"

Básicamente pensado como instrumento de supervisión, el **Monitoreo rápido** (36) no es una encuesta de cobertura, por lo que sus resultados no son generalizables a la población del área en estudio.

El Monitoreo rápido ha sido desarrollado por la División Vacunas de la OPS / OMS, no habiéndose hallado las correspondientes referencias documentales que acrediten su aplicación, por lo que se presume se encuentra en una etapa exploratoria.

Su principal objetivo es analizar la concordancia entre los datos de cobertura disponibles en un Centro de Salud y los resultados a obtener en la instancia puntual de evaluación en un momento dado, o sea, por el monitoreo en terreno.

Los criterios que orientan la selección de manzanas y el primer hogar de partida responden a la necesidad de indagar la situación de cobertura en sectores que se presumen como críticos, de difícil acceso al centro de vacunación, alejados de las calles principales, o bien donde es probable que los vacunadores hayan efectuado menos visitas. De haberse detectado casos sospechosos o confirmados de enfermedades prevenibles por vacunas, se suele apelar a la selección de manzanas aledañas a la residencia de estos casos.

Para su implementación sólo se requiere de un mapa donde se identifican las manzanas en estudio y el primer hogar de partida, así como una hoja de ruta para el control operativo del trabajo en terreno.

Siendo el carné de vacunación la fuente de información para valorar la situación personal respecto de las vacunas, se utilizan formularios e instructivos similares a los de la Encuesta 30x7, aunque excluyen una serie de aspectos vinculados al intento de una caracterización del área estudiada.

Operativamente, direccionando las visitas en el sentido de las agujas del reloj desde el hogar de partida seleccionado, se entrevistan 20 hogares con individuos de la edad requerida y con carné disponible. De no reunirse 20 hogares con ambas condiciones, el método recomienda proseguir la recorrida en la manzana más próxima.

Los datos obtenidos se sintetizan finalmente en una proporción, o sea, en un porcentual de vacunados teniendo por denominador al total de individuos con carné disponible.

Cuando los resultados del monitoreo no son concluyentes en términos de diferencias entre la situación observada y la información disponible en el Centro de Salud, se sugiere extender el trabajo en terreno, proyectándolo a otros sectores y siguiendo similares criterios operativos.

La viabilidad de la "Encuesta 30X7" y del "Monitoreo rápido" en el medio local

La utilidad de los métodos "Encuesta 30x7" y "Monitoreo rápido" para georeferenciar la información sobre vacunas, impulsó un estudio exploratorio en el medio local. Esto, con el objeto de valorar su viabilidad e impulsar su aplicación en el marco del proceso de descentralización de la gestión en salud impulsado por la Secretaría de Salud Pública. De este modo, contribuir a la medición, en áreas de interés, de los niveles de cobertura alcanzados por el Programa de Inmunizaciones en distintos momentos, complementando así los datos de notificación obligatoria, que actualmente demandan los registros nacionales con fines administrativos.

El estudio de viabilidad tuvo como ejes orientadores: la factibilidad de construcción del marco muestral, la aceptación de la población a este tipo de estudios, la disponibilidad de carnés de vacunación en poder de la población, etc. incluyendo además una estimación de los costos que demandan una y otra metodología en términos de recursos humanos y tiempo requeridos.

La experiencia fue realizada en el Distrito Oeste (DO) del Municipio de Rosario, que para el año 2000 contaba con 119.394 habitantes, con una densidad poblacional de casi 3.000 hab./km² (37).

El DO presenta grandes heterogeneidades internas, socioeconómicas y demográficas. Alrededor de un 23% de los hogares y un 25% de la población presentan Necesidades Básicas Insatisfechas, porcentaje que es muy superior al de la ciudad (13,5% y 15,5% en ese orden). Los asentamientos irregulares, cuyo número es importante y donde vive un 30% de la población total, son sectores que han experimentado un notable incremento entre 1990 y 2000. También se diferencian zonas de variable concentración poblacional, en términos de lotes ocupados por manzana. Aunque predomina una ocupación denominada media - el valor modal oscila entre el 50% y 74% de ocupación - existen otras áreas de características netamente rurales.

Si bien, la proporción de niños menores de 5 años en la población es de alrededor de 9% para las 4 seccionales policiales que integran total o parcialmente el distrito (38), el aporte de nacidos vivos fue particularmente importante en la seccional policial 19 para 1999, dando lugar a una natalidad de 27,0 por mil habitantes. Esta cifra resultó netamente superior a los valores de 16, 21 y 23 por mil observados en las restantes seccionales (39). Correspondiendo a este indicador, casi el 43% de la población de la seccional policial 19 carece de obras sociales o planes de atención de salud.

El DO cuenta con un total de 14 efectores ambulatorios de salud entre centros de salud municipales, centros comunitarios provinciales y vecinales con convenios municipales, careciendo de hospitales públicos. Los centros ambulatorios son los principales proveedores de vacunas a la población y en menor medida las farmacias y consultorios privados. La población apela a estas entidades a los efectos de las vacunas aunque se da también la concurrencia a centros de vacunación ubicados en distritos vecinos.

Rescatando la experiencia del estudio exploratorio, particularmente en lo referido a su implementación y ejecución, merecen destacarse sintéticamente los siguientes aspectos:

- La construcción del marco muestral para ambas etapas de muestreo (de conglomerados y de

viviendas bajo la metodología de Encuesta 30x7) demandó la consulta a una amplia variedad de fuentes de información^p, no siempre actualizada respecto de los cambios sobrevenidos durante 1990 - 2000 en términos del número de residentes, construcción de nuevas viviendas, calles, etc., implicando además un trabajo en terreno de observación directa. Se debió apelar, también, a la búsqueda de información adicional para realizar los correspondientes ajustes de listados, cartografía, etc.^q

- La identificación de las áreas a estudiar bajo la metodología de Monitoreo rápido supuso sucesivas consultas al Jefe del Sistema Municipal de Epidemiología, al Director de Atención Primaria en Salud y al Coordinador del DO de APS.
- Los criterios que orientaron la selección de las áreas críticas fueron los siguientes: sectores con viviendas precarias, alejadas de calles principales, con calles de tierra, sin transporte público, cuya distancia al Centro de Salud más cercano superaba las 15 cuadras, etc.
- Tomando como unidad de análisis a los niños menores de 5 años, se indagó acerca de todas las vacunas que provee el Programa Nacional de Inmunizaciones, siendo el referente empírico la información consignada en el carné de vacunación. Otros datos captados fueron los vinculados al vacunatorio principal o alternativo donde concurren habitualmente las madres, las principales causas de no vacunación de detectarse esquemas incompletos, etc..
- Tratándose de un estudio piloto, la ejecución de las visitas domiciliarias se limitó a las viviendas seleccionadas en dos manzanas contiguas, siguiendo las pautas del Monitoreo rápido.
- Las entrevistas fueron realizadas por un equipo de tres profesionales. Conducidas por la autora del trabajo, participaron dos médicos, un epidemiólogo del Sistema Municipal de Epidemiología y una pediatra-infectóloga del Programa Municipal de Inmunizaciones.
- Fue necesario recorrer 55 viviendas hasta reunir 7 niños con carnés disponibles. En 18 viviendas no se pudo concretar la encuesta: 4 de ellas eran viviendas desocupadas y en las otras 14 los habitantes no respondieron al entrevistador por lo que se presume se trataron de rechazos. De las 37 viviendas en que se logró el permiso de entrada, 27 fueron excluidas por no tener residentes menores de 5 años, por lo cual la encuesta se circunscribió a 10 viviendas cubriendo un total de 17 niños de esa edad. Sin embargo, sólo 7 de estos niños disponían de los carnés correspondientes.
- Bajo las características señaladas, las actividades en terreno demandaron en total una hora y media, lapso en que la mayor parte del tiempo los tres integrantes del equipo trabajaron en forma conjunta.

Conclusiones

A modo de cierre puede concluirse que ambos abordajes constituyen un valioso recurso metodológico, de rápida resolución operativa y de bajo costo, para retroalimentar a nivel local las

p INDEC, IPEC (Instituto Provincial de Estadísticas y Censos de Santa Fe), PRINEM, Departamento de Cartografía Digital de la Dirección General de Topografía y Catastro de la Municipalidad de Rosario.

q Servicio Público de la Vivienda, Área Desarrollo Urbano del DO y Dirección General de Estadística (D.G.E.) de la Municipalidad de Rosario.

acciones del programa de inmunizaciones.

En ese sentido, además del debido fortalecimiento de los procedimientos que utiliza rutinariamente el PAI, unificando criterios y proporcionando capacitación al personal sobre el registro del número de dosis aplicadas a los efectos de las "estimaciones administrativas", se recomienda implementar los dos métodos analizados, incorporándolos en distintos niveles dentro del programa en el ámbito local.

En cuanto a la Encuesta "30x7", se propone su implementación desde el nivel central de la ciudad coordinando las jurisdicciones provincial y municipal, ejecutándola semestral o anualmente en forma independiente en cada uno de los seis distritos descentralizados de Rosario, para posteriormente lograr una estimación para la ciudad en su conjunto. Estas estimaciones permitirían a las autoridades sanitarias del nivel central supervisar la marcha del programa en general y fortalecer las acciones en aquellos distritos que requieran una profundización de las actividades de vacunación.

En cambio, el "Monitoreo rápido de vacunación" podría ser utilizado por los profesionales de salud a nivel de cada centro de salud, como una herramienta de supervisión semanal o quincenal. De este modo, quienes están diariamente afectados a las distintas actividades de vacunación podrían intervenir de forma más dinámica y oportuna en aquellos sectores o manzanas que ostentan niveles bajos de cobertura.

La viabilidad de la aplicación de uno y otro método, en mayor grado la Encuesta 30x7, depende principalmente de un requisito de base inherente a cada estrategia, cual es el de disponer de información precisa y actualizada de la población a estudiar. En efecto, en el marco del proceso de descentralización, esto no debiera constituir un obstáculo ya que los efectores municipales se encuentran empeñados en producir registros epidemiológicos dinámicos y geo-referenciados de los sectores destinatarios de las acciones de salud en el ámbito de cada distrito, por lo que en un futuro inmediato la aplicación de estos métodos se vería facilitada.

Respecto de la presumible falta de cooperación observada por parte de la población para responder a la encuesta piloto y suministrar los datos, tampoco debería ser un obstáculo, de encararse estos estudios específicos sobre vacunas con una participación activa de la comunidad, integrándolos de este modo al modelo participativo de gestión en salud que impulsa la SSP.

Además, una plena participación de la comunidad también contribuiría a una toma de conciencia sobre la importancia de disponer de los carnés que acreditan las vacunas aplicadas – otro de los inconvenientes encontrados en la encuesta piloto –, facilitando así la realización del trabajo en terreno y permitiendo la obtención de datos más confiables.

Anexo

Tabla A: Calendario de vacunación de la República Argentina

Edad	BCG (1)	Triple Bacteriana (DPT) (2)	Antihaemophilus (Hib) (3)	SABIN (4)	Triple viral (SRP) (5)	Doble Adultos(d) (6)
Recién nacido	1º dosis*					
2 meses		1º dosis	1º dosis	1º dosis		
4 meses		2º dosis	2º dosis	2º dosis		
6 meses		3º dosis	3º dosis	3º dosis		
12 meses					1º dosis	
18 meses		4º dosis o 1º refuerzo	4º dosis o 1º refuerzo	4º dosis o 1º refuerzo		
6 años	refuerzo	2º refuerzo		2º refuerzo	refuerzo	
16 años						refuerz
Cada 10 años						refuerz

* Antes del egreso de la maternidad - (1) BCG: Tuberculosis - (2) DPT: Difteria Tétanos - Tosferina - (3) Meningitis - Neumonía - (4) Poliomieltis - (5) SRP: Sarampión - Rubéola - Parotiditis - (6) dTa: Difteria - Tétanos
Fuente: Normas Nacionales de Vacunación. Resolución 141/97. Publicado en "Boletín oficial N° 28.820. 1ª Sección".

Referencias bibliográficas

- (1) Vega, M.E. (1996) "Respuesta inmunológica a las vacunas" Cap.1 y "Normas y calendario de vacunación" Cap.4. En Vacunas: Niños, Adolescentes y Adultos (pp.48-50, 188-189). Buenos Aires.
- (2) Hinman, A.R., Orenstein, W.A., Bart, K.J., Preblud, S.R. (1992) "Inmunización" Sec.C Cap.296. En Mandell, G., Douglas, G., Bennett, J (Ed.) Enfermedades infecciosas: Principios y Práctica (3ª ed., pp. 2465-2466) Buenos Aires: Médica Panamericana.
- (3) Salleras, L.I. (1997) "Concepto, clasificación y características generales de las vacunas" Cap.1. En Sanmartí, L.I.S. (Ed.) Vacunaciones preventivas: Principios y aplicaciones (pp.3 y 4) Barcelona: Masson.
- (4) Batalla, J.Y., Fernández-Lara, N. (1997) Pautas de transporte, distribución y conservación de las vacunas, Cap.29. En Sanmartí, L.I.S (Ed.) Vacunaciones preventivas: Principios y aplicaciones. (pp. 543-551) Barcelona: Masson.
- (5) OPS / OMS. La Erradicación del Sarampión: Guía práctica. Cuadrerno técnico N° 41. Washington CD: OPS / OMS, 1999 citado por Salazar, R en Estrategia frente al Sarampión. Revista Investigación en Salud Vol. 5 - N° 1 y 2, Rosario, Enero - Diciembre 2002, pág. 99.
- (6) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Gobierno Argentino. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. (1992) Estudios para el diseño de políticas públicas. Tomo1. Buenos Aires.
- (7) Dirección de Epidemiología. (1996/1997) Boletín Epidemiológico Nacional (pp. 9) Buenos Aires.

- (8) Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2000) Evaluación multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunización: Argentina. (pp. 27-32). Buenos Aires.
- (9) Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Provincia de Santa Fe. Resolución N° 221 y 212. Santa Fe, 8 de Marzo de 1995.
- (10) Dirección de Atención Primaria y Departamento de Estadística. (2000) Indicadores Año 2000. (pp. 51,52). (Disponible en Secretaría de Salud Pública dependiente de la Municipalidad de Rosario, Rioja 2051 CP 2000).
- (11) Bernard, A.M., Balparda, L. (1999) Perfil de la vacunación según los registros en las historias clínicas. Trabajo N° 46 presentado en el 9° Congreso La salud en el Municipio de Rosario "La Salud y La calidad de vida en la ciudad". 2° Premio. (pp. 77) (Disponible en Secretaría de Salud Pública dependiente de la Municipalidad de Rosario, Rioja 2051 CP 2000).
- (12) Secretaría de Salud Pública. (2001) Evaluación del cumplimiento del Esquema Básico del Programa Ampliado de Inmunizaciones en Centros de Salud Municipales del Distrito Sudoeste de la ciudad de Rosario. Diciembre 2001. (Disponible en Secretaría de Salud Pública dependiente de la Municipalidad de Rosario, Rioja 2051 CP 2000). Mimeo.
- (13) Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2000) Evaluación multidisciplinaria del Programa Nacional de Inmunización: Argentina. (pp. 34-52). Buenos Aires.
- (14) WHO UNICEF review of national immunization coverage, 1980-1999. Mayo 2001 http://www.who.int/vaccines-surveillance/WHOUNICEF_Coverage_Review/. (29/10/2002)
- (15) OPS / OMS. División de vacunas. (2000) Monitoreo rápido de vacunación antisarampionosa. Mimeo.
- (16) Fulginiti, V.A. (1995) Practical aspects of immunization practice. En Immunization in clinical practice (pp. 49-55) Philadelphia.
- (17) Vega, M.E. (1996) "Ley Nacional de vacunación N° 22.909", Apéndice 3. En Vacunas: Niños, Adolescentes y Adultos. (pp. 235-238) Buenos Aires.
- (18) Batalla, J., Carbó, M.J., Bayas, M.J.L. (1997) Registros de vacunaciones, Cap. 31. En Sanmartí, L.I.S (Ed.) Vacunaciones preventivas: Principios y aplicaciones. (pp. 585-594) Barcelona: Masson.
- (19) Vega, M.E. (1996) "Normas Mínimas para la habilitación de centros de vacunación", Apéndice 4. En Vacunas: Niños, adolescentes y adultos. (pp. 239-243) Buenos Aires.
- (20) INDEC. Acerca del INDEC. <http://www.indec.mecom.ar/conoce/queindec.htm> (22 Oct. 2001)
- (21) Ibidem 20.
- (22) Melchionna, N.G. (2000, Agosto) Origen, Presente y Futuro del PRINEM. Conferencia en el XXVIII Coloquio Argentino de Estadística de la SAE. Posadas, Misiones, Argentina.
- (23) Programa Ampliado de Inmunización, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Método de Evaluación del PAI. Módulo V Unidad 1 En Taller sobre Planificación, Administración y Evaluación. (pp.5-7).
- (24) Burkhalter, B.R., Miller, R.I., Silva, L., Burleigh, E. (1995) Tasas estimadas de mortalidad infantil, cobertura de vacunación y uso de sales de rehidratación en Guatemala: variaciones según distintas fuentes. Bol Oficina Saint Panam 118(5), pp. 379-402.
- (25) Idem 23.
- (26) Plans, P., Salleras, L.I., Vidal, J. (1997) "La seroepidemiología en la planificación y la evaluación de los programas de vacunaciones" Cap. 34. En Sanmartí, L.I.S. (Ed.) Vacunaciones preventivas: Principios y aplicaciones (pp. 617-622) Barcelona: Masson.

- (27) Lemeshow, S., Taber, S. (1994) Muestreo para garantizar la calidad de los lotes: estrategias de muestreo simple y muestreo doble. Bol Oficina Sanit Panam 117 (2) pp. 142-163.
- (28) Idem 14.
- (29) Henderson, R.H., Sundaresan, T. (1982) Cluster sampling to assess immunization coverage: a review of experience with a simplified sampling method. Bull WHO 60 (2) pp. 253-260.
- (30) Ibidem 29.
- (31) Bennett, S., Woods, T., Liyanage, W.M., Smith, D.L. (1991) A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. Wld hlth statist quart 44 (3), pp. 98-106.
- (32) Expanded Programme on Immunization. Lot Quality Assurance survey to assess immunization coverage. Wkly Epidem. Rec. 70 (37): 261-268 (1995).
- (33) Idem 29.
- (34) Expanded Programme on Immunization. Evaluation and Immunization Coverage. Wkly Epidem. Rec. 54 (25): 193-194 (1979); 54 (29): 221-223 (1979); 54 (35): 265-266 (1979); 54 (50): 385-386 (1979); 55 (9): 66-67 (1980); 55 (18): 132-133 (1980); 55 (24): 177-179 (1980); 55 (32): 244-245 (1980); 55 (39): 297-300 (1980); 55 (42): 321-323 (1980); 55 (43): 329-330 (1980); 56 (12): 89 - 90 (1981); 56 (14) : 109 - 110 (1981); 56 (15) : 114 (1981); 56 (28): 220 - 221 (1981); 56 (29): 227 - 228 (1981).
- (35) Idem 32.
- (36) Idem 15.
- (37) Municipalidad de Rosario - Secretaría de Hacienda y Economía - Dirección General de Estadística. Informe Estadístico N° 1 (2000).
- (38) Programa de Descentralización y Modernización. Secretaría General. Municipalidad de Rosario. (1996). "La Descentralización en la ciudad de Rosario".
- (39) Idem 37.

Bibliografía general

- Lemeshow, S., Robinson, D. (1985) Surveys to measure programme coverage and impact: a review of the methodology used by the expanded programme on immunization. Wld hlth statist quart 38 (1) pp. 65-75.
- Moreno-Altamirano, A., Lopez-Moreno, S., Corcho-Berdugo, A. (2000) Principales medidas en epidemiología. Rev. Salud pública de México 42 (4), pp. 337-348.
- Presta, R. (1967) El análisis demográfico: métodos, resultados y aplicaciones (pp. 108). México: Fondo de Cultura Económico.
- Salazar, R., Liborio, M., Alvarez, R., García, C., S., Nemeth, S. (2000, Septiembre). El trasudado mucoso oral para la detección de IGG Antisarampión. Poster N° 579 presentado en el 32° Congreso Argentino de Pediatría. Salta, Argentina.
- Vega, M.E. (1996) "Vacunas en uso", Cap. 3. En Vacunas: Niños, Adolescentes y Adultos. (pp. 88) Buenos Aires.

COMENTARIO

Al momento de la revisión de la tesina a los fines de su publicación en la Revista, el Programa Municipal de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario, informó sobre la experiencia reunida en la utilización de la metodología de Monitoreo rápido en distintas micro-áreas de Rosario en el período 2003-2005*.

Durante 2003 se efectuó el monitoreo en cuatro áreas consideradas a priori como críticas, con la participación de personal del nivel central de la SSP, con el asesoramiento correspondiente del Centro de Salud del área de referencia.

Esta primera experiencia condujo a un pleno reconocimiento a nivel local de la utilidad de estas prácticas para intervenir inmediatamente con actividades de vacunación focalizadas, al sostenimiento periódico de este tipo de estudios y a la necesidad de su proyección hacia otras micro-áreas sospechadas de niveles bajos de cobertura.

En el segundo año se constituyeron grupos de trabajo denominados "Patrulla", conformados por personal de Centros de Salud (enfermeros) y coordinados por un responsable del nivel central. De este modo se realizó el monitoreo en 10 áreas pertenecientes a la zona de influencia de otros Centros de Salud municipales. A partir de los resultados obtenidos (las coberturas de vacunación oscilaron entre 67% y 89%) y teniendo en cuenta ciertas características propias de la población (población migrante, asentamientos irregulares, detección de esquemas de vacunación incompleto, necesidad de información sobre vacunas y aparición de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus*) se implementó una modalidad de vacunación en terreno en las áreas donde la cobertura había sido menor al 80%.

Por último, durante 2005, reforzando aún más esta modalidad de trabajo, se realizaron 24 monitoreos rápidos de vacunación, certificando coberturas superiores al 80%, a excepción de dos áreas. En una de ellas se decidió repetir el monitoreo y en la otra se puso en marcha una posta de vacunación.

Estos antecedentes de aplicación del Monitoreo rápido en el ámbito de la SSP permiten concluir que esta modalidad de intervención constituye ya una práctica instalada en el Programa Municipal de Inmunizaciones, por lo que es previsible su progresiva ampliación a los distintos distritos de la ciudad.

Respecto de la Encuesta 30x7, está prevista su aplicación en el Distrito Oeste durante 2006 con la participación del Programa Municipal de Inmunizaciones, el Sistema Municipal de Epidemiología, estudiantes de la cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR y un post-graduado interesado en el tema para el desarrollo de la tesis final de la carrera de Epidemiología.

Comité Editorial

* Programa Municipal de Inmunizaciones. "Monitoreo rápido de la cobertura de vacunación en niños menores de 6 años en la ciudad de Rosario". Uboldi, A. y Caniglia, A.. Documento interno de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica

Aronna, A.*; Luppi, I.**

La evaluación en los servicios de salud ha despertado un creciente interés en los últimos decenios, como puede comprobarse en una extensa y variada literatura especializada en la que se reconoce ampliamente la dificultad de articular las respuestas organizadas por los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

El sistema de atención enfrenta, iniciado el siglo XXI, situaciones de salud que renuevan y profundizan desafíos de complejidad creciente. Como rasgos más salientes puede mencionarse el aumento en la esperanza de vida al nacer, junto a un fenómeno de envejecimiento de las poblaciones, la movilidad poblacional y una mayor concentración en conglomerados urbanos, con grandes sectores en condiciones de marginalidad y exclusión, las diferencias en los padrones de morbimortalidad a nivel regional e incluso local, el surgimiento de nuevas epidemias y la reemergencia de viejos padecimientos, la incorporación de tecnología y la expansión geométrica de los costos de atención, el boom comunicacional y las mayores expectativas de salud frente a la incapacidad para universalizar mejoras de atención.

La velocidad de los cambios plantea la necesidad de instrumentar formas rápidas de dar respuestas de carácter integral tanto a nivel de individuos con riesgos específicos de salud como de grupos que comparten determinadas condiciones de vida (1).

El proceso de transformación de los servicios de salud en función de las necesidades identificadas como prioritarias por los diferentes grupos poblacionales requiere de una enorme voluntad política y de equivalentes esfuerzos técnicos para orientar las acciones en salud en búsqueda de una mayor equidad.

Si se entiende por equidad una distribución de los recursos disponibles en los servicios de salud acorde a las necesidades reconocidas y detectadas, el papel y la práctica de la Epidemiología, como disciplina central de la Salud Pública, no debiera limitarse a la identificación de diferencias en los padrones de morbimortalidad y en los perfiles de salud de la población, de modo de asignar recursos en función de dichas necesidades, sino incorporar su perspectiva y modos de análisis a la evaluación de las repercusiones de las distintas opciones de intervención para evitar el desperdicio de recursos escasos(2). Es el carácter social y redistributivo que pueden asumir las actividades de salud el que obliga a optimizar el empleo de los recursos buscando maximizar los resultados que

* Secretaría de Salud Pública de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte.

** Instituto de la Salud Juan Lazarte

pueden ser alcanzados(3).

En la mayoría de los países se hizo evidente la necesidad de un proceso de evaluación sistematizado en función de los costos y de la complejización organizacional de los servicios y del trabajo médico, frente a un aumento constante de la demanda de atención(4). Los procesos de reforma del sistema de atención, junto con la incorporación sostenida de tecnologías al trabajo médico potenciaron los esfuerzos para instalar la evaluación como una parte intrínseca a la gestión de los servicios públicos de salud, como requisito de accountability y de modernización del Estado(5).

En el mismo sentido, la creación de organismos destinados a evaluar tecnologías en salud forma parte de un conjunto de medidas adoptadas por países como los Estados Unidos, Canadá, Francia, Australia, entre otros, para garantizar la racionalización de los gastos y brindar parámetros científicos a las expectativas crecientes de incorporación de intervenciones emergentes en salud(6). Desde un punto de vista práctico y operacional, un primer problema que enfrentan todos aquellos interesados en transformar la evaluación en una práctica cotidiana en los servicios de salud es la enorme diversidad terminológica encontrada tanto en los enfoques teóricos como en los posibles abordajes. Esta variedad se relaciona con la complejidad del objeto de evaluación así como con las diversas concepciones de salud y de práctica de los evaluadores. Tampoco existen acuerdos sobre una metodología ideal. Por el contrario, en la perspectiva actual se apela a la pluralidad metodológica en un esfuerzo por integrar parcelas de conocimiento y se recomienda recurrir a técnicas analíticas de producción y análisis de información cuantitativas y cualitativas, no entendiéndolas como conflictivas sino como posibilidades diferentes para manejar la especificidad de las acciones a evaluar (7)(8)(9).

Reconocer esta diversidad no sólo revela la complejidad de la evaluación, debido a la incertidumbre que caracteriza las relaciones entre los problemas de salud y las intervenciones susceptibles de resolverlas, sino también apela a la necesidad de clarificar conceptos, caminos y medios posibles para incorporarla en el día a día de los servicios de atención.

Con respecto a las definiciones propuestas, existe consenso en considerar que evaluar es fundamentalmente emitir un juicio de valor sobre una intervención o alguno de sus componentes para sustentar una decisión; juicio de valor basado en el análisis de las condiciones existentes, de los procesos de trabajo, de los resultados obtenidos en relación con condiciones ideales y resultados perseguidos. Se entiende como intervención la utilización de un conjunto de medios, físicos, humanos, simbólicos, financieros, organizados de una forma particular en un contexto y momentos específicos para producir bienes o servicios orientados a modificar una situación dada, que se reconoce como problemática.

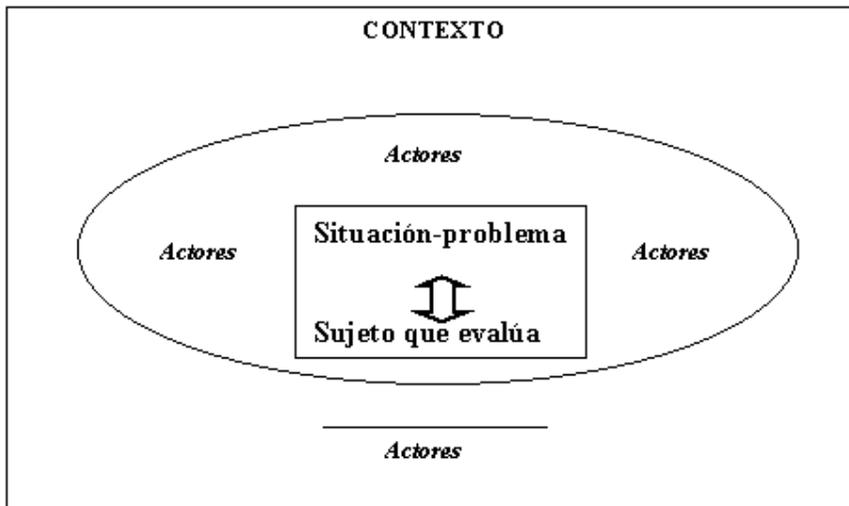
Puede ser conveniente precisar que si bien en la terminología suelen diferenciarse los conceptos "evaluación" de "monitoreo", refiriendo el primero a una reflexión sobre la acción en un momento determinado y el segundo a un seguimiento en el tiempo de las actividades, se concibe a la evaluación como una práctica de salud de carácter permanente e inherente a la gestión, que busca mejorar las actividades en curso y está orientada tanto para la toma de decisiones como para el aprendizaje en una organización.

La evaluación como proceso es muchas veces mencionada pero no igualmente incorporada

con ese carácter a nivel de la gestión de los servicios de atención. Por tratarse de una práctica, podría decirse a semejanza de la investigación, que difícilmente sea factible "enseñar a evaluar", menos pretender resumirla en un conjunto de etapas, tareas y metodologías a aplicar. No obstante, es posible contribuir a fortalecer su desarrollo en el campo de la salud a partir de comprender cómo es el proceso de evaluación, su naturaleza, en qué circunstancias se realiza, a quiénes involucra, su finalidad. En ese sentido se procura identificar los elementos esenciales de una evaluación a manera de herramienta que pueda ser utilizada como guía de apoyo para su incorporación en el día a día de la gestión de los servicios de salud. Elementos que no deben pensarse como independientes sino formando parte de una secuencia que no es lineal, y que básicamente busca responder a preguntas tales como *¿qué evaluar?*, *¿quién evalúa?*, *¿para qué evaluar?*, *¿para quién se evalúa?*, *¿cómo evaluar?*, *¿cuándo evaluar?*.

Para avanzar en las respuestas a tales interrogantes se diferencia en primer lugar "el objeto de evaluación", con sus componentes constitutivos: la situación-problema, los actores involucrados, el contexto (Diagrama 1). En estrecha relación con la identificación del objeto de evaluación se plantean los criterios que se tendrán en cuenta, referidos tanto a características de las prácticas de salud como de su organización social. También los atributos o requerimientos deseables de la propia práctica de evaluación para asegurar su calidad y por último, los procedimientos para llevarla a cabo. Para comenzar:

Diagrama 1: El objeto de evaluación



a) Plantear una situación-problema como desencadenante del proceso evaluativo supone trascender una definición normativa de la evaluación, basada exclusivamente en la comparación de recursos empleados y su organización (estructura), los servicios o bienes producidos (proceso) y los resultados obtenidos con criterios establecidos. Esto no significa minimizar la utilidad conceptual de esta tríada si bien su propio autor alertó sobre sus límites por ser una versión simplificada de la realidad y en razón de la dificultad para su extrapolación por fuera del ámbito clínico para la cual fue diseñada.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Se reconoce en cambio, como primer elemento a tener en cuenta y como parte de un problema complejo inherente a la realidad que se pretende evaluar, el propio posicionamiento del sujeto evaluador, sujeto individual o colectivo, cuyos valores, ideología y lógicas hacen a la

identificación del propio objeto de evaluación³, a la selección de las actividades, a los componentes a priorizar y a su descripción, ya sea que interese evaluar prácticas de salud referidas al cuidado individual como intervenciones de otro grado de complejidad, a nivel de la organización del sistema de atención y de definición de políticas.

b) Se diferencian como segundo componente del objeto de evaluación los diferentes actores involucrados en las actividades reconocidas como problemáticas y pasibles de evaluación: responsables de la intervención, financiadores, agentes, destinatarios, usuarios, todos ellos con puntos de vista, intereses y objetivos diferentes, no siempre coincidentes ni explícitos, de allí que se reconoce a la negociación como parte inherente del proceso evaluativo(12) .

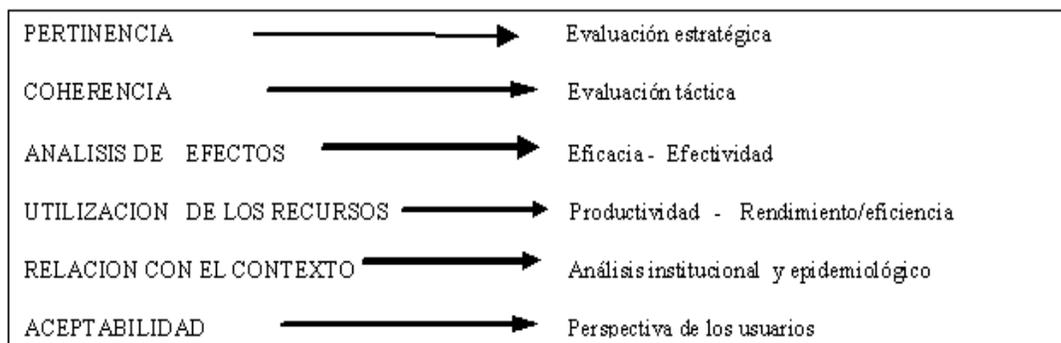
También se incluye a los tomadores de decisión, por lo que es necesario tener en cuenta cuáles son las preguntas que se hacen para sustentar sus decisiones y acciones para considerarlas en su especificidad. Se infiere que es menester plantearse con claridad el propósito práctico de la evaluación por cuanto si la misma no responde a los criterios sobre los cuales se basarán las decisiones significará tiempo perdido(13). La incorporación de los actores involucrados, sus concepciones y puntos de vista es condición no sólo para asegurar una real utilización de los resultados de un proceso evaluativo, sino también para lograr una mayor comprensión de la naturaleza y alcance de las intervenciones, en sus múltiples dimensiones. Esto significa un verdadero desafío que lleva a la necesidad de examinar todas las posibilidades metodológicas (14).

Sin un espacio de negociación, de concertación, será muy difícil contribuir a la adopción de decisiones, cualquiera sea el alcance de la intervención objeto de evaluación, ya sean decisiones de gestión, políticas, sociales. Asimismo deberá estar también vinculada a la definición de los cambios deseados, así como a la posibilidad real de llevar a la práctica dichos cambios. Este requerimiento es esencial, particularmente cuando se focaliza la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Los criterios para evaluarlo deberán establecerse por consenso. De no ser así, la polémica sobre los mismos tenderá a empañar los resultados de la evaluación y su posible apropiación por los responsables políticos y otras partes interesadas (15).

c) Incluir la dimensión del contexto supone reconocer la historicidad de los procesos en salud, su carácter social, económico y político en un momento y lugar determinados. Esto significa distanciarse de una concepción de la evaluación inspirada en los ensayos de laboratorio, donde se busca controlar variables contextuales, en pos de una evaluación orientada por una comprensión teórica (theory-driven) de las relaciones entre la intervención, el contexto y los resultados(16). Es en este análisis donde la interfase con la Epidemiología se potencia, ubicando a gestores y epidemiólogos frente a desafíos semejantes (17) .

La clarificación del objeto de evaluación está íntimamente asociada con la identificación de los criterios que se tomarán en cuenta, los que estructurarán las prioridades y énfasis a considerar en función de la finalidad perseguida. Pueden diferenciarse los siguientes: a) la pertinencia, b) la coherencia, c) el análisis de los efectos d) la utilización de los recursos, e) la relación con el contexto y f) la aceptabilidad (Diagrama 2).

Diagrama 2: los criterios - eje de la evaluación



a) La valoración de la pertinencia se establece en relación a la situación de salud a la que está dirigida la intervención. Algunos autores la designan como análisis estratégico y responde a preguntas tales como *¿hasta qué punto se justifica, es necesaria, la actividad realizada?, ¿es pertinente intervenir como se lo está haciendo en relación con otras intervenciones posibles?, ¿a qué criterios de prioridad responde?*. Pueden diferenciarse dos niveles de análisis, la concordancia política y la pertinencia teórica entre el enfrentamiento de una problema y los cursos de acciones diseñados para enfrentarlo (18).

b) La coherencia tiene que ver con la diferencia entre cómo se concibe la intervención y cómo es ejecutada. Se trata de un *análisis táctico* de la relación entre los objetivos de la intervención y los medios empleados que da lugar a interrogantes como *¿qué recursos fueron movilizados?, ¿qué instrumentos, qué tecnologías fueron empleados?, ¿las actividades, fueron las adecuadas, en cantidad, en calidad y en organización?*. Si la evaluación muestra que los resultados no son los esperados *¿qué debe modificarse?, ¿cuáles fueron los procesos que condujeron a tales resultados?*.

c) Los efectos de las acciones o prácticas sobre la situación de salud incluyen resultados tanto esperados como inesperados. Esto lleva a tener en cuenta en su evaluación la valoración de su *eficacia*, de su *efectividad*. Se define a la eficacia como los beneficios obtenidos en condiciones ideales, es decir en condiciones próximas a las experiencias de investigación de laboratorio, de los ensayos clínicos controlados. La *efectividad* en cambio no es un concepto en términos absolutos y refiere a los logros en condiciones reales de aplicación de una intervención. El primer concepto responde a la pregunta *¿puede funcionar el procedimiento o el servicio en cuestión?*, el segundo al interrogante *¿funciona?* (19). La diferencia entre eficacia y efectividad depende de las condiciones de aplicación de la intervención, representa / es la distancia entre su potencialidad teórica y los resultados de aplicación en los contextos específicos (20).

d) La evaluación de la utilización de los recursos para producir servicios contempla dos interrogantes *¿es posible producir más servicios con los mismos recursos? o bien ¿es posible producir la misma cantidad de servicios con menos recursos?*. Algunos autores recuperan estos interrogantes para analizar la productividad de una intervención. Para ello es necesario definir qué se entiende por producción, una tarea no sencilla en el área de la salud. Se busca diferenciar la utilización de recursos para producir servicios de soporte, intermediarios, de los servicios profesionales, los episodios de tratamiento, como resultados finales de una intervención. Cuando se amplía esta noción a la producción de efectos en salud, se propone el análisis de los efectos y se

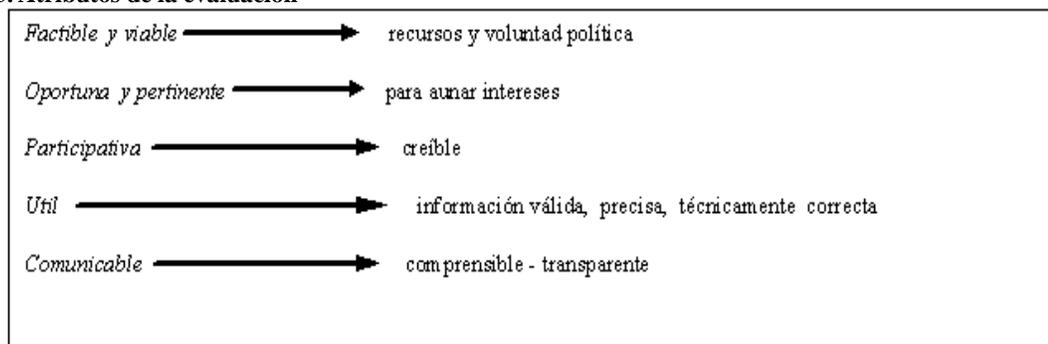
designa como análisis del *rendimiento* (o de la eficiencia) a aquél que consiste en relacionar el análisis de los recursos empleados con los efectos obtenidos (12). La *eficiencia*, es una medición de índole económica, por lo general expresada en términos de costo por unidad de resultado; el *costo-efectividad*, donde se combinan unidades monetarias y de ventajas de salud, expresadas habitualmente como costo por caso o muerte evitado, por año de vida ganado; el costo-beneficio, una medida del costo de carácter más general, orientada a determinar el valor de determinado impacto en salud expresado en valores monetarios.

e) La relación con el contexto comprende por una parte, el análisis del espacio institucional en el cual la intervención es puesta en marcha, el componente organizacional, la integración dinámica de los actores, la sinergia entre las características estructurales internas y sus objetivos particulares, la armonización de intereses y la participación en la toma de decisiones. Por otra parte, remite a la variabilidad en los resultados de las intervenciones cuando se realizan en contextos históricos y sociales diferentes, cuando están orientadas a satisfacer necesidades y problemas de salud de grupos sociales particulares, expresados en padrones de morbilidad y perfiles de salud diferenciales. Este análisis, que consiste en especificar el conjunto de factores que influyen los efectos de una intervención, es identificado por algunos autores como análisis de implantación (21)(12)(22).

f) La aceptabilidad, que se prefiere plantear en forma diferenciada del análisis anterior por su importancia en el logro de los objetivos perseguidos, refiere a la valoración de las expectativas sociales con respecto a la intervención, a las necesidades y valores de los usuarios o sus destinatarios.

A su vez, del análisis de los criterios-eje propuestos pueden establecerse atributos deseables para garantizar la finalidad de la evaluación y su calidad (Diagrama 3).

Diagrama 3. Atributos de la evaluación



La evaluación como toda intervención necesita ser factible y viable, es decir, requiere la asignación de los recursos para llevarla a cabo en forma permanente, así como de la voluntad política para realizarla. También debe ser útil, lo que se logrará en función tanto de su *oportunidad* como de su *pertinencia* en la identificación del objeto de evaluación, condición esencial para incorporar la disparidad y especificidad de los intereses y objetivos de quienes se espera fortalezcan sus cursos de acción a partir de los resultados. Asimismo, es menester que dichos resultados puedan ser comunicados en términos suficientemente *creíbles* y *transparentes*, para asegurar que puedan ser recuperados en el nivel de la decisión (13) .

En este sentido es recomendable que sea *participativa* y convoque a todos los actores

involucrados para lograr su implicación, que de no ser así puede incluso obturar la posibilidad de llevar adelante una evaluación. Se facilita de este modo una más estrecha relación entre sus resultados y las decisiones, expresadas en ajustes de procesos y actividades, al mismo tiempo permite desplegar su condición de práctica formativa y de aprendizaje para el mejoramiento de la gestión.

Esto no significa desechar que puedan realizarse evaluaciones "externas", a cargo de "otros" ajenos a la intervención, cuando la proximidad con las acciones ejecutadas dificulte tanto la traducción de los hechos como la eficacia en la transmisión de sus resultados. En uno u otro caso, la evaluación debe proporcionar información *adecuada y técnicamente correcta*, lo que hace a su *validez y precisión*. Para ello se recurrirá a las fuentes pertinentes y al empleo de técnicas cuantitativas y cualitativas apelando a sus respectivas potencialidades para la producción y análisis de información.

Cualquiera sea el enfoque, para instalar de manera efectiva la evaluación en los servicios de salud como práctica permanente es indispensable contar con *un registro continuado de las actividades, de sus productos y de las definiciones técnicas y políticas tomadas en su transcurso*. Por último, pero no lo menos importante, se impone la necesidad de definir con claridad qué tipo de resultados se aspira obtener con las intervenciones en salud, diferenciando la evaluación de los *efectos* logrados -como resultados intermedios- de *los resultados sociales* perseguidos en términos de las transformaciones en el espacio social de los grupos poblacionales, de sus niveles de salud, de la amplitud y calidad de la cobertura e impacto de las acciones realizadas, de los niveles de accesibilidad y utilización de los servicios de atención en función de necesidades, o sea en términos de equidad.

Cabe mencionar que en la iniciativa de la OPS para impulsar la evaluación de los sistemas de salud, basada en el cumplimiento de las funciones esenciales en Salud Pública, al destacarse la importancia de prestar atención a los objetivos intermedios de los sistemas se advierte que este esfuerzo no debe olvidar que dicha evaluación deberá realizarse siempre en función de los objetivos finales del sistema, es decir, de la mejora de la salud y de la calidad de vida de los individuos y las sociedades, que son en definitiva la razón de la existencia y del funcionamiento del mismo (23).

En este sentido, debe remarcarse la necesidad de fortalecer la inclusión de la Epidemiología en la gestión de los servicios de salud. No sólo por sus aportes en lo que refiere a la identificación y comprensión de los problemas de salud en la comunidad, base imprescindible para la formulación de propuestas de intervención, sino también para recuperar su perspectiva analítica, teórica y metodológica en la evaluación del consecuente impacto. Estos esfuerzos seguramente contribuirán a lograr un acercamiento más ajustado entre las necesidades y demandas de la población y el sistema de servicios de salud.

Referencias bibliográficas

- (1) Castellanos, P. L. (1987) "La epidemiología y la organización de los sistemas de salud" Publicación Científica N° 519 - Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias. OPS/OMS. Washington. Pág. 212-219.
- (2) Dussault, G. (1995) "La epidemiología y la gestión de los servicios de salud" Boletín

epidemiológico 16 (2): 1 - 5.

(3) Chorny, A. (1998) "Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes" Cuadernos Médico Sociales CESS/AMR 73: 23 - 44.

(4) Cesar C. L.G. & Tanaka, O. (1996) "Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na regio sudoeste da área metropolitana de Sao Paulo, 1989-1990". Cad. Saúde Pública 12 (Supl. 2): 59 - 70.

(5) Hartz, Z. M. A. (1999a) "Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready made". Cad. Saúde Pública 15 (2): 229 - 259.

(6) Contandriopoulos A. P; Champagne, F. D. J. L;Pineault, R. (1997a) "A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos" in HARTZ, Z.M.A. (org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Editora Fiocruz apud Matida , A. H & Camacho, L. A. B. (2004) "Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde" Cad. Saúde Pública 20 (1): 37 - 47.

(7) Chen, H. (1997) "Applying mixed methods under the framework of theory-driven evaluation". New Directions for Program Evaluations 74: 61 - 73 apud HARTZ, Z. M. A. (1999a) "Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready made". Cad. Saúde Pública 15 (2): 229 - 259.

(8) Hartz, Z. M. A. (1999b) "Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais" Ciencia & Saúde Coletiva 4 (2): 341 - 353.

(9) Luppi, I., Belmartino, S., Bloch, C., Boggio, G. (1993) "Investigaciones evaluativas en servicios de salud. Desarrollo metodológico de un proyecto en curso" Cuadernos Médico Sociales 64: 31-54.

(10) Donabedian, A. (1990) "The Seven Pillars of Quality" Arch Pathol Med: 1115 - 1118.

(11) Da Silva, L., Formigli, V. (1994) "Avaliação em saúde: Limites e Perspectivas" Cad. Saúde Pública 10 (1): 80 - 91.

(12) Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J., Pineault, R. (1997b) "La evaluación en el área de la salud: Conceptos y Métodos" (mimeo).

(13) Robirosa, M., Cardarelli, G., Lapalma, A. (1992) "Turbulencia y Planificación Social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado". UNICEF. Siglo Veintiuno. España Editores, S. A.

(14) Furtado, J. P. (2001) "Um método construtivista para a avaliação em saúde " Ciência & saúde coletiva V.6 nº 1:165 - 181.

(15) Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud Pública en las Américas Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington (CD).

(16) Chen, T. H. (1990) Theory-Driven Evaluation. Beverly Hills: Sage apud Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J., Pineault, R., (1997b) "La evaluación en el área de la salud: Conceptos y Métodos" (mimeo).

(17) Matida, A H. & Camacho, L. A. B. (2004) "Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde" Cad. Saúde Pública 20 (1): 37 - 47.

(18) Campoamor, M. (1992) Turbulencia y Planificación Social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado. UNICEF Siglo Veintiuno.España Editores, S. A.

(19) Abramson, J., H. (1990) Métodos de estudio en medicina comunitaria. Ediciones Díaz Santos.

(20) Perez Lazaro, J. J. & Alegria, J. G. (2001) "La medida de los resultados clínicos" Cuadernos Médico Sociales CESS/AMR 80: 5 - 16.

(21) Hartz, Z. M. A. (1993) "Evaluation du programme de santé maternelle e infantile dans une région du Nord-Est du Brésil" thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor. Université de Montreal (mimeo)

(22) Denis J.L., Champagne, F. (1990) "Analyse d'implantation" GRIS. Université de Montreal.

(23) Organización Panamericana de la Salud (2001) Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington citado por OPS (2002) La Salud Pública en las Américas Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington.

Normas de publicación

1. Secciones:

La Revista contempla las siguientes posibilidades de publicación:

- Editoriales: posiciones personales sobre temas de actualidad.
- Artículos originales: trabajos de investigación originales en el campo epidemiológico y de servicios de salud.
- Comunicaciones breves: informes preliminares de trabajos de investigación en curso, experiencias de campo, etc., que por la temática y/o la metodología de abordaje puedan aportar a una reflexión crítica del proceso de gestión en el Sistema de Salud.
- Relatos de experiencias: informes sobre proyectos de intervención/acción dirigidos a la promoción o prevención de la salud, gestión o asistencia a pacientes o a la comunidad, en el marco de las actuales concepciones en salud pública, nuevos modelos de organización de la asistencia, etc.
- Revisiones y/o actualizaciones: sobre enfoques y/o avances científicos y tecnológicos con amplias referencias bibliográficas.
- Opiniones: opiniones calificadas sobre tópicos específicos en salud pública.
- Información: sobre cursos, jornadas, congresos nacionales e internacionales relacionados con la temática de la salud y listados de tesis/tesinas aprobadas en el lapso de las publicaciones.
- Cartas al Comité Editorial: notas cortas conteniendo posiciones críticas u observaciones teórico-conceptuales, de campo o laboratorio, etc. a artículos publicados en ediciones anteriores de la revista.

2. Normas generales de publicación.

La presentación de trabajos se ajustará a las siguientes pautas generales:

- Original y dos copias, escritos con procesador de texto a doble espacio (Word) y diskette correspondiente.

- Idiomas: castellano o portugués. Resumen, cuando corresponda, en el idioma del artículo y en inglés (summary).

- Portada: incluirá el título del trabajo, nombres y apellidos completos del/os autor/es.

Al pie, con asterisco identificador, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo. Indicar además, dirección / teléfono/ fax / E-mail para dirigir la correspondencia; por defecto serán incluidos en la publicación de no mediar indicación en contrario. Señalar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

Finalmente, indicar las palabras clave en número de 5 como máximo.

- *Bibliografía*: La bibliografía correspondiente a todo tipo de sección será presentada en hoja aparte.

Las citas serán numeradas por orden de aparición en el texto e incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en Index Medicus. En el texto, las citas serán mencionadas por sus números entre paréntesis y en el diskette por superíndices. En la lista de referencias, las revistas, los libros y los capítulos de libros, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

a) *Referencia de una Revista:*

Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J. Public Health 1998; 3 (3): 188-196.

b) *Referencia de un libro:*

Capowski JJ. Computer techniques in neuroanatomy. New York: Plenum Press, 1989.

c) *Referencia del capítulo de un libro:*

Laurell, A.C. Impacto das politicas sociais e económicas nos perfis epidemiologicos. En: Barradas Barata, R.; Lima Barreto, M.; Almeida Filho, N.; et al, editores. Equidade e Saúde. Contribuicoes da Epidemiologia. Serie Epidemiologica, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1997.

Las referencias deberán ser verificadas por los autores en base a los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

- *Agradecimientos:* Cuando corresponda mencionar Agradecimientos, su ubicación precederá a la bibliografía; si cabe se citarán: a) contribuciones que no lleguen a justificar una autoría; b) reconocimientos por ayuda técnica; c) aportes financieros.

En caso de mención de nombres por asesoramiento, provisión de datos, revisión critica, etc., los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas, dado que el lector podría inferir su acuerdo con los propósitos, resultados y conclusiones del trabajo.

2.1- Artículos originales

Cada componente del informe deberá presentarse en página aparte manteniendo el siguiente orden:

a) *Portada:* siguiendo las normas generales

b) *Resumen:* en castellano o portugués según sea el idioma de la presentación y summary en inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberán incluir sintéticamente los aspectos que se detallan en el informe, a saber: introducción con sus objetivos, metodología, resultados y discusión y/o conclusiones.

Al pie de ambos resúmenes (castellano e inglés) deberán figurar las palabras clave (máximo 5).

c) *Desarrollo del informe:* Siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, no deberá exceder de veinte (20) páginas tamaño A4, incluyendo el detalle de los capítulos centrales mencionados para el resumen y summary es decir: introducción con sus objetivos, metodología, resultados, discusión y/o conclusiones, aportes y contribuciones.

Se aceptará el empleo de abreviaturas de uso universal, como las unidades de medida y tal como ellas deben expresarse, así como otras formuladas a criterios del autor. Estas últimas serán indicadas inicialmente entre paréntesis, al momento en que por primera vez las palabras de referencia son mencionadas en el texto.

d) *Bibliografía:* de acuerdo con las pautas establecidas en general para la presentación de trabajos.

e) *Ilustraciones:* Comprende la presentación de tablas, gráficos, dibujos y fotografías para expresar más objetivamente ciertos aspectos/resultados significativos del texto, no constituyendo una repetición de lo presentado en el mismo. Se aceptará como máximo un total de ocho (8) tablas y/o gráficos y hasta tres (3) fotografías. Dado que las tablas, gráficos y fotografías serán presentados en anexos, en el desarrollo del informe se deberá indicar, con espacios en blanco, el lugar más apropiado para la inserción de los mismos.

Cada una de las formas de ilustración utilizadas deberá tener una numeración correlativa, expresada en números arábigos. Los títulos serán consignados en la parte superior, en tanto que al pie se

indicarán la fuente de información, si ésta no es original del trabajo, las abreviaturas, unidades de medida y otras aclaraciones posibles.

Las Figuras (gráficos o dibujos, fotografías en blanco y negro) han de emitir una reproducción adecuada y serán numeradas correlativamente con una inscripción al dorso que permita identificarlas y una leyenda explicativa en hoja aparte. Las microfotografías han de incluir un marcador representado por una escala interna; además, los símbolos, flechas o letras que eventualmente se empleen, deberán contrastar debidamente con el fondo. Indicar el software de PC utilizado para la elaboración de tablas, gráficos y fotografías.

g) *Agradecimientos*: si los hubiere, de acuerdo a lo explicitado en normas generales.

2.2 - Comunicaciones breves

La presentación deberá incluir:

- a) *Portada*: siguiendo las normas generales, haciendo mención si el trabajo fue presentado en eventos científicos (Congresos, Jornadas, etc.)
- b) *Desarrollo del informe*: Con una extensión no mayor a ocho (8) páginas, éste deberá contener:
 - Una introducción con los fundamentos teórico-conceptuales que impulsan el trabajo y el marco contextual de aplicación.
 - Un desarrollo con objetivos, elementos metodológicos y operativos, resultados y conclusiones preliminares derivados de la experiencia. Se incluirá un máximo de 3 tablas o gráficos, los que se adjuntarán en anexo, indicando el lugar del texto en que se hace referencia a los mismos y siguiendo pautas similares a las mencionadas en e) para Artículos Originales.
 - La bibliografía será citada de acuerdo a las normas generales requeridas para los Artículos Originales, con un máximo de 15 referencias bibliográficas.

2.3 - Relatos de experiencias

Con una extensión máxima de 6 páginas, el informe deberá consignar:

- a) *Portada*: siguiendo las normas generales
- b) *Desarrollo del informe*: constará de una introducción con fundamentos teórico-conceptuales, contexto de aplicación, objetivos, elementos operativos y un cierre con reflexiones, conclusiones o recomendaciones preliminares de la experiencia.
- c) *Bibliografía*: siguiendo las normas generales.

2.4 - Revisiones y/o actualizaciones

Para la presentación de estos trabajos se considera una portada de iguales características que la de los Artículos Originales, con apartados de introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y, si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, uno final de discusión.

El texto tendrá una extensión máxima de quince(15) páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa posible, según las características del tema particular. No se requieren palabras clave ni resumen.

2.5 - Cartas al editor

Estarán referidas a artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deberán elaborarse siguiendo las pautas generales para la presentación de trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor a cuatro (4) páginas, ni exceder cinco (5) citas bibliográficas.

3.- Selección de los trabajos.

Los artículos serán evaluados en forma anónima por miembros del Comité Asesor Científico, quienes a su vez permanecerán anónimos. Ellos informarán al Comité Editorial sobre la conveniencia o no de la publicación de los artículos, como también sugerir algunas revisiones del texto, referencias bibliográficas, etc.

El Comité Editorial se reservará el derecho de rechazar trabajos que no se ajusten estrictamente a las normas señaladas o que no posean el nivel mínimo de calidad exigible con la jerarquía de la publicación. En estos casos los artículos serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que se estime conveniente, por razones de diagramación o espacio, los artículos podrán ser publicados en forma de resúmenes, previa autorización de los autores.

La responsabilidad de los contenidos, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponderá exclusivamente a los autores. La revista no se responsabilizará tampoco por la pérdida de material enviado. No se devolverán los originales una vez publicados.