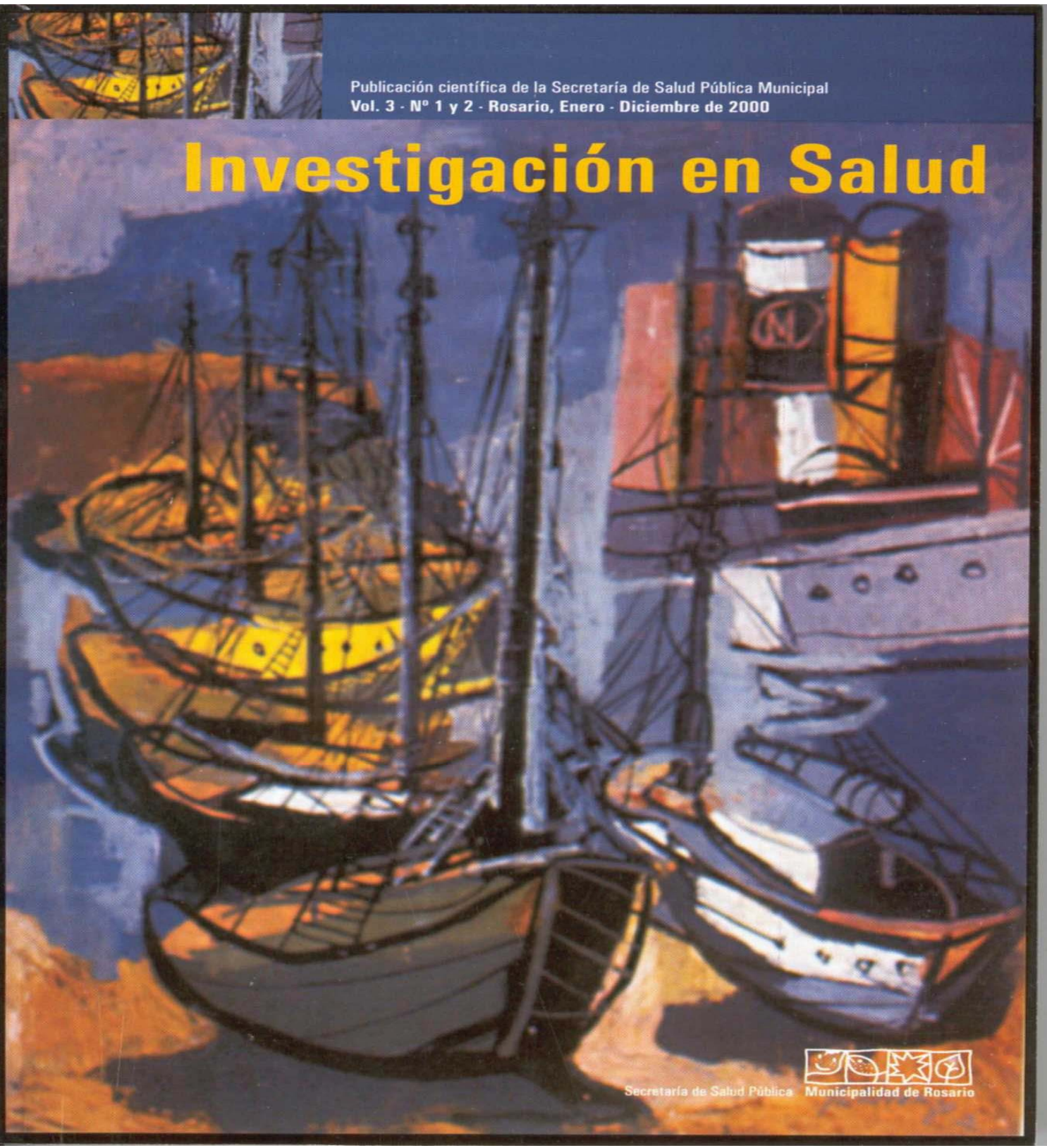




Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 3 - Nº 1 y 2 - Rosario, Enero - Diciembre de 2000

Investigación en Salud



Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Comité Editorial

Editora

Zulema C. Torres de Quinteros

Editora Asistente

Mónica M. Liborio

Editores Asociados

Alicia Aronna

Adriana Huerta

Dora Mantello

Beatriz Martinelli

Juan Carlos Paradiso

Alicia Rodríguez

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, Beatriz (Argentina)
Zaldua, Graciela (Argentina)

Colaboró en este Número la Bioq. Andrea Moro.

Editorial

El editor es el que tiene el poder
Totalmente extraordinario de asegurar la publicación,
Es decir de hacer acceder un texto y un autor
A la existencia pública, conocido y reconocido.
Esta suerte de "creación" implica
La mayoría de las veces una consagración,
Una transferencia de capital simbólico...
P. Bourdieu (Intelectuales, política y poder, EUDEBA, 1999)

La sociología de la ciencia -según Pierre Bourdieu- reposa en el postulado de que la verdad del producto reside en las particulares condiciones sociales de producción y que estas condiciones, con sus relaciones de fuerza, sus luchas, sus estrategias, sus intereses y sus ganancias revisten formas específicas.

En este número se ha introducido un espacio de publicación denominado "Relatos de Experiencias" para dar cuenta de proyectos innovadores de intervención/acción en el marco de las actuales concepciones de Salud Pública. La habilitación de este espacio responde a la decisión de difundir trabajos no sólo por el valor distintivo de su producto y por su originalidad, sino también por la relevancia de mostrar a nuestros lectores aquellos contextos donde se procesa, discute y construye un nuevo modelo de atención. Estos trabajos surgen de un escenario de inestabilidad social y económica, el cual, sin duda incide en las valoraciones afectivas y en el desempeño laboral de todos los que se encuentran en la línea de fuego de la cuestión social, en contacto con el dolor y el sufrimiento, y atravesados por incertidumbres en relación al propio destino personal.

En tal sentido, es fundamental reconocer que estos trabajos, aportan otras perspectivas desde donde leer la realidad, posibilitando entonces una reflexión crítica sobre nuestras prácticas, sobre las relaciones humanas que establecemos al interior de los equipos de salud y los grados de integración y articulación que poseemos en la construcción de la red.

Renovamos el compromiso de que la publicación refleje un amplio espectro de posiciones epistemológicas. Reconocemos en ese sentido, que nuestro campo científico se construye entre agentes desigualmente provistos tanto en lo que hace a las condiciones y a los recursos para apropiarse o estructurar un trabajo científico, como también en lo que refiere a las condiciones concretas de posibilidad de hacer visible aquello que permanece en la opacidad de la estructura del campo científico. Es por ello que desde el Comité Editorial se han encarado estrategias de trabajo conjunto para el logro de una mayor equidad en el campo científico del que todos intentamos ser constituyentes.

Índice

Opiniones

- [La investigación, una dimensión necesaria en las prácticas de salud. Experiencia de construcción colectiva.](#)
[T. de Quinteros, Z. y Huerta, A.](#)

Artículos originales

- [Mortalidad de mujeres en edad reproductiva. Una aproximación desde los certificados de defunción.](#)
[T. de Quinteros, Z., Huerta, A., Ruiz, L., Moyano, C., O'Toole, G., Liborio, M., Pendino, A. y Salarano D.](#)
- [Las instituciones para la infancia y la ciudadanía de niños/as y adolescentes. La implementación de políticas sociales para la infancia.](#)
[Llobet, V.](#)
- [El estrés asistencial en los servicios de salud.](#)
[Di Liscia, M., Huerta, A. y Gutierrez, L.](#)
- [Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario.](#)
[Camponovo Meier, O. y Morín Imbert, P.](#)
- [La desnutrición infantil: un desafío permanente para el equipo de salud.](#)
[Bernard, A., Podestá, L., Gutierrez, E., Balparda, L., Toledo, A. y Manfred, A.](#)
- [La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización. Acerca de un centro de salud de atención primaria desde la perspectiva de la población.](#)
[Díaz, A., Huerta, A., Rodríguez, A. y Telesco, C.](#)

Revisiones y/o actualizaciones

- [Algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y la salud.](#)
[Garrote, N.](#)

Comunicaciones breves

- [Diabetes: una forma alternativa de tratamiento en el Hospital I. Carrasco.](#)
[Bartolomeo, M. y Blanco, C.](#)
- [Estrategias alimentarias de familias con niños desnutridos recuperados de 1 a 5 años y 11 meses, del Barrio Las Flores Sur, bajo programa alimentario y control médico.](#)
[Adán, M., Alonso, H., Kussianovich, V. y Maltaneres, A.](#)
- [Las condiciones y el ambiente de trabajo: su relación con los procesos de salud-enfermedad en el personal de enfermería de un hospital público polivalente.](#)

Amigot, B. y Rasetti, B.

Relatos de experiencias

- Prevención de la violencia en un sector poblacional del Barrio San Francisquito de Rosario a través del dispositivo lúdico callejero en articulación con el trabajo con familias en vulnerabilidad psicosocial.
Bonesso, H., Broguet, C., Cavacini, A., Pellegrini, M. y Zampani, R.
- De la visión a la acción en una problemática de exclusión.
Oter, D. y Martinez, S.
- Diferentes modalidades de abordaje de la problemática del VIH.
Adán, M., Alonso, O., Broguet, C., Gioia, G., Godoy, N., Santoro, M. y Mena, S.
- Una alternativa posible cuando se precipita una lesión medular.
Felicioli, E. y Freiberg, S.

Conferencias

- Ciudades saludables.
Róvere, M.

La investigación, una dimensión necesaria en las prácticas de salud. Experiencia de construcción colectiva.

"A qualidade política -del conocimiento, según refiere el autor- aparece na necessidade de diálogo aberto irrestrito. O questionamento - que identifica como criterio principal de cientificidad -samente se sustenta como tal, se for politicamente desimpedido, ou seja, levado a efeito dentro de uma comunidade que aprecia a democracia da comunicação crítica.

Com isto, Habermas abriu a possibilidade de introduzir a democracia como parte necessária do processo científico. Não substitui a lógica, é claro, mas faz com ela uma conjugação mutuamente condicionante. A ciência não inova quando se torna oficial, porque, a partir daí, o interesse pela pesquisa cede ao da autodefesa. A polêmica civilizada, democrática, é o meio ambiente da ciência."

Demo, P. "Pesquisa e construção de conhecimento: Metodología científica no caminho de Habermas"

Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994
(Biblioteca tempo universitário; 96)

T. de Quinteros, Z.*, Huerta, A.**

Decíamos en oportunidad de la presentación de la Revista ante los concurrentes al VII Congreso "La salud en el municipio de Rosario" (Setiembre 1998) que considerábamos al lanzamiento de la publicación "Investigación en salud" como un hecho trascendente.

Trascendente, en primer lugar, porque, a la par de permitir la difusión de los avances científicos en salud, dando cabida a contribuciones de investigadores del país o del extranjero, nuestra premisa era *"otorgar prioridad a los trabajos de investigación de los profesionales de la Secretaría"* *convencidos que la Revista era un "instrumento idóneo para impulsar el crecimiento de la producción científica local"* [\(1\)](#)

Su trascendencia derivaba a su vez del "rol estratégico que le cabe a la actividad científica" bajo la perspectiva promovida por el Área de Investigación en Salud, "estrechamente ligada a contribuir con los actuales lineamientos de la gestión de la Secretaría de Salud Pública (S.S.P.), de alcanzar la máxima coherencia entre las necesidades de salud de la población y la asignación y utilización de los recursos, mejorando la eficacia, equidad y eficiencia de las intervenciones" [\(2\)](#).

Finalmente, *"por la capacidad analizadora de la realidad inmanente al proceso investigativo, por la incorporación de una actitud crítica sobre la práctica concreta de resultados de ese proceso, porque la producción científica es una actividad impulsora de una mayor racionalidad en las líneas de acción y en la toma de decisiones"* constituyéndose, en consecuencia, *"en una fuerza*

* Estadística Matemática. Coordinadora del Área de Investigación en Salud-Secretaría de Salud Pública-Municipalidad de Rosario.

* * Médica Psiquiatra. Master en Salud Mental. Investigadora del Área de Investigación en Salud - Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario.

movilizadora de los cambios y transformaciones que impone el nuevo modelo de atención de salud" (3).

Sin embargo, estábamos conscientes también que la publicación y su sostenimiento en el tiempo, suponía un verdadero desafío, teniendo en cuenta que sólo a partir de 1997 se habían dado los primeros pasos de un proceso sistemático de capacitación científica, en el que intentábamos además, abrir la perspectiva al campo epidemiológico y aplicado a servicios de salud, como áreas necesariamente prioritarias y hasta ese momento escasamente desarrolladas.

Hoy, a más de cuatro años de creación del Área de Investigación en Salud, caben formular algunas reflexiones sobre la experiencia reunida, las que surgen de un proceso de evaluación continua de nuestras actividades y que es inherente a nuestra dinámica de trabajo. Los logros alcanzados y el nivel de cumplimiento de los objetivos trazados, los elementos favorecedores y los obstáculos encontrados son objeto de permanente reflexión, práctica que entendemos es el camino adecuado para ir consolidando conceptualmente nuestro rol en la Secretaría de Salud Pública.

En ese sentido, podemos dar cuenta que entre 1997 y el año 2000, el Área ha desarrollado ocho cursos de Introducción a la Metodología Científica, cubriendo a 377 agentes de la Secretaría de las diversas disciplinas de salud, de un total de más de 600 aspirantes.

Como producto de esta actividad han surgido 66 proyectos de investigación, elaborados en equipos interdisciplinarios, cuyos objetivos refieren, principalmente, a caracterizar la demanda, necesidades de atención, accesibilidad y utilización de los servicios, evaluar nuevas modalidades de intervención, la oferta y gestión de los servicios y calidad de atención, analizar las condiciones y procesos de trabajo, etc. Esta orientación de los proyectos difiere sensiblemente de las temáticas abordadas por otros grupos de investigación, que demandan espontáneamente solicitando apoyo y asesoría del Área, que prioritariamente se centran en una línea de investigación biomédica o clínica. Estos grupos, cuyas investigaciones han tenido tradicionalmente un desarrollo autónomo dentro de la Secretaría, vinculados a la Universidad y otras instituciones del país o del extranjero, van reconociendo gradualmente la instancia del Área como referencia para consultas metodológicas.

La perspectiva que se impulsa desde el Área le confiere un rasgo de singularidad a nuestra experiencia de trabajo. En primer lugar porque el desarrollo de investigaciones en el campo de la salud y fundamentalmente de la Salud Pública, ha estado ligado en las últimas décadas a intereses extrasectoriales. De hecho, la introducción de nuevas tecnologías (drogas, equipamiento, etc.) suele presentar como rampa de lanzamiento el desarrollo de investigaciones en efectores públicos que otorgan una supuesta legitimidad a dichas tecnologías. En ese contexto, el rol de los efectores públicos suele quedar restringido a la mera captación y transferencia de datos que escasamente pueden ser aprovechados en la definición de líneas de acción prioritarias en el nivel local.

Por otro lado, existen escasos antecedentes sobre propuestas de trasladar el objeto de estudio al campo de los servicios de salud. Entre ellas, merece destacarse la llamada Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur (ISSS), surgida a partir de 1994 y actualmente apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). No obstante, los esfuerzos hasta ahora, se han centrado en categorías como "*eficiencia*" y "*sostenibilidad financiera*" de los sistemas de salud a nivel de la región. La "*efectividad y calidad*" de los servicios y la "*participación social*" que son otros de los principios rectores para el desarrollo de la investigación en este campo - según lo acordado en el Concejo de Ministros de Salud (OPS/95)-, no constituyen al momento ejes de

interés, pese a su rol estratégico por su aplicabilidad en los procesos de reforma sectorial, destinados a paliar la actual inequidad y exclusión en la provisión de los servicios, en particular de salud (4).

Los avances logrados por el Área en la promoción y formación inicial de investigadores en el campo de los servicios de salud, a nivel de meso y microgestión, señalan por contrapartida algunos obstáculos aún no resueltos y que se vinculan a las posibilidades concretas de ejecución de los proyectos y a la elaboración de los documentos finales.

La considerable proporción de proyectos que no supera la instancia de su presentación al sólo efecto de cumplir con el requisito principal de aprobación del Curso Introductorio, conforma un nudo crítico en el desarrollo de nuestros objetivos.

En este aspecto, consideramos que esta situación responde principalmente a dos importantes condicionamientos. Por un lado, el escaso reconocimiento por parte de los niveles directivos o de jefatura de los distintos ámbitos de trabajo acerca de la necesidad de integrar la práctica de investigación a la práctica de los servicios. Por otro, no menos importantes son las presiones de una demanda asistencial creciente hacia los efectores municipales como consecuencia de la crisis socio-económica, que dificulta el encontrar los tiempos adecuados para una reflexión en equipo.

A modo de legitimar este espacio de construcción del conocimiento articulado a las prácticas asistenciales, hemos intentado diversas estrategias como por ejemplo, fortalecer la vinculación con los Jefes de los Servicios en que se radican los proyectos, intensificando las actividades de apoyo y seguimiento a los grupos de investigadores con trabajos en curso y sosteniendo en el tiempo los denominados Seminarios-talleres de profundización metodológica, en abordajes cuanti y cualitativos, con la participación de docentes invitados del país y del extranjero.

Como una nueva vertiente de apoyatura a los proyectos e iniciativas planteados por los profesionales interesados en la actividad investigativa, se prevén para el corriente año una serie de jornadas para el análisis y discusión de las propuestas de investigación en curso, focalizadas en temáticas comunes y prioritarias en el marco de los ejes de desarrollo definidos por la S.S.P.

El proceso de capacitación y producción científica local impulsado por el Área que, en tanto proceso, está produciendo recién algunos primeros resultados tangibles, mantiene aún la vigencia de nuestra preocupación inicial acerca de la periodicidad comprometida en la publicación de la Revista.

Con vistas a su sostenimiento en el tiempo, esta preocupación ha derivado en la búsqueda de nuevos caminos para la recuperación de trabajos potencialmente publicables como los presentados a los Congresos anuales de Salud Municipal y distintas jornadas y eventos científicos, como así también los distinguidos con el Premio Anual instituido por la Secretaría de Salud Pública.

Este mecanismo de búsqueda activa ha complejizado la labor que desarrolla el Comité Editorial, sumándole responsabilidades hasta ahora ajenas a su función primordial de recepcionar los artículos presentados y evaluarlos en cuanto al cumplimiento de los criterios formales y de contenidos básicos, para su posterior distribución a los miembros del Comité Asesor Científica. Actualmente, entendido como un nuevo esfuerzo docente, asumimos la tarea de revisar los contenidos, forma y estilo de los documentos a los fines de la publicación, en un trabajo interactivo con los autores de las investigaciones recuperadas.

Esta tarea muestra ya evidencias positivas, especialmente en cuanto a la mayor presencia de

investigaciones locales en la Revista que ahora presentamos. En efecto doce de los quince trabajos que se incluyen aquí corresponden al ámbito municipal, relación sensiblemente más alta a la observada en las tres publicaciones anteriores.

Estos avances constituyen el mejor estímulo para seguir adelante en nuestra línea de trabajo, reafirmando a la vez la pertinencia de nuestros supuestos teóricos de partida acerca del rol estratégico del Área en relación con las políticas y el estilo de gestión de la S.S.P. Rol estratégico, decíamos, en el sentido de contribuir al desarrollo de un pensamiento crítico que lejos de subordinarse a un espectro de técnicas normatizadas, como garantía de validez en la producción de saber, problematice las condiciones históricas de emergencia de esas técnicas y la trama de relaciones de poder que, en el campo científico les otorgan legitimidad. Vale decir, se apuesta a generar una conciencia crítica que no desligue la producción científica del campo de producción en el que ésta tiene lugar (5).

En el marco de un cambio de concepción en lo referido a la formación de recursos humanos en el campo de la salud, resulta una meta jerarquizada la formación de profesionales que tengan el carácter de sujetos autónomos, con capacidad creativa y potencial transformador de la realidad. En tal sentido, se considera que una estrategia clave para el logro de esta meta, es resituar la investigación en una relación dialéctica con la praxis. El desarrollo del pensamiento crítico (y de esto se trataría fundamentalmente la práctica de la investigación) es lo que dará lugar a la producción de una "*Ciencia con conciencia*"(6). Ciencia con conciencia de su propia complejidad, es decir con conciencia de su íntima vinculación con el dispositivo social que da lugar a su emergencia, complejidad que no se recorta solamente a las cuestiones con las que trata la ciencia, sino ligada a los efectos que la ciencia produce en el contexto social y a las formas en que éste permea el cuerpo de la ciencia.

Como espacio generador de conocimientos científicos, rescatamos por lo tanto, la validez de conceptualizar al Área:

- Como herramienta para todos
- Como media idóneo para desarrollar una mayor capacidad analizadora de la realidad
- Como una práctica integrada al trabajo en salud
- Como estrategia de optimización de la calidad de atención y racionalización en la gestión de los servicios.

En cuanto a su desarrollo operativo, respondiendo a que el Área es entendida como un espacio de trabajo colectivo, de creación, consenso y compromiso, la orientación según una dinámica en RED ha demostrado ser la estrategia más adecuada para construir este camino hacia la producción científica local. En esta dinámica, que supone una transversalización de las actividades la democratización en el proceso de toma de decisiones, la figura del Comité Coordinador constituye la instancia fundamental para el análisis, discusión, elaboración y operacionalización de las propuestas de trabajo.

Haciéndonos cargo que el desafío actual en la formación del recurso humano en salud es construir la "capacidad de construir conocimiento científico", articulando la teoría y la práctica, la experiencia del Área plantea otros rasgos distintivos. Significa, en un aspecto, una crítica radical a los enfoques tradicionales de enseñanza, que implican la transmisión de información como estrategia privilegiada de enseñanza, en el marco de la cual los alumnos tienen el rol de meros

objetos receptores de la misma, a fin de reproducir un saber dado y sin posibilidades de construcción de nuevos conocimientos. El riesgo más significativo de esta modalidad pedagógica sería, siguiendo a Bourdieu, el *sesgo intelectualista* (7). Vale decir, el riesgo de conformar un escenario productor de sujetos meros 'intérpretes' de una realidad sin comprometer su saber técnico en la transformación de la misma. Sujetos asépticos, despolitizados, amparados en la ficticia legitimidad de un saber científico que se nombra a sí mismo como neutro, no contaminado. En su lugar, el compromiso a la vez ético y político del que parte el Área de Investigación es la de constituir un escenario productor de sujetos que sean capaces de concebir el mundo como una realidad compleja atravesada por problemas concretos, siendo ellos actores responsables de intervenir para transformar esa realidad.

En otro aspecto, se desmitifica la noción por la cual la investigación está reservada para unos pocos, que se trata de una actividad particular y propia de la universidad, entendida como lugar privilegiado de construcción del conocimiento.

Sin dejar de reconocer que la calidad del proceso de producción de los servicios de salud puede verse condicionada por las características del contexto organizacional, de los recursos disponibles, del perfil profesional, etc., nuestro supuesto es que depende en gran medida del comportamiento de los agentes de salud (8).

El proyecto social de introducir cambios reales en las condiciones de salud de la población de Rosario que impulsa la Secretaría, sólo puede ser sostenido por un recurso humano comprometido con un "*conocimiento innovador*", es decir, "*con una visión diferente de la ciencia como proceso de innovación permanente por la vía del cuestionamiento sistemático crítico y creativo*" (9).

En ese marco, las posibilidades de encontrar caminos competentes de intervención, o sea, de intervenir racionalmente en la realidad, dependen de una práctica sostenida del cuestionamiento sistemático, de la capacidad crítica y del desarrollo creativo, atributos éstos que son más fácilmente logrables a través de la capacitación científica como eje del proceso de formación profesional (10).

Referencias bibliográficas

- (1) Torres de Quinteros, Z. C. Presentación de la Revista "Investigación en Salud", VII Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario". Rosario, septiembre 1998.
- (2) Ibídem 1.
- (3) Ibídem 1.
- (4) López Acuña, D. Conferencia en el Seminario Regional de ISSS, Dir. Div. de Servicios de Salud, OPS. Río de Janeiro, abril 2000.
- (5) Bourdieu, P. "Intelectuales, política y poder". EUDEBA, 1999.
- (6) Mann, E. "Ciencia con conciencia". Ed. Bertrand Brasil, 1998.
- (7) Ibídem 5.
- (8) Dussault, G. "Gestão dos recursos humanos e qualidade dos Serviços de Saúde". Documento de trabajo, Escuela Nacional de Salud Pública (FIOCRUZ). Río de Janeiro, Mayo 1992.
- (9) Demo, P. "Pesquisa e construção de conhecimento: Metodologia Científica no caminho de Habermas". Río de Janeiro, Tempo Brasileira, Biblioteca Tempo Universitario, 96, 1994
- (10) Ibídem 9.

Mortalidad de Mujeres en edad reproductiva (Una aproximación desde los Certificados de Defunción)

T. de Quinteros, Z. *; Huerta, A. **; Ruiz, L. ***; Moyano, C. ****; O'Toole, G. *****; Liborio, M. *****; Pendino, A. *****; Salarano, D. *****

Resumen

Esta presentación corresponde a una primera etapa del estudio sobre la problemática de salud-enfermedad de mujeres en edad reproductiva desde la perspectiva de las muertes ocurridas en Rosario durante un año.

Utilizando todos los datos referidos a adultos consignados en los Certificados de Defunción se intentó relacionar los antecedentes socio-económicos, edad, lugar de residencia y de defunción, etc. de las mujeres fallecidas con los procesos patológicos que precipitaron la muerte.

La importante omisión de datos y la falta de confiabilidad en aquellos certificados no suscriptos por el médico tratante limitaron las posibilidades de una más satisfactoria caracterización epidemiológica del problema, conduciendo a un análisis particularizado de la calidad de los registros.

No obstante, los resultados generales permitieron comprobar que el patrón de mortalidad observado es coherente con otros estudios en áreas urbanas, en lo que refiere a las principales causas de muerte y al aumento de la proporción de muertes en relación directa con la edad. También, se identificaron puntos críticos de significación en el medio local como la alta incidencia de tumores de mama y suicidios en mujeres jóvenes, la emergencia de muertes por VIH/SIDA, el subregistro de las muertes atribuibles a lo materno, la importancia relativa que revisten las muertes ocurridas en domicilio, etc.

Estos hallazgos permiten replantear estrategias de intervención en lo inmediato, como asimismo definir determinadas líneas de investigación futura, en el marco del nuevo estilo de gestión que impulsa la Secretaría de Salud Pública Municipal, y, en particular, del Programa de Salud Integral de la Mujer.

* Estadística Matemática. Área de Investigación en Salud. Secretaría de Salud Pública (SSP). Municipalidad de Rosario (MR).

* * Médica Psiquiatra. Master en Salud Mental. Área de Investigación en Salud. SSP. MR.

* ** Pasante en Estadística. Área de Investigación en Salud. SSP. MR.

* *** Lic. en Estadística. Dpto. de Epidemiología. SSP. MR.

* ***** Médica Pasante. Dpto. de Epidemiología. SSP. MR.

* ***** Estadística. Especialista en Epidemiología. Dpto. de Epidemiología. SSP. MR.

* ***** Estadística. Dirección de Bioestadística. SSP. MR.

Palabras clave

proceso salud/enfermedad - patrones de mortalidad - mujer - certificado de defunción

Summary

This presentation corresponds to the first stage of the study into the fertile women's health-disease problems from the perspective of the deaths that took place in Rosario during a whole year.

An attempt to relate dead women's socio-economic antecedents, age, place of residence and death, etc. to the pathological processes that hastened their death was made using all the data taken from their Death Certificates.

The possibilities of a more satisfactory epidemiological characterization of the problem were limited by the significant omission of data and by the unreliability of those certificates that were not signed by the physician who assisted the deceased. This limitation led to a detailed analysis of the quality of the registers.

Nevertheless, the general results verified that the mortality pattern observed is in tune with other studies in urban areas, related to the main causes of death and to the increase in the proportion of deaths in close connection with age.

Critical points of importance in local environment, such as high incidence of breast tumour and young women's suicides, emergence of death from HIV/AIDS, subregister of death attributed to maternal causes, relative significance of deaths at home, etc. were also identified.

These results allow the immediate statement of intervention strategies as well as the definition of specific lines for future research, within the framework of the new management style that the Municipal Public Health Department is promoting and, particularly, of the Woman's Comprehensive Health Program.

Key words

health - disease process - mortality patterns - woman - death certificate

Introducción

La muerte se constituye en el evento final resultante de procesos de salud-enfermedad que sintetizan un conjunto de determinaciones que, operando sobre una sociedad concreta, producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud [\(1\)](#).

Expresado en otros términos, la mejor evidencia de la génesis social del proceso de salud-enfermedad y consecuentemente de la desigualdad ante la muerte, es la distribución diferencial en la población de los modos de enfermar y morir, que son el resultado de problemas sociales derivados de la falta de equidad, determinados a su vez por la estructura social y las características particulares del proceso histórico de desarrollo de las sociedades [\(2\)](#).

En este marco interpretativo general de las determinaciones y condicionantes sociales de la salud y la enfermedad, las acciones de salud pública [\(3\)](#) deben sustentarse en el reconocimiento de la existencia de grupos sociales con condiciones particulares de vida, diferentes concepciones y comportamientos en la vida cotidiana y diferentes representaciones acerca de los procesos de salud-

enfermedad. Este reconocimiento es fundamental no sólo porque explica modos singulares de enfermar y morir a nivel individual sino porque da cuenta de la configuración de espacios particulares que ameritan la implementación de estrategias específicas de intervención, si lo que se pretende son transformaciones reales orientadas a la optimización de las condiciones de salud de la población.

Bajo distintos enfoques teórico-metodológicos, los estudios sobre salud de las mujeres históricamente se han centrado excluyentemente en el estudio de la salud reproductiva. Su correlato ha sido que las políticas y las acciones en salud dirigidas a la mujer también se han focalizado prioritariamente en la esfera reproductiva.

Como antecedente en ese sentido, cabe rescatar la reseña efectuada por OPS/OMS [\(4\)](#) en relación con las causas de la mortalidad materna, reconociendo dos vertientes explicativas: la de la etiología clínica y la de los condicionantes sociales que sitúan a ciertos grupos de embarazadas en condiciones de alto riesgo. Desde el ángulo de la etiología clínica, se afirma que la mayor parte de las muertes maternas se agrupan bajo la denominación de "causas obstétricas directas", es decir, las que resultan de complicaciones del estado de embarazo (aborto, toxemia, hemorragia del embarazo y parto y las complicaciones del puerperio) como también, de intervenciones y omisiones relacionadas con tal estado, que aluden directamente a la calidad de las prestaciones asistenciales. Desde el punto de vista de los condicionantes sociales, las mujeres de clases sociales más bajas, de menor educación, en edades extremas de la vida reproductiva, con alta paridad, con antecedentes de patologías previas, constituyen grupos de alto riesgo, es decir, con mayor probabilidad de producción/ocurrencia de defunciones por el estado de embarazo.

Otras referencias que merecen destacarse son las vinculadas al Programa de Prevención de la Mortalidad Materna de la Universidad de Columbia [\(5\)](#) que publicó en 1994 un trabajo basado en una amplia revisión de investigaciones sobre mortalidad materna. Este trabajo focaliza en aquellos factores que afectan el intervalo entre la ocurrencia de la complicación obstétrica y sus resultados. Se parte de la premisa de que si un tratamiento adecuado es administrado prontamente, el resultado es usualmente satisfactorio. Los obstáculos para una intervención oportuna parecen centrarse en tres fases críticas concatenadas cronológicamente, que son: las demoras en la decisión de búsqueda de atención por parte de la mujer, en el acceso concreto a los servicios de salud y en la provisión de una atención adecuada.

En relación con los factores que afectan la utilización de los servicios de salud y el resultado de la atención, éstos se sintetizan en tres grandes grupos: a) factores socio-económicos y culturales, percepción de la severidad del problema, b) accesibilidad a los servicios de salud, en términos de distancia, facilidades de transporte y costos, tanto desde la propia percepción de la mujer como en cuanto a las características reales de la oferta de los servicios y c) calidad de la atención, también desde una doble perspectiva, la de la mujer, basada en experiencias previas sobre satisfacción con el servicio y con los resultados de la atención y en el interior de los servicios, dada por la cantidad y competencia del personal, la disponibilidad de equipos y suministros (sangre, drogas, terapia intensiva, etc.) y administración del cuidado en términos de diagnóstico y tratamiento.

En el mencionado trabajo se concluye que debe darse una gran prioridad a investigaciones de campo sobre el tema, las que aplicadas a distintos contextos permitirían develar la importancia relativa de los factores que conducen a demoras en la utilización de los servicios de salud, tanto en

cuanto a los que operan en las propias embarazadas según su propia percepción y realidad social, como en cuanto a la distribución de la oferta, modalidades operativas y calidad de atención de los servicios de salud.

La perspectiva integral que impulsa el Programa de la Universidad de Columbia, aunque centrado en la reducción de la mortalidad materna, supera una visión restringida a la sola causalidad etiológica de la problemática, incorporando un conjunto de factores sociales intervinientes, destacando en particular los atribuibles a la propia respuesta asistencial.

Con variantes propias de un análisis de los distintos procesos mórbidos que conducen a la muerte en mujeres jóvenes, los planteamientos anteriores conforman un marco apropiado para la construcción del objeto del presente estudio. En particular, para aquellas muertes consideradas evitables a la luz de los actuales conocimientos científicos y tecnológicos, de la disponibilidad de recursos, etc.

El sesgo, durante años, de una mirada científica y asistencial centrada exclusivamente en la salud reproductiva, responde a un imaginario social acerca de lo que se denomina la identidad femenina. Así, en el campo de la cultura de una sociedad patriarcal como la nuestra, ser mujer es ante todo indisociable de su función como reproductora. Se instala de este modo una legalidad supuestamente asentada en un carácter natural, esencial, que oculta el carácter histórico de la construcción de la noción de la femenino y lo masculino, que no es otra cosa que la historia de la construcción de determinadas relaciones de poder entre géneros, relación siempre asimétrica, en desfavor de la mujer" (6).

Siendo el género una de las tres fuentes que alimentan la inequidad en el mundo contemporáneo, conjuntamente con la económica o de clases y la ética, Breilh, J. (7) sostiene que "... La salud-enfermedad de varones y mujeres, se construye en medio de las contradicciones sociales y de las condiciones específicas de reproducción social. Determinaciones moduladas por las asignaciones de roles y valoraciones de género que los expone de manera diferencial a procesos protectores o destructivos, que van definiendo riesgos, capacidades de respuesta y efectos terminales..." "...La situación de género [...] como todo proceso social se establece entre el disfrute de bienes y soportes y el padecimiento de peligros y carencias... Un campo donde convergen múltiples determinaciones y se hacen especialmente visibles las contradicciones de género es el de la salud, especialmente cuando trascendemos el plano meramente individual de los padecimientos personales y ascendemos al plano colectivo donde se estudian las condiciones de salud de las poblaciones y grupos humanos, sean éstos las clases sociales o las etnias o los miembros de un determinado género".

En las últimas décadas comenzó a desarrollarse un interés diferente por aspectos concernientes a la salud de la mujer. Estudios que evidencian diferencias de género en la historia natural de las enfermedades y en la calidad de la atención médica han llamado a atención sobre desigualdades observadas en el cuidado de la salud de la mujer. Estos estudios demuestran que las mujeres desarrollan problemas de salud a lo largo de sus vidas que no son equiparables a los de los varones. Algunas enfermedades sufren modificaciones en su historia natural debido a factores biológicos y psicosociales inherentes a cada género; otras se presentan con mayor prevalencia o en forma exclusiva en la mujer y, por último, las mujeres tienen diferentes posturas en relación al uso de los recursos formales de salud (8). Siendo las principales usuarias de los servicios asistenciales, se destacan también en términos de la oportunidad del acceso a la consulta y del cumplimiento de las prescripciones médicas. Es necesario enfatizar, sin embargo, el planteo de algunos autores

involucrados en el estudio de la problemática de género, cuando sostienen que en el marco de las concepciones de salud de las mujeres, fundamentalmente de sectores populares, los hijos pequeños serían los únicos que "pueden enfermarse". El rol clave de estas mujeres en lo que hace a la reproducción de la vida familiar condiciona de alguna manera el "olvido" del propio cuerpo, cuerpo par tanto bloqueado a las percepciones, fundamentalmente a las percepciones de enfermedad (9). Cuerpo entonces postergado, cuerpo que debe esperar.

En cuanto a su impacto social, la muerte materna como también la de toda mujer en etapa reproductiva no es importante únicamente por su efecto sobre la mujer, sino por el impacto que potencialmente genera en la familia en que ocurre. Los efectos de la mortalidad materna en la familia deben ser evaluados tomando en cuenta los distintos roles que la madre desempeña en la familia y la sociedad. La mujer actúa como encargada del cuidado de la salud familiar y el funcionamiento del hogar. Además, y en forma creciente en las últimas décadas, la mujer brinda un importante aporte económico al ingreso familiar. Desde esta perspectiva, la muerte de la mujer implica la pérdida de un educador, un proveedor de cuidados de salud, un organizador de la vida cotidiana y un sustento económico. El hecho de que una madre muera en edad reproductiva dejando a menudo hijos huérfanos, hace patente las dimensiones del problema. En oposición a lo anterior, también hay evidencias de que una mejoría en la salud de la madre se traduce en mejores condiciones de salud y mayores expectativas de vida para sus hijas (10).

Desde el punto de vista asistencial, el evento muerte es un "efecto adverso", "un fenómeno que tiene un resultado desfavorable al logro de la misión de la Institución y se puede conceptualizar como una desviación de la realidad propuesta (11). Resulta crucial otorgarle el estatuto de "analizador" a partir del cual se pueda evaluar no sólo el proceso de atención, sino también el funcionamiento de toda la red de atención de salud.

Un abordaje que englobe el concepto de proceso salud-enfermedad-atención implica tomar cuenta de una trama de representaciones y de prácticas que abarcan el conjunto de nociones, categorizaciones y prescripciones que dan sentido y modelan las características de las prácticas sociales referidas a la enfermedad..." (12) así como la valoración de las formas organizativas y del proceso de atención de los Servicios, al mismo tiempo que de las condiciones de utilización del servicio por parte del usuario. Este tipo de abordaje traslada la mirada de lo epidemiológico tomando como base a la población - al nivel de los servicios y más íntimamente a la interfase pacientes-servicios, es decir, se centra en la población que ha efectivizado su demanda de atención. Esta perspectiva lleva a plantear la necesidad de sustituir el enfoque médico/paciente o servicios/demanda, por la consideración más amplia de la relación sistema de atención/población. Trascender el enfoque del individuo-paciente-portador de necesidades de atención y construir una perspectiva relacional que vincule la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población a cargo, supone incorporar la dimensión de los grupos o conjuntos sociales (13).

Evaluar en qué medida existe reciprocidad entre las necesidades del colectivo con la oferta de servicios (incluyendo a los grupos que acceden y no acceden a los mismos) se constituye en un factor o elemento de importancia para establecer políticas de salud, definir los procesos de gestión y de esta manera, optimizar las decisiones relativas a la identificación de prioridades y objetivos que se quieren lograr.

El problema en el contexto de Rosario

La ciudad de Rosario, concentra una población cercana al millón de habitantes presentando un patrón general de morbilidad que podría asimilarse al de regiones desarrolladas. Si bien son dominantes las patologías propias de una población con alta expectativa de vida (tumores, cardiovasculares, etc.), persisten en el cuadro epidemiológico las enfermedades infecciosas y nutricionales, una moderada mortalidad infantil (12,7 por mil nacidos vivos para 1998), etc., poniendo de relieve la importante heterogeneidad socio-demográfica que caracteriza a la ciudad. Esta heterogeneidad reviste en Rosario ciertas particularidades como consecuencia de la evolución histórica singular de su desarrollo económico. Habiendo llegado a ser centro del "cordón industrial" de la provincia de Santa Fe y principal puerto exportador del país de materia prima agrícola, actualmente está experimentando profundas transformaciones como consecuencia de las actuales políticas de ajuste inspiradas en el neoliberalismo, que generan niveles crecientes de desocupación y pobreza ampliando cada vez más los sectores de excluidos sociales.

El proceso de crecimiento económico experimentado por Rosario, ofreciendo distintas fuentes alternativas de trabajo convirtió a la ciudad en un polo de atracción de corrientes migratorias, fenómeno que comenzó a partir de los '50, principalmente de quienes abrigaban la expectativa de mejorar sus condiciones de vida y de acceso a los servicios educativos, de salud, etc. Este movimiento migratorio, predominantemente de origen rural o procedente de pequeñas localidades del norte de Santa Fe y de provincias vecinas, fue desarrollándose espontáneamente, encontrando sus espacios de residencia en áreas marginales, sin infraestructura de servicios básicos como agua y luz.

No hay información disponible que dé cuenta de la proporción real que revisten estos asentamientos en la población de Rosario, sólo datos estimativos que oscilan entre 15 y 20% de la población¹. Completando el cuadro de heterogeneidad socio-demográfica de la ciudad, como en toda área urbana se identifican también vastos espacios de nivel social precario, barrios pobres, ubicados en la periferia, que contrastan con el distrito central donde se concentra una mayor capacidad económica y los principales establecimientos comerciales y de servicios.

En lo referente a servicios de salud, las demandas de la población son cubiertas en forma diferenciada, según sus posibilidades económicas y de acceso a alguno de los tres subsectores que integran el sistema de atención médica: privado, de la seguridad social y público. En el subsector público, la red asistencial comprende hospitales de diferentes niveles de complejidad y efectores de atención primaria de la salud, agrupados en dos jurisdicciones (provincial y municipal), cada una con administración propia, recursos y financiamiento particulares, prácticamente sin interrelación en cuanto a propuestas programáticas o articulación de esfuerzos.

La reducción gradual de las fuentes de trabajo, la pérdida del empleo y los costos crecientes de la atención médica por medio de la seguridad social para quienes aún disponen de sus servicios, han incrementado sustancialmente las demandas a los efectores públicos de salud, principalmente a los servicios de jurisdicción municipal, los que en los últimos años han introducido cambios cualitativos en el proceso de gestión y en la calidad de su respuesta asistencial manteniendo una cobertura gratuita y universal de la población de menores recursos.

1 El último Censo Nacional de 1991 cubrió parcialmente las áreas marginales de Rosario.

Frente a ello, el sistema de servicios de dependencia provincial, bajo una lógica diferente de la atención de salud, ha iniciado desde hace unos 10 años un proceso de conversión de los hospitales hacia una modalidad autogestionaria, implicando contribuciones directas de la población al momento de sus demandas de asistencia. Esta

modalidad también podría estar contribuyendo al incremento de las consultas a los efectores municipales, entre las que son frecuentes las procedentes de sectores poblacionales residentes en zonas vecinas a Rosario.

El mejoramiento de la cobertura, eficacia, equidad y eficiencia que impulsa la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario (SSP), como lo afirma su Secretaria, Dra. M. Fein, desecha 'la idea que el Estado es irremediablemente ineficiente para el cuidado de la salud'... y "que debe jugar por el contrario un rol muy activo en atemperar los desigualdades sociales y hacer efectiva la vigencia del derecho a la salud y a la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos". Sustentado en estos principios el modelo de atención se integra por una red de servicios, basada en un trabajo solidario entre los efectores y agentes de salud, la participación comunitaria y el aseguramiento de la accesibilidad de la población [\(14\)](#).

La red está conformada por 25 Centros de Salud propios de Atención Primaria y 22 vecinales a los que se provee de recursos humanos e insumos, tres hospitales polivalentes de mediana complejidad (I. Carrasco, Dr. R. Sáenz Peña y Alberdi), dos maternidades (Maternidad Martin y del hospital Dr. R. Sáenz Peña), dos hospitales de alta complejidad (de Niños V. J. Vilela y de Emergencias Dr. C. Alvarez, HECA) y un centro de rehabilitación psicofísica (ILAR).

Siguiendo las tendencias mundiales en prestación médica, la red de servicios ha incorporado desde 1999 un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, de apoyo al sistema de Atención Primaria y que al facilitar el acceso de la población a métodos de diagnóstico y tratamiento especializado, reduce la clásica internación para estudios o intervenciones de menor complejidad, propendiendo a la pronta reinserción del individuo en su medio social, familiar y laboral.

El total de prestaciones de los efectores municipales supera actualmente a 1.200.000 consultas anuales, de las cuales un 22% es canalizado por los servicios de guardia. Los egresos suman alrededor de 28.000 por año con porcentajes ocupacionales elevados, principalmente en el Hospital de Emergencias (HECA) en el que se observan cifras mayores al 90% [\(15\)](#), institución que por su desarrollo en áreas de atención de agudos y emergencias, es centro de referencia regional para trauma (accidentes) y quemados.

Las dos maternidades asisten el 60% de los partos ocurridos en los hospitales públicos, cubriendo más de 6.000 partos anuales.

Las consultas canalizadas a través de los Centros de Salud superan las 500.000 anuales; de ellas un 70% se resuelve localmente. Las acciones se centran principalmente en el desarrollo de programas de promoción de salud, prevención y asistencia a la madre y al niño.

Está en vías de implementación un Programa de Salud Integral de la Mujer, que contempla entre sus principales objetivos el desarrollar estrategias de promoción, prevención y asistencia de problemáticas de salud de la mujer articulando los diversos niveles de complejidad de la red de servicios de salud. En él se identifican como ejes prioritarios: la salud sexual y procreación responsable, contención del embarazo precoz, cuidado del embarazo, parto y puerperio, prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, promoción de la detección precoz del cáncer

de mama y de cuello de útero, prevención de la violencia familiar en un esfuerzo conjunto con la Red de Violencia Familiar y Organizaciones no Gubernamentales, etc. (16).

Bajo una coordinación general existen otros programas específicos, entre ellos el Programa Municipal de SIDA, de Salud Mental, de Tuberculosis, de Educación para la Salud y un Servicio de Internación Domiciliaria. Implementado en el año 1990, la atención brindada desde este Servicio está dividida en cuatro módulos: clínico, clínico-quirúrgico, oncológico y cuidados paliativos e infectología y VIH/SIDA. Bajo criterios modernos de atención, los profesionales responsables coordinan la externación e ingreso al servicio con los hospitales y maternidades municipales a fin de reducir costos innecesarios de internación, el riesgo de infecciones intrahospitalarias y evitar la exclusión prolongada del paciente de su hogar (17).

En el marco de las políticas locales de salud, a fin de garantizar el pleno cumplimiento de los objetivos de introducir transformaciones significativas al modelo de atención y asegurar la cobertura universal de la población de menores recursos residente en Rosario, la gestión de la SSP está intentando actualmente regular el acceso a los efectores municipales de sectores que no son beneficiarios directos de sus acciones. Se trata principalmente de las demandas de población con algún tipo de cobertura (obras sociales, prepagas, etc.) o bien provenientes de otras localidades vecinas. Esta tendencia a dificultar el acceso directo de estos sectores, ha sido acordada a través de reuniones con intendentes de localidades aledañas a Rosario y con responsables de instituciones privadas y de la seguridad social de la ciudad, estableciéndose pautas concretas para el ingreso y atención de pacientes en los efectores municipales, para la derivación posterior a otras instituciones, etc.

En este contexto general de la propuesta de la SSP, el proyecto de analizar las muertes de mujeres en edad reproductiva fue reconocido como elemento crucial para dar cuenta del proceso de atención y del funcionamiento de la red de efectores municipales, de las condiciones de utilización de los servicios por parte de las mujeres y de las representaciones subyacentes a sus prácticas sociales referidas a la enfermedad, etc., es decir, bajo una perspectiva relacional sistema de atención/población, intentar vincular la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas concretas ante situaciones "críticas" cuyo desenlace fue la muerte. Desde una mirada epidemiológica, el proyecto también procuraba responder a otros interrogantes acerca de la relevancia actual que adquieren los denominados problemas emergentes que son característicos de una sociedad urbana como Rosario, entre ellos VIH/SIDA y causas externas, a la vez que conformar un diagnóstico general sobre la problemática de salud en mujeres jóvenes. El presente estudio tuvo su origen en una propuesta de investigación sobre mortalidad materna de carácter nacional auspiciada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a la que adhirió la Municipalidad de Rosario (Secretaría de Salud Pública), dando lugar a la formulación del "Programa para mejorar la calidad de vida de la mujer en edad reproductiva" (18) y cuyo objetivo era el de "organizar un sistema que genere información confiable y oportuna que permita conocer el momento de la muerte de la mujer y valorar sus causas y con ello facilitar la toma de medidas correctivas, priorizando los problemas".

Al ampliar la perspectiva al análisis de las diversas causas que operan en las muertes de mujeres en edad reproductiva, uno de los objetivos del presente proyecto, se consideró que también se daba respuesta al compromiso asumido con UNICEF, favoreciendo quizás una mejor cobertura de las

muertes maternas mediante la utilización del concepto de muertes tardías (durante el año posterior al parto) que pueden ser atribuibles a lo materno según nuevos criterios de OPS/OMS (19). Desde la óptica planteada y aunque expresado en términos de la pérdida de vidas humanas, se intentó responder a una línea de pensamiento sanitario que sostiene que un análisis de las condiciones de vida y salud de las mujeres constituye "una etapa indispensable en el proceso de planificación de la oferta de los servicios y de la evaluación del impacto de las acciones de salud"(20). Del mismo modo, que "las decisiones relativas a la asignación de los recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo" (21).

Objetivos

Partiendo de la totalidad de las defunciones de mujeres entre 10 y 54 años registradas en Rosario en el período de un año, el desarrollo de la línea de investigación estuvo orientada por las siguientes objetivos:

- un análisis cuantitativo de los contenidos y calidad de los Certificados de Defunción (CD) y su consistencia con los diagnósticos post-mortem del Instituto Médico Legal (IML), cuando los casos fueron estudiados por razones legales.
- un análisis cuantitativo de las defunciones ocurridas en los efectores municipales de salud y de las internaciones producidas durante el año anterior a la muerte, desde una doble perspectiva, la suficiencia y calidad de los registros vinculados al diagnóstico y correspondientes prácticas asistenciales en los distintos niveles del circuito de atención municipal, como también en cuanto a su consistencia con los datos consignados en los CD.
- un análisis centrado en casos seleccionados según causa de muerte y por lugar de ocurrencia del evento (hospital, domicilio o vía pública) profundizando en las representaciones construidas por los grupos familiares convivientes de la mujer fallecida, acerca del proceso patológico que derivó en la muerte y del tipo de respuesta de los servicios de salud, en relación con estrategias familiares de supervivencia y sus características socio-culturales.
- un análisis cualitativo integrando los puntos críticos más significativos en la ocurrencia, evolución y desenlace de los eventos bajo estudio para formular sistemas de relaciones explicativas por subgrupos de defunciones según causa de muerte.

Propósitos

- Con los hallazgos del estudio, producir una serie de documentos de discusión general y para la realización de talleres de reflexión con profesionales de los diferentes niveles asistenciales y de gestión (hospitales y Centras de Atención Primaria de la Salud) involucrados en el proceso de atención de casos "críticos", como punto de partida para la revisión de las estrategias actuales de captación y seguimiento de los mismos, planteamiento de nuevas modalidades de intervención en torno a determinados ejes problemáticos, reforzamiento de

la articulación de la red de servicios, mejoramiento de los sistemas de registros, etc.

- Aportar particularmente a los equipos de salud abocados a la implementación del Programa de Salud Integral de la Mujer, en la definición de prioridades de las acciones de promoción, prevención y asistencia, en la formulación de indicadores para monitorear y valorar el proceso de gestión y resultados del programa, como también en el planteamiento de nuevas líneas de profundización investigativa.

Desarrollo Metodológico

El cumplimiento de los distintos objetivos propuestos condujo al empleo de diversos métodos y técnicas, tanto en la relativa a la captación de la información, que remite a la utilización de diversas fuentes secundarias (CD, IML, registros hospitalarios y de Centros de Salud) y primarias (entrevistas a las familias de las mujeres fallecidas y al personal interviniente en cada caso), como en lo concerniente al análisis de los datos, en el que se procuró finalmente una articulación cuantitativa.

En lo que respecta al primer objetivo, que motiva esta presentación, el estudio tomó como punto de partida las muertes de mujeres de 10 a 54 años, ocurridas en Rosario entre el 1 de setiembre de 1997 y el 31 de agosto de 1998 y que fueron remitidas por los Registros Civiles a la Dirección General de Estadística del Municipio de Rosario (DGEMR).

La información del CD fue captada a través de una planilla ad-hoc, considerando las distintas variables requeridas legalmente para la notificación de estos hechos vitales en mayores de un año y preservando el secreto estadístico con la debida autorización de la DGEMR. Sólo se excluyó el lugar de nacimiento de la mujer como dato no útil a los fines del estudio.

El CD consta de tres partes en cuanto a sus contenidos: la primera destinada a los datos filiatorios y al lugar de la defunción, la segunda para registrar las antecedentes de internación y remisión del caso al IML a los fines de una autopsia y la tercera, en la que se inscribe la secuencia de causas que llevaron a la muerte, con espacio accesorio para registrar posibles causas concomitantes, definidas como aquéllas que contribuyeran a la muerte pero no se relacionan causalmente con ésta. De tratarse de mujeres de 10 a 55 años, se requiere consignar también los antecedentes de embarazo o puerperio en curso de la mujer fallecida, así como la fecha del último embarazo, parto o aborto. La búsqueda de información en el IML, cubriendo todas los casos remitidos a ese Instituto en el mismo período, se hizo a través de una ficha ad-hoc para consignar los datos identificatorios de la mujer, lugar de ocurrencia de la muerte, diagnóstico de muerte y posible gestación en curso. Esto a partir de los protocolos, actas de necropsia y resúmenes clínicos de los antecedentes del paciente que de rutina son consignados por el IML.

Para la codificación de las causas de muerte, se utilizaron las versiones 9a. (CIE 9)([22](#)) y 10a. (CIE 10) de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por OMS, y respondiendo a las "Reglas para la selección de la causa de defunción que deben usarse en la tabulación de la mortalidad por causas básicas" ([23](#)).

La codificación se efectuó siguiendo dos criterios: uno asignando los códigos objetivamente en función de los criterios utilizados por el profesional que proporcionó la información y el otro, reinterpretando los datos registrados a los fines de lograr una mejor aproximación a la causa de

muerte, según recomendaciones de OMS. El criterio profesional fue siempre respetado en los casos que planteaban dudas al momento de la selección de la causa básica de la muerte, por considerar que "... el médico certificador, en ejercicio profesional, está en mejor posición que cualquier otra persona para decidir acerca de cuál condición patológica condujo directamente a la muerte y para nominar las enfermedades antecedentes, si las hubiera, que dieron lugar a dicha causa [\(24\)](#).

Para el procesamiento de la información se configuró una base de datos, tomando como unidad de análisis a la mujer. El análisis propiamente dicho fue precedido por una exploración de todos los ítems incluidos en la base de datos en términos de la calidad de los registros.

Resultados y Discusión

En el período considerado la DGEMR registró 473 defunciones de mujeres entre 10 y 54 años de edad.

Calidad de los registros

La exploración inicial de la información contenida en los CD mostró importantes insuficiencias de registro. Tuvieron que ser descartados los ítems relativos a ocupación de la mujer, aunque dicha información resultaba pertinente a los objetivos planteados. Esto como consecuencia de que en el 90% de los casos no figuraba el dato relativo a "rama de actividad económica", ni tampoco el concerniente a 'profesión', de la misma manera, en el 82% faltaba la categoría de "actividad económica".

Otros datos, con frecuencia faltantes, pudieron rescatarse a través de la lectura de otros ítems, como sexo, que fue deducido del nombre de la mujer y la edad, a partir de las fechas de nacimiento y defunción. La fecha de defunción se obtuvo parcialmente (mes y año) en algunos casos, teniendo en cuenta la fecha de inscripción en el registro civil. Sólo en uno de los casos registrados en la DGEMR, como correspondiente al período bajo estudio, no se había completado ninguno de los datos personales del fallecido, por lo que resultó excluido.

Respecto de los datos de identificación, esto es, nombre completo, domicilio, nivel de instrucción y lugar de defunción, sólo el 47% de los certificados contaba con los cuatro datos completos.

Individualmente, el nivel de instrucción presentó el mayor porcentaje de información faltante (41%) seguido por el lugar de ocurrencia de la defunción, desconocido en casi un 20%.

Cuadro 1. Datos generales de los CD (1° parte).

Variables	N°	%
Nombre y Apellido	473	100
Completo	462	97,7
Incompleto	11	2,3
Edad	473	100
10 a 24 años	52	11
25 a 39 años	97	20,5
40 a 54 años	324	68,5
Nivel de instrucción	473	100
Analfabeta/Primaria incompleta	44	9,3
Primaria completa/secundaria incompleta	161	34
Secundaria completa/Superior	76	16,1
Sin información	192	40,6
Situación conyugal	473	100
Soltera	158	33,4
Casada/unión de hecho	260	55
Divorciada/viuda	34	7,2
Sin información	21	4,4
Lugar de defunción	473	100
Público Provincial	54	11,4
Público Municipal	60	12,7
Privado/obra social	161	34
Domicilio/vía pública	111	23,5
Se desconoce	87	18,4

La certificación por parte del médico que la atendió en su última enfermedad, así como los ítems referidos a si la mujer tuvo atención médica o internación durante su última enfermedad y la realización de autopsia, presentaron también un nivel alto de falta de respuestas, ignorándose al menos uno de ellos en el 36% de los casos, porcentaje que incluye un 4% en que no se tuvo ninguno de estos datos.

Cuadro 2. Datos generales de los CD (2° parte).

Variables	N°	%
Tuvo atención médica durante su última enfermedad	473	100
Sí	355	75,1
No	3	0,6
Sin información	115	24,3
La atendió el médico que suscribe	473	100
Sí	218	46,1
No	189	40,0
Sin información	66	13,9
Estuvo internada durante su última enfermedad	473	100
Sí	324	68,5
No	31	6,5
Sin información	118	25,0
Se practicó autopsia	473	100
Sí	54	11,4
No	344	72,7
Sin información	75	15,9
Estaba embarazada o cursaba puerperio	473	100
Sí	4	0,8
No	35	7,4
Sin información	434	91,8
Causa de muerte	473	100
Correctamente definidas	439	92,8
Mal definidas	34	7,2

Considerando individualmente cada uno de estos aspectos se encontró que del total de los registros, un 75% (355 casos) consignó que las mujeres habían recibido atención médica durante la última enfermedad, aunque en casi la cuarta parte de los casos (24%) este dato fue ignorado. Las 3 defunciones en que la mujer no había recibido atención médica fueron corroboradas posteriormente como debidas a causas externas.

También, en alrededor del 25% de los casos no se consignó el dato acerca de si la mujer había estado internada durante su última enfermedad, clasificándose el resto en 69% (324 casos) con antecedentes de internación y un 7% (31 casos) sin dicho antecedente. Con los datos disponibles, el llenado del CD por parte del médico que la asistió no resultó asociado con el antecedente de internación de la mujer.

Resultó un tanto menor el número de CD que no aportó información acerca de si el profesional que intervino durante la última enfermedad fue quien certificó la muerte (14%). Sólo en 46% (218 casos) el CD fue completado por profesionales que intervinieron en la atención de la mujer y en un número similar (40%) la certificación fue cumplida por quienes se presume no tenían mayor información sobre el proceso mórbido desencadenante de la defunción. Esto, que afecta la confiabilidad de la información en general, es coherente con el aumento significativo de causas "mal definidas" consignadas en este último grupo.

Un ítem específico del CD es el vinculado a la posible gestación o puerperio en curso al momento de la muerte. Este dato, directamente relacionado con la posibilidad de una muerte materna, no fue consignado en el 92% de las defunciones.

Asimismo se detectaron deficiencias en el llenado de los ítems referidos a la causa de la defunción.

En una cifra cercana al 60% de los CD, la causa básica de muerte no estaba consignada en el lugar adecuado. Este hallazgo no mostró asociación con el tipo de patología que llevó a la muerte, aunque el ordenamiento de causas fue con mayor frecuencia correcto cuando el médico que certificó la muerte era quien había atendido a la mujer durante su última enfermedad.

Finalmente, en una combinatoria de los ítems centrales del CD, pudo establecerse que sólo el 3% de los certificados consignaba de manera completa y satisfactoria los datos de identificación y de embarazo o puerperio en curso, conjuntamente con el correcto registro de la causa básica de muerte. Las insuficiencias y deficiencias detectadas en los registros de muerte, han puesto de relieve que estos documentos son considerados más bien como una simple formalidad legal, que los profesionales deben cumplimentar al sólo efecto de conceder los correspondientes permisos de inhumación. Cabe señalar, sin embargo, que lo hallado conforma un aspecto crítico en diversos países, tal como lo consigna Da Silva, K. en su estudio sobre Mortalidad Materna en Río de Janeiro [\(25\)](#).

No obstante, más allá de su utilidad como fuente de investigación epidemiológica, el CD constituye "deber y derecho" del médico [\(26\)](#), por tanto responsabilidad del profesional que trata al paciente o, en su defecto, del que lo atiende al momento de la muerte. Este concepto central guía, desde hace muchos años, el proceso de formación médica de grado y postgrado en el ámbito local, en el que se procura no sólo capacitar a los profesionales para ejercer adecuadamente ese "deber y derecho" sino también encuadrar esta responsabilidad desde una perspectiva sanitaria y epidemiológica. No obstante, el reconocimiento de la importancia de los CD no parece trascender, hasta ahora, la esfera del interés u obligación académicos.

En ese sentido cabe especular sobre los posibles factores que intervienen en la situación observada, entre ellos los atribuibles al propio modelo de atención médica, a las modalidades que asume la práctica profesional, a las concepciones subyacentes acerca del rol del médico en la sociedad, etc. El modelo médico [\(27\)](#) centra su eficacia en el desarrollo preponderante de la función curativa, recuperadora, que opera a su vez como instancia legitimadora de este modelo. Desarticulando el proceso de salud/enfermedad de las condiciones estructurales que lo determinan, el modelo médico sólo puede fundarse en una práctica individualista que conciba al sujeto como mero sujeto biológico, objeto de "atención" sólo en la medida que se presente como sujeto enfermo a la mirada médica. En este contexto, la muerte tiene el estatuto de aquello que deslegitima el acto médico, en la medida que evidencia su fracaso.

En tal sentido, la desresponsabilización que puede inferirse por parte de los médicos en lo atinente al llenado de los CD, no parece un hecho aleatorio atribuible a un mayor o menor grado de responsabilidad profesional individual. Se trata ante todo, de una evidencia más de las características estructurales del "modelo médico hegemónico", que opera excluyendo aquello que no involucra su aparente especificidad, esto es la enfermedad y los recursos tecnológicos para resolverla.

Esta interpretación se sustenta en la reducida proporción de CD que fueron suscriptos por los médicos que asistieron a las mujeres en la inmediatez de la muerte, incluso para procesos como enfermedades tumorales y cardiovasculares, evidencia que a su vez remite a la ya señalada falta de confiabilidad general de la información consignada en estos documentos. En este sentido, merece destacarse el mayor porcentaje, observado en general, de CD suscriptos por las médicos tratantes

cuando las muertes ocurrieran en efectores públicos.

El individualismo de la práctica asistencial, centrada en la relación médico-paciente, es consecuentemente ajeno a una visión de lo colectivo, tanto de los procesos de salud y enfermedad como de la respuesta social para la solución de los mismos. Frente a ello, el escaso desarrollo de investigaciones epidemiológicas que den sentido a las distintas fuentes de información secundaria, como son los certificados de defunción, hasta ahora no han aportado mucho para un cambio de perspectiva.

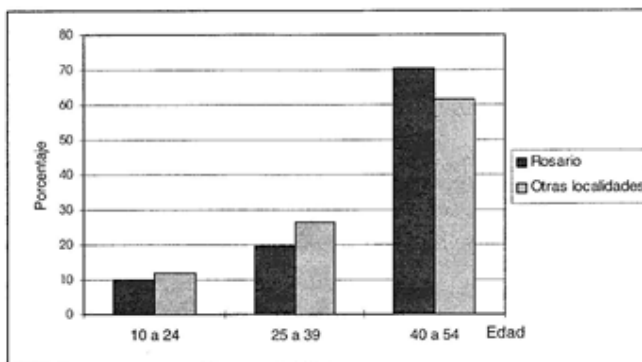
Características generales de las defunciones

Del total de mujeres fallecidas en el período, sólo el 77% (366 casos) tenía su residencia habitual en Rosario, 18% (83 defunciones) provenía de otras localidades - en su mayoría de la provincia de Santa Fe y con menos frecuencia de provincias limítrofes como Buenos Aires, Córdoba y Santiago del Estero - y para el 5% restante (24 casos) el CD carecía de información al respecto.

Estas cifras resultan coherentes con los registros generales de egresos que señalan la proyección de los efectores de salud de la ciudad como centros de referencia regional, es decir trascendiendo los límites del municipio hacia áreas geográficas vecinas, incluso de otras provincias del país.

De acuerdo con el comportamiento general de la mortalidad específica por edad, la distribución de las 473 muertes se concentró a partir de los 40 años (324 casos) reuniendo un 69% del total de los fallecimientos. Esta distribución dio por resultado una mediana de 45 años, sin observarse una diferencia significativa entre las mujeres residentes en Rosario y las de otras localidades (Anexo Tabla 1).

Gráfico 1. Defunciones según edad y lugar de residencia habitual.



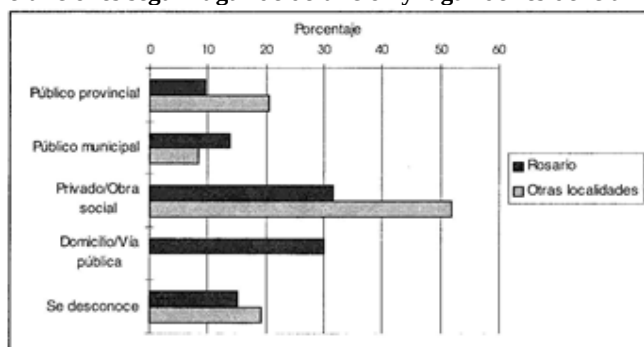
Chi cuadrado con 2 grados de libertad = 2,51 ; $p=0,2849$

Respecto del lugar de defunción, sólo un 58% (275 casos) de las muertes se produjo en instituciones de salud: 34% en la esfera privada o de obra social y 24% en efectores públicos. Esta cifra, relativamente baja, puede responder a las deficiencias señaladas de los CD, ya que para 81 fallecimientos (18%) no se consignó el dato y en el 24% restante (111 casos) la información aludía a muertes en domicilio o vía pública.

La distribución de la mortalidad por lugar de residencia habitual de la mujer y lugar de defunción (Gráfico 2) permitió verificar una asociación significativa a partir de los datos disponibles. En efecto, entre las mujeres procedentes de otras localidades fue mayor la proporción de defunciones ocurridas en efectores privados o de obra social (52% vs. 32% entre las de Rosario) no

observándose, entre ellas, ninguna muerte en domicilio o vía pública.

Gráfico 2. Defunciones según lugar de defunción y lugar de residencia habitual.



Chi cuadrado con 2 grados de libertad (público vs. privado/obra social vs. domicilio/vía pública) = 34,54; $p=0,0000$.
Chi cuadrado con 1 grado de libertad (provincial vs. municipal) = 6,60; $p=0,0100$.

Los fallecimientos en domicilio o vía pública, en cambio, se dieron exclusivamente entre mujeres residentes en Rosario, ascendiendo al 30% entre los casos en que se consigna la información sobre el domicilio de la mujer. Este hallazgo, que por un lado pone en discusión la confiabilidad de los registros en los CD, plantea, no obstante, una serie de interrogantes acerca de los comportamientos de utilización de los servicios para la atención de problemáticas desencadenantes de la muerte en el medio local donde es importante la oferta de servicios asistenciales, desde los efectores integrados a Atención Primaria de la Salud, municipales y provinciales, hasta los hospitales, públicos y privados, de mediana y alta complejidad.

El análisis de las 114 defunciones ocurridas en efectores públicos también mostró asociación entre el lugar de residencia habitual y la dependencia provincial o municipal del hospital en que ocurrió la defunción. Las mujeres residentes en Rosario fallecieron principalmente en efectores municipales (60%), en tanto que las procedentes de otras localidades fueron asistidas en mayor proporción en hospitales provinciales (71%) (Gráfico 2), resultados que también señalan la proyección asistencial de estas efectores por fuera de la jurisdicción de Rosario.

De acuerdo con el hecho que en los efectores públicos se asiste a la población de menores recursos, demográficamente más joven, las mujeres fallecidas en este subsector registraron en promedio menor edad y nivel de instrucción, así como una menor proporción de casadas, resultados que tienen la limitación impuesta por el escaso número de datos disponibles. (Anexo Tabla II)

Las antecedentes de atención médica e internación durante la enfermedad que condujo a la muerte no plantearon variaciones según el lugar de defunción. Sí se observó que la proporción de certificados suscriptos por el médico que asistió durante la última enfermedad, fue significativamente mayor en los efectores públicos y que las cifras obtenidas parecieran orientar a que la proporción podría ser mayor en los efectores provinciales respecto de los municipales.

En relación a causas de muerte, utilizando el sistema clasificatorio CIE 9, en un 7% de los CD las defunciones pasaron a integrar la categoría de "Signos y síntomas morbosos mal definidos" (Cuadro 3). Aunque este porcentaje es inferior al 15% establecido por consenso internacional como un estándar satisfactorio de calidad científica de los datos de CD (28), esta cifra remite también a las insuficiencias ya puntualizadas sobre los contenidos de estos documentos.

La importancia relativa de las causas mal definidas o desconocidas resultó menor en los certificados correspondientes a muertes ocurridas en instituciones de salud (4% para efectores públicos y 5%

para efectores privados o de obra social), elevándose al 10% para las muertes ocurridas en domicilio o vía pública, y siendo aún mayor (12%) en los certificados para los cuales se desconoce el lugar de defunción.

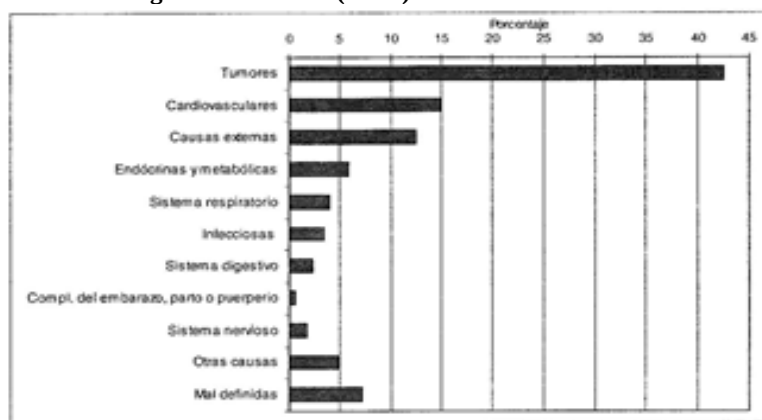
Cuadro 3. Causa básica de muerte (CIE9) según CD por lugar de defunción.

Causa de muerte (CIE 9)	Público		Privado/Obra Social		Domicilio/Vía Pública		Se ignora		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tumorales	40	35,1	85	52,8	52	46,9	24	27,6	201	42,5
Aparato circulatorio	20	17,5	27	16,8	15	13,5	9	10,3	71	15
Causas externas	9	7,9	8	5	19	17,1	23	26,4	59	12,5
Endócrinas y metabólicas	12	10,5	9	5,6	4	3,6	3	3,5	28	5,9
Infecciosas	6	5,3	5	3,1	3	2,7	2	2,3	16	3,4
Aparato respiratorio	5	4,4	4	2,5	3	2,7	7	8	19	4
Aparato digestivo	4	3,5	4	2,5	0	0	3	3,5	11	2,3
Compl. del embarazo, parto o puerperio	2	1,8	0	0	0	0	1	1,1	3	0,6
Otras causas	11	9,6	11	6,8	4	3,6	5	5,8	31	6,6
Mal definidas	5	4,4	8	4,9	11	9,9	10	11,5	34	7,2
Total	114	100	161	100	111	100	87	100	473	100

Para las 3 primeras causas: Chi cuadrado con 4 grados de libertad (público vs. privado/obra social vs. domicilio/vía pública)=12,79; p=0,0123.

La distribución de las defunciones, que no plantea diferencias entre mujeres residentes en Rosario o las procedentes de otras localidades, destaca en primer lugar los tumores con 43% del total de las defunciones, seguidos por enfermedades cardiovasculares (15%) y las denominadas "causas externas" que suman un 13%.

Gráfico 3. Defunciones según causa básica (CIE9)



Un dato complementario es que sólo el 44% de las 201 muertes por causas tumorales, fue certificada por el médico que asistió a la mujer durante su última enfermedad, porcentaje que asciende al 59% para las muertes debidas a enfermedad cardiovascular. Respecto de las tumorales,

sin embargo, sólo 12 mujeres (6%) no registraban el antecedente de haber estado internadas durante su última enfermedad, 2 de ellas fallecidas en instituciones privadas y las 10 restantes en domicilio, lo que también alude al desentendimiento de los profesionales en cuanto a su responsabilidad por documentar el CD. En cuanto a los 10 casos ocurridos en domicilio no se encontraron registros sobre antecedentes de asistencia a través del Servicio de Atención Domiciliaria, implementado por la SSP, que reconoce entre sus módulos la atención oncológica y de cuidados paliativos.

Desde otra perspectiva, las mujeres fallecidas en domicilio o vía pública², que reúnen el 30% de las residentes en Rosario, plantearon un esquema similar al observado para la totalidad de los casos, en cuanto al ordenamiento de las principales causas de muerte: un 47% por patologías tumorales, 14% por enfermedades cardiovasculares y 17% debidas a causas externas (Cuadro 3). Estos hallazgos, con las reservas que merecen los datos del CD en relación con el lugar de ocurrencia de la muerte, dan lugar a una serie de interrogantes. Uno de ellos respecto de la posible trayectoria de atención seguida por estas mujeres, en los diferentes efectores de la ciudad, básicamente en lo que respecta a los dos primeros grupos de patologías, sobre la cual los CD no aportan información y que abre una línea de indagación en las siguientes etapas del estudio. Un segundo aspecto es en qué medida los casos de muerte por patologías tumorales han sido asistidos previamente por los efectores municipales y cuántos de ellos, incorporados efectivamente por el Servicio de Atención Domiciliaria. La inexistencia de un sistema organizado y centralizado de registro de las prestaciones de este Servicio, impidieron dar una respuesta satisfactoria a estos interrogantes cuya verificación también integra la problemática a resolver en fases pendientes del estudio.

El ordenamiento obtenido para Rosario en cuanto a las principales causas de muerte acuerda, en general, con la información de otros estudios en áreas urbanas, particularmente en lo que refiere a causas externas, ubicadas en tercer lugar. Así, en el Municipio de San Pablo y a partir de una investigación de mortalidad de mujeres en edad fértil (29) quedó establecido que las tres primeras causas, en orden decreciente, fueron enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias y causas externas. Otra investigación en un área programática de Río de Janeiro refiere que las causas externas representaban el 12,3% del total de las defunciones (30).

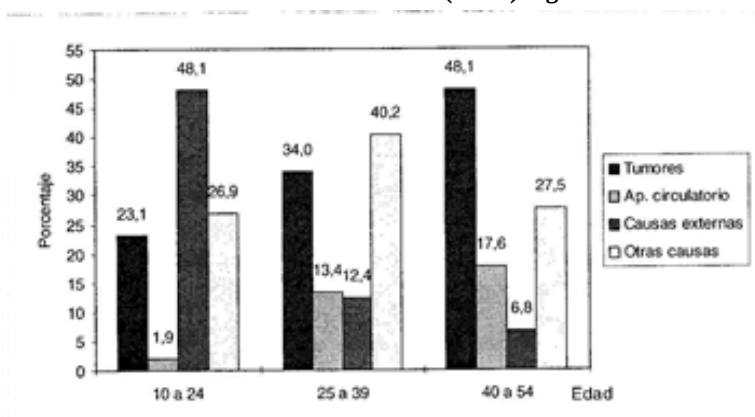
También entre mujeres de 15 a 44 años en la ciudad de Boston (EE.UU.), discriminando según intencionalidad de la lesión, se concluye que "las principales causas de muerte fueron cáncer, accidentes, enfermedad cardíaca, homicidio, suicidio y enfermedad hepática crónica (31).

La importancia relativa que asumen los tumores y los cardiovasculares, en primero o segundo lugar según la fuente consultada y que plantea algunas variantes con los resultados de Rosario, puede obedecer al grupo etáreo particular bajo estudio, a características demográficas y epidemiológicas del contexto de referencia, a la mayor o menor suficiencia y calidad de los registros de las muertes, etc.

A nivel local, como podía suponerse, el esquema de las principales causas de muerte presenta cambios de importancia al considerarse la edad en que se produjo la defunción (Gráfico 4). En efecto, las diferencias halladas al introducir la edad fueron altamente significativas.

2 Las muertes ocurridas en la vía pública fueron incluidas en este grupo por su escasa significación numérica. 10 casos.

Gráfico 4. Causas de muerte (CIE9) según edad



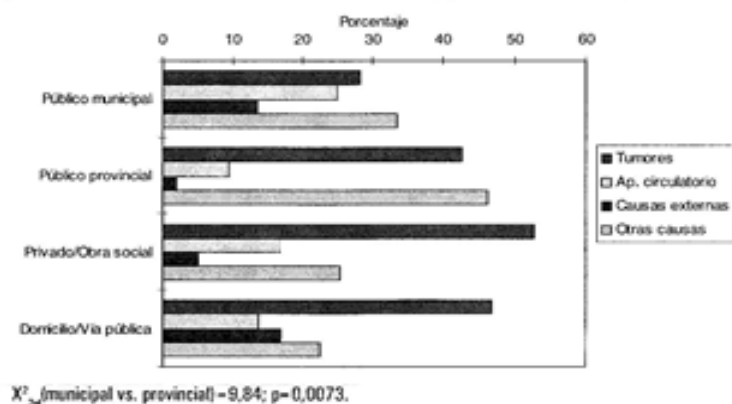
Chi cuadrado con 6 grados de libertad = 81,68; $p=0,0000$

Así, la principal causa de muerte (CIE 9) en el grupo de 10 a 24 años son las "externas" con aproximadamente la mitad de los fallecimientos (48%). La importancia relativa de las causas externas declina ostensiblemente a mayor edad, a 12% entre 25 y 39 años y a 7% entre las mujeres de 40 a 54 años. Esto, sin poder discriminar en muchos casos si las muertes habían sido accidentales o intencionalmente infligidas, de acuerdo con la información volcada en CD.

Contrariamente, los fallecimientos por tumores aumentan significativamente en relación directa con la edad, de 23% entre las defunciones de 10 a 24 años a casi la mitad de las mujeres entre 40 y 54 años (48%). Del mismo modo, esto también ocurre para las enfermedades del aparato circulatorio aunque reúnen porcentajes más bajos y cuyo máximo fue de 18% para las mujeres de mayores edades, grupo en el que se destacan las enfermedades hipertensivas. Ambos resultados reafirman el conocimiento preexistente de la creciente incidencia de estas patologías con el aumento de la edad. Un dato que amerita ponerse de relieve es la importancia relativa que asumieron los tumores de mama. Si bien éstos constituyen una causa destacada en el conjunto de las tumorales para mujeres de 40 a 54 años, el hecho más saliente fue que un tercio de los fallecimientos por tumores presentaron esa localización entre mujeres más jóvenes, de 25 a 39 años.

Incorporando al análisis el lugar de ocurrencia de las defunciones (Gráfico 5), los resultados reflejan de algún modo los distintos objetivos y perfiles asistenciales de las instituciones de Rosario de acuerdo a su dependencia, pública o privada, y en relación con los sectores poblacionales que son asistidos por las mismas. Ejemplo de ello, es que los efectores privados se destacaron por su mayor número de muertes por causas tumorales y cardiovasculares. También los servicios municipales concentraron más defunciones por este segundo grupo de patologías respecto de los hospitales provinciales. En cambio, aunque las causas externas tendieron a predominar entre las muertes ocurridas en domicilio o vía pública, son los efectores municipales los que aumentan nuevamente su importancia relativa al interior del subsector público. Esto a expensas del Hospital de Emergencias (HECA) que, como se mencionara, conforma un centro especializado en trauma y quemados de proyección regional.

Gráfico 5. Causas de muerte (CIE9) por lugar de defunción



Un análisis particularizado merecieron patologías como VIH/SIDA, las complicaciones del embarazo, parto o puerperio y, finalmente, las denominadas causas externas, éstas a partir de las indagaciones adicionales en el IML.

Muertes maternas

En cuanto a las "complicaciones del embarazo, parto y puerperio" se detectaron 3 casos de muerte según CIE 9. Estas mujeres tenían su residencia habitual fuera de Rosario. Dos de ellas fueron casos asistidos en instituciones públicas, desconociéndose este dato para la restante.

La introducción de dos definiciones adicionales en la CIE 10 para "muerte relacionada con el embarazo"³ y "muerte materna tardía"⁴ permitió poner en consideración otras 2 muertes que podrían relacionarse con el embarazo, ambas ocurridas en efectores públicos. La primera, debida a "homicidio por arma de fuego", a las cuatro semanas del parto, para la cual - sin datos en el CD- el protocolo del IML consignaba su residencia en Rosario. La otra, correspondiente a una residente rosarina que falleció por "complicaciones infecciosas del VIH/SIDA", en el puerperio tardío (a las 22 semanas posteriores al parto). Este caso podría considerarse como una "muerte tardía", por ser el embarazo una instancia inmunodepresora relativa que puede contribuir o acelerar el desarrollo de la enfermedad SIDA.

Manteniendo la reserva en cuanto a la calidad de los datos de la región de las Américas, Argentina no estuvo incluida entre los 25 países que experimentaron un descenso de la mortalidad materna entre 1970 y 1988, descenso que varió entre 22 y 88%. En ese período Chile y Uruguay, por mencionar los países vecinos, registraron descensos superiores al 60%, según información de Mora, G. y Yunes, J. (32). Este artículo señala además que Argentina, para 1992 se ubicaba entre los países con alta mortalidad materna - en base a la tasa ajustada hallada para Buenos Aires por Vinacur, J. y Cuman, G. (33) - en tanto que sus indicadores de salud le conferían un nivel medio en el "índice de

3 Una "defunción relacionada con el embarazo" es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguiente a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.

4 Una "defunción materna tardía" es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

necesidades de salud"⁵.

Según datos proporcionados por el Ministerio de Salud y Acción Social, el país ha mostrado alguna declinación en este indicador en los últimos años. Partiendo de 5,2 muertes por 10.000 nacidos vivos en 1990, las cifras pasaron a ser de 4,6 en 1993 y de 3,8 en 1997 (34) aunque ellas se restringen a muertes por causas obstétricas durante el embarazo y hasta los 42 días posteriores al parto (CIE 9). Las cifras del departamento Rosario en la última década acuerdan con un comportamiento similar, oscilando entre 2 y 6 muertes maternas (por 10.000) y siendo el año 1990 el que presentó la tasa más alta.

No obstante, puede presumirse cierto subregistro en las cifras tanto nacionales como locales. En este sentido, cabe rescatar un estudio realizado en Rosario que abarcó los 652 partos ocurridos en un lapso de 15 días (noviembre de 1981) en la totalidad de instituciones públicas, privadas y de la seguridad social. En ese entonces se verificaron 2 muertes maternas, arrojando una tasa de 3 por mil nacidos vivos, tres veces mayor a la que exhibía Rosario para ese año (1 por mil) según la DGEMR. Aunque esta diferencia fue señalada como importante, los autores concluyeron que (a magnitud real del subregistro pudo haber sido mucho mayor desde que, por razones metodológicas derivadas de los objetivos del estudio, estaban excluidas las mujeres cuyos embarazos habían culminado con un aborto o defunción fetal (35).

La adopción de un criterio ampliado como el propuesto por CIE 10, aportará a un aumento del número de casos atribuibles a lo materno, aunque esta nueva clasificación no corrige por sí misma las deficiencias constatadas en las CD, ya que ellos suministran la información de base para la interpretación de la causa de muerte.

Muertes por VIH/SIDA

En el cuadro de mortalidad la problemática de VIH/SIDA resultó responsable de sólo un 3% de las muertes de mujeres, por su condición de enfermedad emergente en los últimos años. La infección por VIH, con características de epidemia en nuestro país, está incluyendo cada vez en mayor medida a las mujeres, pasando de una relación inicial de 4 hombres por mujer a una relación de 3 a 1 a partir de 1997. Esta tendencia se expresa a su vez en un aumento sostenido de la mortalidad asociada, la cual afecta sobre todo a las mujeres más jóvenes (36). Esto, que es sostenido por otros autores, resulta confirmado por los resultados obtenidos, ya que la totalidad de las muertes con este diagnóstico se concentró entre los 21 y 42 años de edad.

En Rosario, la magnitud del problema y su distribución por edad y sexo es similar a la situación que presenta Argentina. El Programa Municipal de SIDA (PROMUSIDA) señala que "el VIH en las mujeres y principalmente entre los 20 y 29 años, incide a su vez en la problemática de la infección de los niños y se vincula con las dificultades en la negociación del uso del preservativo, la iniciación sexual precoz, como también con las condiciones históricas de desigualdad social que presentan las mismas" (37).

El cambio de criterios para la codificación de esta enfermedad, introducido en CIE 10, llevó a la comparación de este sistema clasificatorio con el anterior CIE 9. Al incluirse el VIH/SIDA entre las "enfermedades infecciosas y parasitarias" a partir del uso de CIE 10 - antes clasificadas entre

5 Elaborado por el Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS en base a indicadores socio-demográficos, estado de salud, cobertura de servicios, recursos humanos y económicos.

endócrinas y metabólicas - este grupo de causas aumenta su peso relativo pasando de 4% (según CIE 9) al 8% (según CIE 10) entre las residentes de Rosario y, en forma similar, del 4% al 5% respectivamente entre las no residentes.

Las mujeres que fallecieron por complicaciones del VIH/SIDA fueron asistidas mayormente en efectores públicos (56%), en casi idéntica proporción en los municipales y provinciales. Este resultado es coherente con la información que consigna PROMUSIDA para el periodo 1994 -1998 [\(38\)](#).

Muertes por causas externas

Contando con una fuente de información alternativa a los CD, se particularizó también en el análisis de los casos atribuidos a estas causas, los que, de tratarse de muertes dudosas o violentas, son remitidos al IML bajo una orden judicial, para ser sometidos a autopsia con el objeto de determinar la intencionalidad de la lesión.

Según lo registrado en CD, el antecedente era que se había practicado autopsia a 54 cadáveres. Sin embargo, la búsqueda en los registros del IML evidenció que sólo 50 de éstos fueron examinados, encontrándose nuevas actas de necropsias de otros 11 casos, todos correspondientes al período en estudio y de mujeres en edad reproductiva.

Cotejando los datos del IML de estas 11 muertes con la base construida a partir de los CD se encontraron inconsistencias de importancia: en 3 CD se indicaba que no se había practicado autopsia, en 6 se ignoraba el dato y para 2 casos estudiados en IML no se disponía del correspondiente CD.

Para las 59 defunciones en que se disponía de la información, de ambas fuentes, se detectaron discrepancias en cuanto a la edad de la mujer (4 casos), nivel de instrucción (5 casos), situación conyugal (2 casos), en la fecha de defunción (2 casos) y en el domicilio (3 casos). Para este último dato dos de las mujeres tenían residencia habitual en Rosario según los CD, aunque en los protocolos del IML fueran registradas como procedentes de otras localidades. Finalmente, cabe destacar la mayor completud de los registros del IML, dando cuenta del domicilio, nivel de instrucción o fecha de defunción en la mayoría de los casos en que el CD no aportaba la información correspondiente.

Las características generales de la mujeres remitidas al IML pueden sintetizarse de la manera siguiente: el 50% era menor de 28 años; 89% tenía su residencia habitual en Rosario; la mayoría, un 66%, había fallecido en domicilio o en vía pública y, en menor medida, un 25%, en efectores municipales, desconociéndose el lugar de defunción para 4 mujeres (Anexo Tabla III).

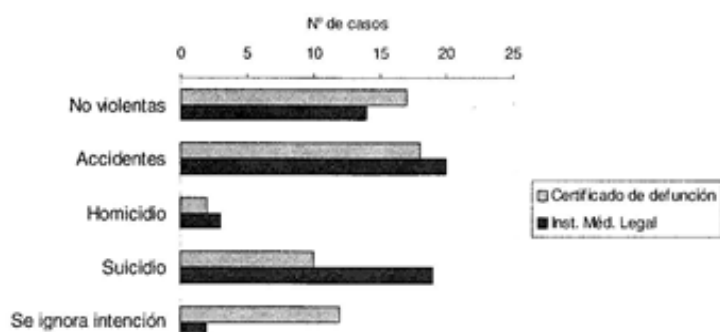
En lo referente a los exámenes de los genitales internos que se realizan durante la autopsia, se corroboró la condición de no gestantes en sólo 30 casos. Para el resto -con excepción de un caso que no poseía útero- los correspondientes protocolos sólo expresaban que no se habían hallado elementos de interés médico legal en la cavidad abdominal.

Las autopsias permitieron definir la intencionalidad de las lesiones en 10 de las 12 defunciones para las que los CD consignaban "Lesiones en las que se ignora la intención". Éstas resultaron 5 suicidios, 1 homicidio y 4 accidentes, uno de ellos por electrocución. Además, en 9 de las 12 defunciones registradas como "Muerte natural" o "Muerte súbita" según CD, el diagnóstico post mortem pudo precisar que 7 casos correspondían a muertes no violentas y debidas a procesos

patológicos -entre ellos un caso de SIDA, de diabetes, hemorragia intracraneal, apendicitis, etc.-, una muerte fue consecuencia de un suicidio y otra fue definida como en la circunstancia de una "operación legal" (según CIE 9). Finalmente, se corroboraron otros tres suicidios a partir de los fallecimientos que según el CD habían sido accidentales y uno catalogado como muerte por enfermedad del aparato respiratorio.

En consecuencia, los diagnósticos post mortem permitieron duplicar los casos de suicidio, de los 10 consignados en CD a 19 según los protocolos del IML, poniendo de manifiesto otro aspecto crítico en la notificación de los fallecimientos por vías del CD. En este sentido, una complementación de la información recepcionada por la DGEMR desde los registros civiles con los datos que produce el IML, contribuiría a perfilar mejor el patrón de mortalidad de la ciudad, en lo que respecta a las llamadas causas externas.

Gráfico 6. Causa de muerte (CIE9) según fuente



Muertes de residentes en Rosario

Las 366 mujeres residentes en Rosario que fallecieron en edad reproductiva durante el período en estudio - septiembre de 1997 a agosto de 1998 - representaron el 8,9% del total de muertes femeninas, porcentaje que se deduce del total de 8410 defunciones de residentes en la ciudad, de las cuales el 49,1% (4127) correspondía a mujeres.

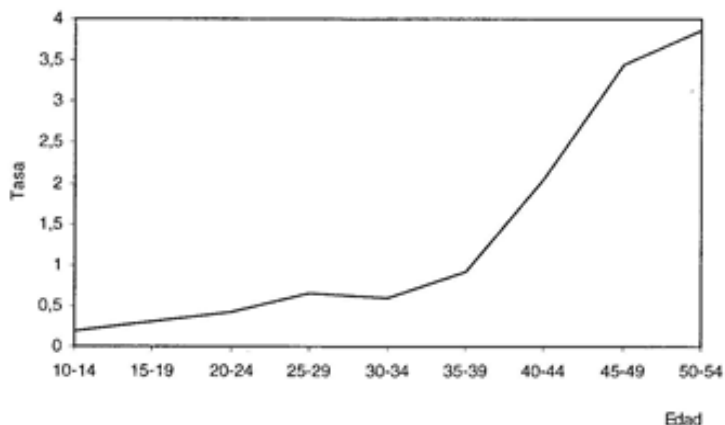
Siendo la mortalidad general de 8,6 por mil habitantes⁶, la tasa específica para mujeres entre los 10 y 54 años fue estimada en 1,2 por mil⁷, que no difiere significativamente con la correspondiente al año 1988, cuyo valor fue de 1,3 por mil mujeres [\(39\)](#).

Las tasas obtenidas para cada grupo de edades, con base en la población estimada a febrero de 1998, indican que hasta los 40 años las cifras se mantienen por debajo de 1 por 1000 mujeres, aumentando sostenidamente a partir de esa edad y llegando a cerca de 3,9 por 1000 en el grupo de 50 a 54 años.

⁶ La población de la ciudad de Rosario estimada a febrero de 1998 fue de 982.831 habitantes.

⁷ La población de mujeres residentes en Rosario entre los 10 y 54 años de edad estimada a febrero de 1998 fue de 307.541 habitantes.

Gráfico 7. Tasas de mortalidad específicas por edad en mujeres residentes en Rosario (por 1000 mujeres)



Entre 1988 y el año bajo estudio, la importancia relativa de las principales causas de muerte experimentó algunas variaciones significativas, como en el caso de las enfermedades tumorales que pasaron respectivamente, de 33% a 42%, las cardiovasculares de 22% a 15%, los trastornos endócrinos, metabólicos y de la inmunidad de 2% a 7% (Anexo Tabla IV).

Entre los trastornos endócrinos, metabólicos y de la inmunidad, según CIE 9, SIDA resultó la patología responsable del incremento observado entre ambos períodos. En efecto, en 1988 no se certificó ninguna muerte por esta causa, en tanto que diez años después, fueron 14 los casos con ese diagnóstico. en coherencia con los avances de la epidemia y el desarrollo de patologías asociadas a la infección por VIH. En este sentido, cabe señalar que PROMUSIDA da cuenta de mujeres fallecidas por SIDA a partir de 1994, con 22 casos, llegando a totalizar 114 fallecimientos en el período 1994-1998 (40).

En el grupo de muertes debidas a cáncer, los tumores de mama registraron un aumento significativo, reuniendo en el período bajo estudio el 82% de las muertes por tumores ginecológicos (en 1988 habla sida de 64%). Inversamente, los tumores de útero declinaron también significativamente, de 22% a 2% (Chi cuadrado con 2 grados de libertad = 11,53; $p=0,0031$), relativizando la importancia de esta localización en la definición de prioridades de las acciones de detección y tratamiento precoz de los tumores ginecológicos.

El porcentaje de muertes por tumores malignos de localización pulmonar, sin cambios significativos, mostró un crecimiento incipiente, de 6 a 10%, y las muertes por causas violentas recabadas en el periodo estudiada mantuvieron una proporción similar a la observada diez años antes (12%).

La distribución de la población de Rosario en 6 distritos, que de alguna manera definen perfiles socio-económicos diferentes, en función de sus características predominantes y de la mayor o menor heterogeneidad interna, llevó a analizar las muertes bajo la perspectiva del lugar de residencia de las mujeres.

Se establecieron sólo 3 zonas, en razón del número un tanto limitado de casos, afectado además por las deficiencias de los registros del CD en las variables puestas en consideración. En ese sentido,

debieron excluirse 32 defunciones (9%) en las que los datos del domicilio resultaron imprecisos o incompletos para establecer el distrito de residencia. (Anexo Tabla V)

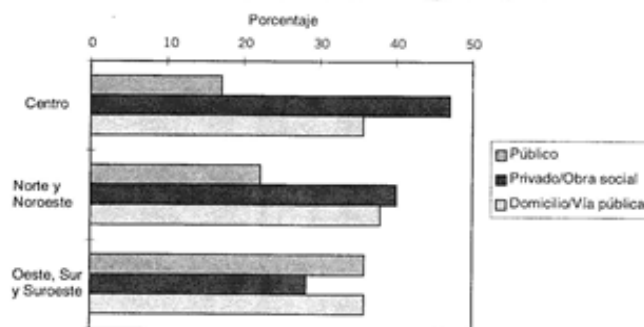
La primera zona incluyó el distrito Centro, de mayor densidad poblacional, donde se concentra la actividad comercial y en el que se asientan los sectores de mayor poder económico (85 casos). En segundo lugar, se agruparon los distritos Norte y Noroeste, donde se identifican amplias zonas residenciales, aunque en su interior coexisten barrios de niveles más precarios y algunas áreas marginales (106 defunciones). Finalmente los distritos Oeste, Sur y Suroeste, ubicados en la periferia de la ciudad, de mayor homogeneidad socio-económica con sectores de nivel medio o pobre y zonas de asentamientos precarios, con 143 defunciones.

Las tasas de mortalidad para cada zona resultaron, globalmente, de 0,95 en el distrito Centro pasando a algo más que 1 por 1000 mujeres en las zonas Norte-Noroeste y Oeste-Sur-Suroeste, probablemente respondiendo a distintas estructuras por edad. No obstante, se observa que en la zona Centro la tasa específica para mujeres de 40 a 54 años (2,4 por 1000) resultó un tanto menor a las observadas en las otras dos zonas, de alrededor del 3 por 1000 mujeres (Anexo Tabla VI), sugiriendo cierto desplazamiento de las muertes de este distrito hacia edades más avanzadas.

Las mujeres residentes en el distrito Centro, fallecieron con mayor frecuencia en instituciones privadas (39%), siendo menor a una quinta parte el porcentaje que falleció en el subsector público (14%). Este comportamiento es similar para las residentes en los distritos Norte-Noroeste, aunque con menor diferencia en los porcentajes (36% en los privados y 20% en los públicos). En el caso de las residentes en los distritos Oeste-Sur-Suroeste, coherente con su más bajo nivel socio-económico general, la situación es inversa, destacándose la mayor proporción de muertes en el subsector público (30%) y siendo menor el porcentaje de mujeres que fallece en el subsector privado (24%). En cuanto a las muertes ocurridas en domicilio, éstas reiteran por igual su importancia relativa en las tres zonas, con cifras cercanas al 30% ya señalado.

Gráfico 8. Defunciones según distrito de residencia y lugar de defunción

Gráfico 8. Defunciones según distrito de residencia y lugar de defunción.



El importante número de casas con información faltante, (más del 25% para el antecedente de internación de la mujer durante su última enfermedad, y de alrededor del 15% en lo que hace a la certificación por parte del médico que la asistió), no permitió valorar su posible correspondencia

con los resultados anteriores (Anexo Tabla V).

En lo que se refiere a causas básicas de muerte no se comprobaron diferencias significativas por zonas de residencia - probablemente también debido al número limitado de casos - ratificándose el esquema general donde las principales son las enfermedades tumorales, cardiovasculares y las producidas por causas externas. Sin embargo, caben destacar algunas variantes según los porcentajes obtenidos. Entre ellos, que en el distrito Centro cerca del 18% de las muertes fue por causas externas, sobrepasando la importancia relativa de las cardiovasculares (11%), ubicadas en tercer lugar. Se perfilan también otras tendencias, como la aparente mayor frecuencia de las enfermedades del aparato respiratorio en el distrito Centro y el aumento porcentual de las endócrinas y metabólicas desde este distrito (5%) al 6% de la zona Norte-noroeste y 8% del área Oeste-sur-suroeste.

Estos resultados en términos de muertes, aunque parciales e insuficientes, sugieren que las condiciones de vida y salud de las mujeres, podrían adquirir características particulares en las distintas áreas de la ciudad - de acuerdo con las conceptualizaciones más generales sobre el proceso de salud-enfermedad y sus determinaciones y condicionantes sociales - en cuyo conocimiento debiera profundizarse, como paso esencial para lograr una mayor racionalidad en la definición de prioridades y objetivos de los servicios de salud, en las decisiones relativas a la asignación de los recursos, etc. en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer.

Conclusiones y recomendaciones

La ausencia sistemática de información, observada en la mayoría de los certificados, la falta de confiabilidad en aquellos registros no suscritos por el médico tratante, que conduce a la persistencia de un 7% de defunciones con causas mal definidas, etc., introdujeron serias limitaciones en las posibilidades de una más satisfactoria caracterización epidemiológica de la problemática de salud-enfermedad desde la perspectiva de las muertes de mujeres en edad reproductiva. Tratándose de una fuente secundaria de datos epidemiológicos, de producción permanente y de cobertura universal al estar referidos a mujeres adultas y en el marco de una ciudad como Rosario, los CD constituían, por excelencia, la información base para un primer análisis, desde una perspectiva cuantitativa, de las relaciones que median entre las características socio-económicas de las mujeres fallecidas y los procesos patológicos que les condujeron a la muerte. Aún tomando en consideración estas falencias, fue posible avanzar en el conocimiento de puntos críticos significativos, en función de los cuales se pueden replantear estrategias de intervención en lo inmediato, como así también orientar a una mayor profundización en determinadas líneas de investigación.

Por constituir una etapa indispensable en el proceso de planificación de la oferta de los servicios y de la evaluación del impacto de las acciones de salud que lleva adelante la SSP, una línea trascendente de investigación es el emprendimiento de estudios epidemiológicos de las condiciones de vida y salud de los distintos grupos sociales que residen en los diferentes distritos de la ciudad, reforzando así los nuevos estilos de gestión que impulsa el estado municipal bajo la estrategia de descentralización política y técnico-administrativa. A partir de la información útil de los CD, los resultados generales permitieran comprobar que el

patrón de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva de Rosario es coherente con otros estudios en áreas urbanas, básicamente en lo que respecta a las principales causas de muerte (tumores, cardiovasculares y violentas) y al aumento de la proporción de muertes en relación directa con la edad. Sin embargo, a nivel local caben destacar algunas características salientes. En primer lugar, la importancia relativa que revisten los tumores de mama, también entre mujeres jóvenes, de 25 a 39 años, en contraposición con la baja frecuencia de los localizados en útero. En relación con esta causa de muerte, cabe agregar que en los últimos diez años se ha producido un incremento significativo, llegando a reunir actualmente el 82% de las muertes por tumores ginecológicos en edad reproductiva entre las mujeres residentes en Rosario. Las grandes posibilidades que ofrecen los conocimientos científicos y tecnológicos actuales para detectar la progresión de los tumores de mama y postergar su desenlace como causa de muerte, imponen la consideración de estas patologías como ejes de prioridad desde el punto de vista sanitario, intensificando las acciones tendientes a la detección precoz y tratamiento oportuno de las mujeres, tal como se proyecta a través del Programa Integral de Salud de la Mujer de la SSP. Desde el punto de vista epidemiológico, no es menos importante encarar investigaciones que profundicen en los factores socioeconómicos, ambientales y biológicos que podrían explicar el problema en el ámbito de Rosario y su región de influencia. Otra característica saliente fue lo observado en relación con las muertes por causas externas, que explican la mitad de las defunciones entre los 10 y 24 años, como también las grandes inconsistencias que plantea la información consignada en los CD con la que suministra el IML, cuyos diagnósticos post-mortem permitieron duplicar las muertes atribuidas a suicidios. Además, sin aparentes cambios en los últimos diez años en cuanto a la incidencia general de las denominadas muertes violentas, entre las mujeres residentes en Rosario este grupo de causas pasó a ocupar el segundo lugar en el patrón de mortalidad del Distrito Centro, después de las tumorales. Las muertes por causas externas, que son muertes evitables y en particular las relacionadas con suicidios, constituyen una problemática preocupante, no desligada del deterioro de las condiciones de vida de la población que viene experimentando Rosario como consecuencia de la crisis socio-económica. Esta hipótesis, plausible en términos generales, amerita profundizarse con estudios que den cuenta de las determinaciones y condicionantes socio-culturales que operan en la producción de estos eventos en los distintos grupos sociales como también en cuanto a su impacto y manifestaciones particulares. Aunque en general las víctimas fatales de la violencia parecerían ser los varones, los datos del estudio indican que los suicidios ocupan un lugar propio dentro de las causas de muerte en mujeres jóvenes. Reconociendo que la magnitud de este problema queda oculta por la ausencia de registros confiables que la hagan más visible y medible, cabe agregar que el evento muerte violenta de una mujer sólo representa la punta de un iceberg bajo el cual subyacen, con mucha mayor frecuencia, situaciones de violencia intrafamiliar que no matan y que tienen que ver con la vida personal, los circuitos del afecto y otro tipo de relaciones que conforman un escenario propicio para el desenlace fatal de un suicidio (42). Por otra parte, algunos estudios plantean diferencias de género en la conducta suicida, como que "la mortalidad es uno de los factores confirmados que separa a quienes se suicidan de hecha, que son

sobre todo hombres, de quienes intentan suicidarse, que son principalmente mujeres" (43). Los rasgos de personalidad de mujeres, sus patrones de conducta, los mecanismos de control del impulso al suicidio por sentimientos de empatía con respecto a los sobrevivientes, aún cuando éstos sean causa de su desesperación, etc. son otras hipótesis a comprobar en un plano de mayor profundidad explicativa y cuya resolución daría elementos para el emprendimiento de acciones de prevención del suicidio en mujeres.

Otro resultado a destacar es el vinculado a la problemática del SIDA, que desde hace pocos años ya está cobrando vidas entre las mujeres en edad reproductiva, de acuerdo con el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros casos. Si bien la información de PROMUSIDA da cuenta de un descenso en el número de muertes por esta causa para 1988, los casos acumulados por los avances de la epidemia, el perfil de "empobrecimiento" que está adquiriendo, el reconocimiento de que "el esfuerzo preventivo ha sido insuficiente en extensión e intensidad frente a la magnitud de la epidemia y de sus múltiples factores condicionantes", la emergencia de la tuberculosis como patología asociada, de casos multirresistentes a las drogas, etc., remiten a un panorama desafiante desde el punto de vista sanitario (44). La perspectiva del trabajo intersectorial que impulsa PROMUSIDA, coordinando sus esfuerzos con el Programa Nacional y Provincial, con Organizaciones no Gubernamentales, etc. es el escenario propicio para enfrentar este desafío, articulando esfuerzos preventivos y asistenciales, y donde las acciones de monitoreo y evaluación deben constituirse en un componente esencial del Programa, como también el emprendimiento de investigaciones epidemiológicas como sustento para la caracterización de los sectores en riesgo y evaluación de su eficacia social.

Según los resultados vinculados a la mortalidad materna, la medición de su ocurrencia bajo una concepción tradicional permitiría concluir que en el período de un año la tasa en Rosario ha sido 0, tomando en cuenta las mujeres residentes en la ciudad. Sin embargo, habría dos casos que podrían incorporarse según CIE 10, los que darían como resultado una cifra cercana al 1,3 por 10.000 nacidos vivos (alrededor de 16.000 nacidos vivos en un año) e indicando la persistencia de una declinación en la tasa que fuera estimada en 6 por 10.000 para 1990. Cabe señalar, no obstante, que la insuficiencia y deficiencia de la información consignada en las CD, donde un 92% no aporta datos sobre el antecedente de embarazo o puerperio en curso, es evidencia de un subregistro real de estos hechos. Este subregistro sistemático de los CD, al margen del sistema de codificación utilizado, impide la posible valoración de la magnitud relativa que asumen las diversas causas obstétricas, particularmente los abortos, que son responsables de un tercio de las muertes maternas a nivel nacional (45), su relación con factores económico-sociales-culturales y de comportamiento de las mujeres para la identificación de sectores de mayor riesgo, etc. El análisis a través de los registros hospitalarios, prevista para la segunda etapa del estudio, aunque limitado a las muertes ocurridas en los efectores de salud municipal, aportará con algunas evidencias en este aspecto particular de la problemática de salud de la mujer. La proyección de las instituciones sanitarias locales por fuera de los límites de la ciudad quedó corroborada en un 18% de fallecimientos de mujeres procedentes de localidades vecinas, persistiendo un 5% de defunciones para las que los CD no dieron información al respecto. No planteando particularidades en el ordenamiento de causas de muerte respecto de lo hallado entre las residentes de Rosario, el estudio aporta información para los esfuerzos de la SSP de introducir una

mayor racionalidad en la utilización de los recursos y asegurar la cobertura universal de los servicios para la población de menores recursos del ámbito de la ciudad. El hallazgo que alude a las muertes en domicilio de las mujeres residentes en Rosario, cuya magnitud llega al 30% de los casos y para las cuales se repite el esquema general de causas de muerte - tumorales, del aparato circulatorio, causas externas, en ese orden - merece una consideración particular, aunque también aquí cabe especular con posibles deficiencias en la información de los certificados. Despejando lo atribuible a una información errónea de los CD, la ocurrencia de muertes en domicilio amerita profundizarse indagando acerca de las pautas culturales, principalmente en los grupos de población más carenciados, que pueden estar interviniendo en los comportamientos de utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres, las representaciones vinculadas con la percepción de enfermedad en general y particularmente frente a procesos mórbidos críticos, acerca de las prácticas de alta voluntaria en los estadios finales de patologías oncológicas, sobre la oportunidad en que acceden a los servicios y del cumplimiento de las prescripciones, etc. Lo anterior no excluye indagar acerca de las posibles repercusiones de la actual crisis socio-económica en términos de cambios en la accesibilidad a los servicios y demandas de atención de los grupos sociales más carenciados como también en cuanto a la oportunidad de la respuesta asistencial, principalmente de los efectores públicos, que en forma creciente están siendo son redemandados a expensas de la pérdida del empleo y de la cobertura por la seguridad social. El análisis focalizado en las trayectorias de atención seguidas por las mujeres en los distintos efectores públicos municipales y las entrevistas familiares, planteadas para las etapas subsiguientes del estudio, aportarán con información empírica en relación con algunos de estos interrogantes. En particular, en cuanto a las acciones del Servicio de Atención Domiciliaria, en lo concerniente a la atención oncológica que no está reconocida entre las patologías predominantes que fueron cubiertas por el mencionado servicio entre enero de 1996 y agosto de 1999, de un total de 615 prestaciones (46).

A modo de cierre, cabe señalar una vez más que el presente trabajo constituye la primera etapa de una línea de investigación que integra diferentes perspectivas de análisis en coherencia con la complejidad de la problemática estudiada. En tal sentido, la prosecución del análisis de los registros de las prácticas asistenciales y de las visiones de los propios familiares de las mujeres fallecidas, son considerados dimensiones significativas a la hora de establecer un cuadro más integral de a trama de condiciones de producción de la muerte. En el marco de este proceso de investigación cabe resaltar sin embargo, que el objetivo de conocimiento está subordinado a un fundamento de carácter ético-político cual es el compromiso de transformar, en los espacios a nuestro alcance, las condiciones que generan desigualdad ante la enfermedad y la muerte. Desde esta posición, sólo el ejercicio permanente de problematización y la consecuente redefinición de acciones y estrategias dará consistencia y legitimidad a la práctica de investigación.

La decisión de ampliar la mirada a las muertes de todas las mujeres en edad reproductiva, sin restringirla a la muerte materna supuso un replanteo crítico de los programas y políticas sanitarias que focalizan esfuerzos en la mujer reduciéndola al estatuto de sujeto reproductor, merecedor de atención en tanto garante de provisión de cuidados, pieza clave, por lo tanto en el proceso de

reproducción de la fuerza de trabajo. Se apuesta entonces a introducir en la problemática de la salud/enfermedad femenina, una mirada desde una perspectiva más amplia y significativa que dé cuenta de la construcción histórica de relaciones de poder en el ámbito de lo doméstico y lo extradoméstico, poniendo en evidencia la estructura simbólica normativa que organiza una determinada asignación de roles y funciones a lo femenino, "aparentemente" asentados en un orden natural atribuible a su condición biológica. Esta visión tiene consecuencias muchas veces fatales para la vida de la mujer. Los casos encontrados de suicidio, la alta incidencia de tumores ginecológicos en mujeres jóvenes posiblemente ligados a consultas tardías abren interrogantes sobre algunos presupuestos fuertemente arraigados en el discurso sanitario en relación a la mayor anuencia de las mujeres a acceder y utilizar los servicios de salud. El gran interrogante que queda planteado es por quiénes accede y para quiénes. Sin desconocer las actuales condiciones de sobrecarga asistencial con que se confrontan cotidianamente los equipos de salud del subsector público - producto del incremento progresivo de la pobreza y la exclusión social, de los costos crecientes de atención médica, etc. -, consideramos que el aporte más sustancial que podría realizar el presente trabajo es el tornar visible una problemática que parece quedar desdibujada en el marco de las rutinas institucionales. Sólo a condición de esta visibilidad será posible que la red de servicios recupere señales de alerta en coyunturas críticas de la vida de las mujeres.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Lic. María Rosa Vallasciani, Subdirectora de la Dirección General de Estadística del Municipio de Rosario, y del Dr. Oscar Sánchez, Director del Instituto Médico Legal de Rosario, quienes por su valiosa contribución hicieron posible la realización del estudio.

Referencias bibliográficas

- 1- Breilh, J.; Granda E. (1980) Investigación de la salud en la sociedad. CEAS. Quito.Ecuador
- 2- Carvalho, M. (1993) Análise das condicoes de vida e marte em populações urbanas. Uma proposta para os serviços de saúde. PANORAMAENSP. Río de Janeiro. 41.
- 3- Castellanos P.L., (1997), "Epidemiología, Salud Pública, Situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales" en Saúde e Movimento Nº 4 - Condiciones de vida y situación de salud: Capítulo 2 -ABRASCO (Río de Janeiro).
- 4- OPS, (1990), "Las condiciones de salud en las Américas" (edición 1990, Vol.1, pág.126 a 130)
- 5- "Social Science and Medicine", (1994), Vol.38, Nº 8, pp. 1091-1110.
- 6- Garma, M.E.(1998) "Discursos y representaciones acerca de la salud de la mujer: permanencias y cambios". Investigación en Salud Vol.1 N02 - Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Rosario.
- 7- Breilh, J. (1996), "El género entre fuegos: inequidad y esperanza", CEAS, Quito, Ecuador.
- 8- Mejía, M.R., (1997), "El cuidado de la salud de la mujer, ¿un desafío clínico?", Revista Medicina y Sociedad, Vol.20, Nº 3, Buenos Aires, Argentina.

- 9- Prece, G; Di Liscia, M.H.; Piñero, L. (1996) "Mujeres populares. El mandato de cuidar y curar". Editorial Biblos.
- 10- Langer, A et al, (1993), "Impacto de la muerte materna sobre la situación posterior de la familia", Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones en Salud Pública, mimeo, Cuernavaca, México.
- 11- Fernández de Russo, N. (1997), "Programa de evaluación de la mortalidad infantil en el Municipio de Rosario", Taller de capacitación en Calidad de la atención médica.
- 12- Margulies, 5. (1999), VIII Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario", conferencia.
- 13- Belmartino, 5. eta (1995), "Mujer y Servicios de Salud. Una perspectiva crítica". Cuadernos Médico-sociales, edición especial, CESS, Rosario.
- 14- Fein, M. Ponencia 3er. Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas (Quebec, Canadá) 13 al 16 de marzo de 2000.
- 15- Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Boletín de Bioestadística. Publicación de la Dirección de Bioestadística. Año 3 N° 1, noviembre de 2000.
- 16- Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Programa de Salud Integral de la Mujer. Primer documento de consenso para el trabajo. Año 2000.
- 17- Ibídem 14.
- 18- Secretaría de Salud Pública, Dirección General de Atención Médica, (1996) "Programa para mejorar la calidad de vida de la mujer en edad reproductiva".
- 19- OPS/OMS (1997) "Implantación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE 10)", Boletín Epidemiológico, 18 (1), 1-4.
- 20- Ibídem 2.
- 21- Dussault, G., (1995), "La Epidemiología y la gestión de los Servicios de Salud", Boletín Epidemiológico, OPSIOMS (16), 2.
- 22- OPS/OMS (1978) Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción - 9ª Revisión Vol.1 - Publicación Científica 353.
- 23- Ibídem 19.
- 24- Ibídem 19.
- 25- Da Silva, K. (1992)"Mortalidade materna: Avaliaçao da Situaçao no Rio de Janeiro, no Período de 1977 a 1987. Cadernos de Saúde Pública Vol.8 N°4 outubro-dezembro 1992.
- 26- Sánchez, O. Director del Instituto Médico Legal de Rosario (1996) Expresiones en una entrevista personal a los fines del proyecto.
- 27- Menéndez, EL. (1984) "El problema del alcoholismo y la crisis del modelo médico hegemónica". Cuadernos Médico-sociales, 28, CESS, Rosario.
- 28- Ministerio de Salud y Acción Social (1987) "La mortalidad materna en la Argentina" Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Serie 8 N° 4 - Buenos Aires.
- 29- Laurenti, R. et al, (1986) "Mortalidade de mulheres em idade fértil no Municipio de Sao Paulo <Brasil>, 1 - Metodología e resultados gerais". Rev. Saúde Pública, 24 <2>: 1283 - 33, abr. 1990.
- 30- Ibídem 2.
- 31- Katz, M.E. et al (1995) "Mortality rates among 15 a 44 years - old women in Boston: looking beyond reproductive status". Am.Public Health. Aug 85 (Bptl): 1135-8.

- 32- Mora, G.; Yunes, J. "Mortalidad Mater-na: una tragedia ignorada" en "Género, mujer y salud en la Américas". OPS. Publicación Científica N° 541, 1993, pág.75.
- 33- Vinacur, J.; Cuman, G., (Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 8, N0 13, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, Argentina, 1992) citados por Mora, G.; Yunes, J. "Mortalidad Materna: una tragedia ignorada" en Publicación Científica N° 541, (1993) de OPS.
- 34- Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER) - Revista bimestral, Año 1 N° 3, Set. 1999.
- 35- Bloch, C., Torres de Quinteros, Z.C. et al (1985) "El proceso de salud enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte, Rosario (Argentina) 1981-82". Cuadernos Médico-sociales, 32 y 33, CESS, Rosario.
- 36- Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (1998). Boletín sobre el SIDA en la Argentina 5 (14).
- 37- Secretaría de Salud Pública - PROMUSIDA y Departamento de Epidemiología. (1998) Informe Epidemiológico de VIH/SIDA. Año 4.
- 38- Secretaría de Salud Pública - PROMUSIDA y Departamento de Epidemiología. (1998) Informe Epidemiológico de VIH/SIDA. Año 5.
- 39- Dirección General de Estadística del Municipio de Rosario. Anuario Estadístico 1988.
- 40- Ibidem 38.
- 41- Ibidem 21.
- 42- Molina, C. A; López, M.V. (1995) "Mortalidad evitable. El caso de la frontera Norte de México, 1980-1990" Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro, jul/set. 11(3); 395.
- 43- Paltiel, F. "La salud mental de la mujer de las Américas" en "Género, mujer y salud en las Américas". OPS, Publicación Científica N° 541, 1993, pág. 151-152.
- 44- Ibidem 38.
- 45- Ibidem 34.
- 46- Secretaría de Salud Pública - Internación Domiciliaria. Una alternativa integral para la salud (1999).

[Anexo](#)

Tabla I. Datos generales del certificado de defunción según residencia habitual

Variables	Residentes		No residentes		Se ignora		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
10 a 24 años	37	10,1	10	12,1	5	20,8	52	11,0
25 a 39 años	72	19,7	22	26,5	3	12,5	97	20,5
40 a 54 años	257	70,2	51	61,4	16	66,7	324	68,5
Lugar de defunción	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Público Provincial	35	9,6	17	20,5	2	8,3	54	11,4
Público Municipal	50	13,6	7	8,4	3	12,5	60	12,7
Privado/Obra Social	116	31,7	43	51,8	2	8,3	161	34,0
Domicilio/Vía pública	110	30,1	0	0,0	1	4,2	111	23,5

Se desconoce	55	15,0	16	19,3	16	66,7	87	18,4
Tuvo atención médica durante su última enfermedad	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Sí	272	74,3	70	84,3	13	54,2	355	75,1
No	2	0,6	1	1,2	0	0,0	3	0,6
Sin información	92	25,1	12	14,5	11	45,8	115	24,3
La atendió el médico que suscribe	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Sí	176	48,1	39	47,0	3	12,5	218	46,1
No	138	37,7	35	42,2	16	66,7	189	40,0
Sin información	52	14,2	9	10,8	5	20,8	66	13,9
Estuvo internada durante su última enfermedad	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Sí	244	66,7	68	81,9	12	50,0	324	68,5
No	27	7,4	3	3,6	1	4,2	31	6,6
Sin información	95	25,9	12	14,5	11	45,8	118	24,9
Se practicó autopsia	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Sí	41	11,2	4	4,8	9	37,5	54	11,4
No	263	71,9	70	84,3	11	45,8	344	72,7
Sin información	62	16,9	9	10,9	4	16,7	75	15,9
Estaba embarazada o cursaba puerperio	366	100,0	83	100,0	24	100,0	473	100,0
Sí	1	0,3	2	2,4	1	4,2	4	0,9
No	29	7,9	3	3,6	3	12,5	35	7,4
Sin información	336	91,8	78	94,0	20	8,3	434	91,7

Tabla II. Datos generales del certificado de defunción según lugar de defunción

Variables	Público		Privado / Obra Social		Domicilio / Vía Pública		Se ignora		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
10 a 24 años	16	14,0	9	5,6	14	12,6	13	14,9	52	11,0
25 a 39 años	27	23,7	28	17,4	22	19,8	20	23,0	97	20,5
40 a 54 años	71	62,3	124	77,0	75	67,6	54	62,1	324	68,5
Nivel de instrucción	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
Analfabeta / Primaria incompleta	12	10,5	9	5,6	12	10,8	11	12,6	44	9,3
Primaria completa / Secundaria Incompleta	41	36,0	54	33,5	34	30,6	32	36,8	161	34,0
Secundaria	9	7,9	29	18,0	18	16,2	20	23,0	76	16,1

completa / Superior										
Sin información	52	45,6	69	42,9	47	42,4	24	27,6	192	40,6
Situación conyugal	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
Soltera	50	43,9	31	19,3	40	36,0	37	42,5	158	33,4
Casada / Unión de hecho	60	52,6	104	64,6	54	48,7	42	48,3	260	55,0
Divorciada / Viuda	3	2,6	19	11,8	8	7,2	4	4,6	34	7,2
Sin información	1	0,9	7	4,3	9	8,1	4	4,6	21	4,4
Atención médica durante su última enfermedad	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
Sí	96	84,2	143	88,8	67	60,4	49	56,3	355	75,1
No	0	0,0	0	0,0	1	0,9	2	2,3	3	0,6
Sin información	18	15,8	18	11,2	43	38,7	36	41,4	115	24,3
La atendió el médico que suscribe*	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
Sí	69	60,5	77	47,8	47	42,3	25	28,7	218	46,1
No	32	20,1	68	42,2	44	39,7	45	51,7	189	40,0
Sin información	13	11,4	16	10,0	20	18,0	17	19,6	66	13,9
Estuvo internada durante su última enfermedad	114	100,0	161	100,0	111	100,0	87	100,0	473	100,0
Sí	96	84,2	138	85,7	47	42,3	43	49,4	324	68,5
No	1	0,9	3	1,9	19	17,1	8	9,2	31	6,6
Sin información	17	14,9	20	12,4	45	40,6	36	41,4	118	24,9

*Chi cuadrado 2 grados de libertad= 7,24; p=0,0268

Tabla III. Datos generales obtenidos en el Instituto Médico Legal

Variables	Nº	%
Grupos de edad	61	100,0
10 - 24 años	26	42,6
25 - 39 años	15	24,6
40 - 54 años	20	32,8
Nivel de instrucción	61	100,0
Analfabeta / Primaria incompleta	9	14,8
Primaria completa / Secundaria incompleta	26	42,6
Secundaria completa / Terciaria	15	24,6
Sin información	11	18,0
Situación conyugal	61	100,0
Soltera	40	65,6
Casada / Unión de hecho	16	26,2

Divorciada / Viuda	4	6,6
Sin información	1	1,6
Residencia habitual	61	100,0
Rosario	54	88,5
Otra localidad	7	11,5
Lugar de defunción	61	100,0
Público Provincial	1	1,6
Público Municipal	15	24,6
Privado / Obra Social	1	1,6
Domicilio / Vía Pública 1	40	65,6
Se desconoce	4	6,6
Examen de genitales internos	61	100,0
No gestante	30	49,2
No posee	1	1,6
Sin información	30	49,2
Causa básica de muerte (CIE 9)	61	100,0
Causas no violentas	11	18,0
Muerte natural	4	6,6
Accidente de tránsito	15	24,6
Otros accidentes	6	9,8
Operaciones quirúrgicas	1	1,6
Suicidios	19	31,2
Homicidios	3	4,9
Se ignora intencionalidad	2	3,3

Tabla IV - Causas básicas de defunción (CIE 9) durante 1988 y año bajo estudio.

	1988		1997/8	
Causa de muerte	Nº	%	Nº	%
Tumorales*	122	32,6	153	41,8
Aparato circulatorio **	80	21,4	56	15,3
Causas externas	45	12,0	45	12,3
Endócrinas y metabólicas ***	9	2,4	24	6,6
Infecciosas	11	2,9	13	3,6
Aparato respiratorio	26	7,0	15	4,1
Aparato digestivo	15	4,0	9	2,5
Complicaciones del embarazo, parto o puerperio	3	0,8	0	0,0
Sistema nervioso	12	3,2	6	1,6
Otras causas	17	4,6	17	4,5
Mal definidas	34	9,1	28	7,7
Total	374	100,00	366	100,00

* Chi cuadrado 1 grado de libertad= 6,29; p=0,0121

** Chi cuadrado 1 grado de libertad= 4,18; p=0,0410

*** Chi cuadrado 1 grado de libertad= 6,54; p=0,0110

Tabla V. Datos generales del certificado de defunción por zona. Residentes en Rosario

	Centro		Norte y noroeste		Oeste, Sur y Suroeste		Se ignora		Total	
Variables	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad	85	100,0	106	100,0	143	100,0	32	100,0	366	100,0
10 a 24 años	7	8,2	9	8,5	17	11,9	4	12,5	37	10,1
25 a 39 años	16	18,8	19	17,9	31	21,7	6	18,8	72	19,7
40 a 54 años	62	73,0	78	73,6	95	66,4	22	68,7	257	70,2
Lugar de defunción	85	100,0	106	100,0	143	100,0	32	100,0	366	100,0
Público	12	14,1	21	19,8	43	30,1	9	28,1	85	23,2
Privado / Obra social	33	38,8	38	35,8	34	23,8	11	34,4	116	31,7
Domicilio / Vía pública	25	29,4	36	34,0	43	30,1	6	18,8	110	30,1
Se desconoce	15	17,7	11	10,4	23	16,0	6	18,7	55	15,0
Causa de muerte (CIE 9)	85	100,0	106	100,0	143	100,0	32	100,0	366	100,0
Tumorales	37	43,5	47	44,3	56	39,1	13	40,6	153	41,8
Aparato circulatorio	9	10,6	19	17,9	25	17,5	3	9,4	56	15,3
Causas externas	15	17,7	7	6,6	18	12,6	5	15,6	45	12,3
Endócrinas y metabólicas	4	4,7	6	5,7	12	8,4	2	6,3	24	6,6
Infecciosas	2	2,3	5	4,7	5	3,5	1	3,1	13	3,5
Aparato respiratorio	6	7,1	5	4,7	3	2,1	1	3,1	15	4,1
Aparato digestivo	2	2,3	2	1,9	4	2,8	1	3,1	9	2,5
Compl. del embarazo, parto o puerperio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otras causas	4	4,7	8	7,6	8	5,6	3	9,4	23	6,3
Mal definidas	6	7,1	7	6,6	12	8,4	3	9,4	28	7,6
Estuvo internada	85	100,0	106	100,0	143	100,0	32	100,0	366	100,0

durante su última enfermedad										
Sí	55	64,7	76	71,7	88	61,5	25	78,1	244	66,7
No	5	5,9	7	6,6	13	9,1	2	6,3	27	7,4
Sin información	25	29,4	23	21,7	42	29,4	5	15,6	95	25,9
La atendió el médico que suscribe	85	100,0	106	100,0	143	100,0	32	100,0	366	100,0
Sí	30	35,3	55	51,9	71	49,6	20	62,5	176	48,1
No	40	47,1	38	35,8	49	34,3	11	34,4	138	37,7
Sin información	15	17,6	13	12,3	23	16,1	1	3,1	52	14,2

Tabla VI. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad y por zona de residencia en Rosario

Edad	Tasas de Mortalidad (por 1000)		
	Centro	Norte y Noroeste	Oeste, sur y suroeste
10 a 24 años	0,21	0,24	0,33
25 a 39 años	0,53	0,64	0,76
40 a 54 años	2,37	3,10	2,91
Total	0,95	1,15	1,14

Las instituciones para la infancia y la ciudadanía de niños/as y adolescentes.

La implementación de políticas sociales para la infancia.

Llobet, Valeria*

Resumen

El presente trabajo forma parte de la investigación: Facilitadores y Restrictores de Procesos Resilientes en Chicos de la Calle, dirigida por la Prof. Ps. Graciela Zaldúa, en el marco del sistema de becas de Doctorado de UBACyT.

Investigación de diseño cuali-cuantitativo, por la cual nos proponemos indagar las posibilidades de niños y adolescentes vulnerabilizados de constituir procesos resilientes, entendidos como "un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio". (Rutter:1992). Es este aspecto vincular el que hemos priorizado, incluyendo por esta vía a los efectores de las instituciones, así como a la propia institución.

En esta presentación, pretendemos abordar exclusivamente aquellos aspectos de la dimensión institucional relevados mediante entrevistas y fuentes secundarias (materiales de difusión, institucionales, etc.), en tanto reconsideramos los procesos subyacentes a la posibilidad de procesos resilientes en el marco de la constitución de los niños/as y adolescentes como ciudadanos, es decir, sujetos de derechos y por lo mismo de responsabilidad, con niveles de autonomía y autodeterminación, involucrados en tanta parte de un colectivo en las decisiones sobre su futuro y su presente. En ese marco, las políticas sociales para la infancia, su diseño e implementación, impactan directamente en la capacidad de los niños y adolescentes de superar las situaciones de vulnerabilidad, y configurar procesos resilientes que les permitan empoderamientos y, en última instancia, libertad.

Los resultados alcanzados en este capítulo, se enmarcan en la discusión ética y teórica respecto a qué son las políticas sociales, y cuál o cuáles las estatutos de ciudadanía que las mismas propician. En términos generales, podemos afirmar que prácticas ligadas a las definiciones tutelares de la población, se verifican a nivel institucional, a partir de la misma definición de los problemas, y el diseño de su implementación. En este nivel, la realidad de las instituciones que serán efectoras de las políticas, parece excluida del diseño, lo que relativiza el impacto de las prácticas, y sobrecarga a los trabajadores. Los niveles de vulnerabilidad institucional, obsolescencia e inadecuación son altos en el sector, redundando en prácticas de bajo impacto, y altas niveles de frustración en los trabajadores.

* _____ Lic. En Psicología, Facultad de Psicología, UBA

Palabras clave

chicos de la calle - resiliencia - institución - política social

Consideraciones acerca de las políticas públicas y la categoría de ciudadanía

Nos planteamos abordar el problema de implementación de las políticas sociales. En esta dimensión, los sentidos, significaciones y representaciones que los efectores (y la sociedad) portan y construyen respecto del problema abordado, más que contexto, parafraseando a Kristeva, conforman el texto de las instituciones. Constituyen el nivel discursivo que otorga existencia a identidades sociales, y "por su fuerza, hace ser a lo que designa" (Chartier: 1995).

Partimos de suponer que un aspecto relevante de las políticas sociales implementadas, es su participación en la reproducción de la estructura social en tanto "red especial de micropoderes, por medio de la construcción de campos disciplinares, instituciones prestadoras de servicios, un cuerpo de técnicos calificados y un conjunto de prácticas normalizadoras" (Fleury: 1997). En el corazón de las políticas sociales, la categoría "ciudadanía" como mediación necesaria para su aparición así como contenido general a alcanzar, en tanto las políticas sociales vendrían a garantizar que la categoría jurídica alcance estatuto de condición efectiva. Como parte del "régimen de verdad" (Foucault: 1979) de cada sociedad, la ciudadanía, a partir de conjugar derechos y deberes, se constituye en un dispositivo de verdad sobre el que se fundamenta el poder. Base necesaria a la construcción de la legitimidad. Este régimen de verdad configura uno de los contenidos posibles del Imaginario Instituido (Castoriadis, 1989), otorga sentidas a las significaciones imaginarias que cimentan las instituciones sociales, y que plantean los límites a lo pensable, a la configuración de la subjetividad. Marcan los modos de relación con los objetos, las afectividades y, más en general, los modos de existencia social de los individuos, el sentido común (Gramsci, 1970) de una sociedad en un momento histórico determinado.

Resulta necesario preguntar y preguntarse si en nuestro país la ciudadanía como práctica simbólica y condición universal de existencia social ¿configuró nuevas significaciones imaginarias, nuevas formas de legitimación -por lo mismo, nuevas formas de subjetividad-, o es verificable un dualismo en términos de ciudadanos-no ciudadanos? Las luchas por la ampliación de los derechos humanos (y de ciudadanía) a grupos considerados "minorías" ("sufrientes"-enfermos mentales, niños y adolescentes, mujeres, grupos étnicos minoritarios) parecen delatar una base esencialmente no democrática ni universal en los modos en que se instituyó y configuró la ciudadanía. ¿Es posible que la aceptación a nivel retórico de la Convención Internacional de Derechos del Niño y del Adolescente (CIDNA) (García Méndez) genere instituciones, es decir, se implemente de modo tal que instituya efectivamente a la infancia como sujeto de derechos? En un contexto de dualización profunda de la sociedad ¿es posible generar prácticas que posibiliten empoderamientos y autonomías, en definitiva, ciudadanía?. Ello sin desconocer el "double bind" que supone la ciudadanía en tanto tal: por un lado, expresión jurídica del individualismo, correlato necesaria del mercado y negación de actores colectivos (Fleury: 1997), por otra, condición de existencia que garantiza y posibilita la reproducción, estatuto de igualdad a alcanzar cuando la diferencia abre a la posibilidad de tutelas, inferioriza. En una lógica contradictoria, la ciudadanía es tanto igualación

abstracta como condición necesaria, individualista como instalación de los deberes colectivos. Posibilidad de libertad (en términos de Castoriadis, necesariamente colectiva para que contenga a la individual) y autonomía (constituida también en lo vincular, necesitada del otro y los otros en tanto lazo social), reclamo que habilita empoderamientos colectivos (como el caso de las feministas). En términos técnicos, diversas definiciones convergen en asumir que las políticas públicas implican el establecimiento de principios generales que presiden la acción, tendientes a modificar algún aspecto de la realidad, y se constituyen ellas mismas en acciones. Obviando en este análisis el proceso por el cual un asunto se transforma en un problema a ser resuelto por las políticas públicas, el proceso de formulación de las políticas supone un momento de diagnóstico, una propuesta de solución (la política propiamente dicha), un proceso de implementación (su dimensión institucional) y la evaluación de su impacto.

Respecto de las políticas sociales, podemos plantear que, en teoría, sería el instrumento por el cual el Estado garantiza la reproducción social mediante la satisfacción de las necesidades constituidas en derechos sociales de los ciudadanos. Las políticas sociales serían, entonces, la mediación privilegiada entre capital y trabajo, entre mercado y sociedad¹. Muy esquemáticamente, las diversas tipologías de las políticas sociales, operadas por diferentes tipos de Estado de Bienestar plantean, a grandes rasgos, tres tipos genéricos: redistributivas o universalistas, corporativistas o meritocráticas y focales o asistencialistas². De acuerdo al tipo de política social implementada, encontraremos también institucionalidades diversas y, por lo mismo, cristalizaciones organizacionales también diferentes. En el primer caso, suele tratarse de un nivel organizacional pública estatal, y/o pública en el caso de las asociaciones ciudadanas que se instalan como contralores de la dimensión republicana del estado, o como actores sociales que permiten visibilizar problemas particulares. En el segundo caso, la gestión organizacional suele ser pública estatal combinada con una gestión pública sindical. En el tercer caso, podemos encontrar que la implementación de las políticas es susceptible de ser realizada por organizaciones del sector privado (beneficencia privada, grupos eclesiásticos, etc.) o del actualmente denominada "Tercer Sector", mix público privado corporizado por organizaciones de la sociedad civil. Las relaciones Estado-Sociedad, los niveles de participación ciudadana, la posibilidad de transformación de necesidades en derechos, también estarán altamente asociados a la modalidad institucional por la cual se diseñan y gestionan las políticas. También, y más profundamente, la institucionalidad democrática será un determinante. En este sentido, cabe plantear la pregunta respecto al rol del tercer sector, ONG 's, etc. Su función en democracias altamente institucionalizadas, no restringidas al ámbito político, de matriz estadounidense, con un alto grado de republicanismo y, por lo mismo, de participación de la sociedad civil como contralor del desempeño del estado, impacta aumentando la democratización, instalando preocupaciones y

1 Ello en una dimensión. Existen diversas posiciones teóricas al respecto, que varían de acuerdo a la concepción del Estado. Para este análisis, podemos suponer la validez relativa de esta proposición.

2 A este respecto, la discusión respecto a si toda política focalizada es asistencialista supera el objetivo de análisis. En principio, porque al estar describiendo los tipos ideales, y derivar las políticas focales de un Estado Liberal, por lo mismo, herederas de las leyes de pobres, y sostenidas en el criterio de less-eligibility, estas políticas focales serán asistencialistas. En el marco de un EB cuyo criterio es universalista y su objetivo desmercantilizador, la opción de focalización puede ser un instrumento de equidad, y por lo mismo transitorio.

problemas sociales relevantes en las agendas sistémicas, incluso gestionando parcialmente las políticas. En nuestro país, el rumbo que desde las 90 han tomado las organizaciones del tercer sector, ha sido mayoritariamente la re privatización de problemas sociales y el aumento de la deuda externa. En el fonda, resulta necesario repensar y discutir las características de la "democracia" en nuestro país, sin pretender que Tercer Sector y Ciudadanía, en abstracto, sean la panacea de nada. Retomando, las políticas públicas, se basan en, o establecen, un marco jurídico, siendo el más general la Constitución Nacional, de la que derivarán legislaciones específicas que operacionalicen sus principios genéricos o los problemas sociales no contemplados particularmente. Configurando así el fundamento de legalidad de las políticas públicas.

Políticas para la infancia/adolescencia

La dimensión institucional

En el caso de las políticas para la infancia y la adolescencia, el marco jurídico está constituido por la Convención Internacional de Derechos del Niño y del Adolescente, incorporada a la Constitución Nacional en el año 1994. Las definiciones generales construyen una idea de niño y adolescente sujeto de derechos. Si bien la mayoría de los juristas sostiene que la CIDNA es operacionalizable en forma directa, su institucionalidad es altamente compleja, ya que a nivel de las prácticas, conviven dos marcos jurídicos contradictorios, la CIDN y la Doctrina de Situación Irregular (Ley 10903), esta última derogada automáticamente por la incorporación de la Doctrina de Protección Integral, pero puesta en práctica por diversos sectores.

Varias de las instituciones del "campo de la infancia y adolescencia" fueron originadas o reconvertidas a principio de siglo, acorde con la ley 10903 (Consejo Nacional del Menor y la Familia, Institutos Rocca, San Martín, Agote, etc.). Desde sus aspectos edilicios hasta la oferta, pasando por la estructura organizacional, se verifica en ellas la operancia de valores y representaciones sociales acordes con tal Doctrina de la Situación Irregular: la subsunción del estatuto de niño o adolescente a la de menor, la prevalencia de la noción de riesgo, la visualización de los usuarios como beneficiarios, etc. Se plantea así una contradicción de aspectos simbólico culturales entre la normativa jurídica y las organizaciones que debieran implementarla, generando un primer problema grave para la efectividad de la implementación de las políticas.

Respecto de la estructura institucional, Suárez (1981) plantea que factores como la vulnerabilidad organizacional, la obsolescencia y la inadecuación impactan en la capacidad operativa y la posibilidad de cumplimiento de los objetivos políticos. Vulnerabilidad organizacional es definida como la debilidad constitucional en determinados puntos críticos, que afectan la capacidad operativa: Profesionalización incompleta, Institucionalización precaria (poca diferenciación e informalidad organizacional), Financiamiento discontinuo, (lo que puede determinar la inexistencia de un horizonte temporal que permita la programación) son los indicadores propuestos para esta categoría. La obsolescencia organizacional supone una falta de actualización o retraso respecto del estado del arte en la materia, tanto a nivel de la estructura como de la tecnología. Por último, la inadecuación organizacional implica la no concordancia entre objetivos y tecnologías utilizadas para lograr determinados efectos. A este respecto, si bien no contamos con un relevamiento de campo como para dar cuenta de la realidad de las instituciones del sector, a partir del conocimiento

de tres de ellas (estatales)³, podemos plantear que se verifican indicadores de los tres factores. En dos de las casos, (cuyo objetiva general es que el niño o adolescente elija dejar la calle como ámbito cotidiano de vida, ya sea retornando al hogar familiar como aceptando una derivación a algún pequeño hogar definitivo) el grado de profesionalización es muy baja, con mayoría de trabajadores cuya título es de nivel técnico (para aquellos que cuentan con algún título específico) o bien, sólo cuentan con escolarización secundaria completa⁴. Con relación al grado de institucionalización, suele ser también muy bajo, en algunos casos homologando horizontalidad con indiferenciación, del tipo "todos hacen todo". En cuanto al financiamiento, si bien estas organizaciones son estatales, contando por lo mismo con partidas presupuestarias previamente asignadas por ley, al ser la mayoría del personal contratado, se plantea la posibilidad de discontinuidad laboral, así como el retraso en meses de las obligaciones salariales (en todas las casas, este año se produjo el pago de los salarios desde el mes de enero a partir del mes de junio). Parte de sus recursos, algunos de ellos centrales para la oferta (por ejemplo alimentos para los niños y adolescentes usuarios) dependen parcialmente del circuito de beneficencia privada. Ello hablaría de un alto grado de vulnerabilidad institucional. Con respecto a la obsolescencia, se encuentra que convergen el bajo grado de profesionalización con la incomunicación interinstitucional a nivel de producción de conocimientos y transferencia técnica⁵. La universidad, por ejemplo, tiene escasa nivel de impacto como asesara calificada, a pesar de estar desarrollando diversas investigaciones de aplicabilidad. Por última, la inadecuación organizacional plantea en realidad un debate necesario respecto a la solución de problemas económicos con políticas sociales. La asistencia a infancia y adolescencia vulnerabilizada por parte de instituciones específicas, sin conexión con las sectores de Salud y Educación, supone como efecto perverso la sola ampliación del "círculo vicioso de la pobreza". A ello sumado que los electores infracalificados, suelen plantear aproximaciones de sentido común e intervenciones en consonancia, cuyo efecto reproductivista es marcado. No intentamos aquí generar una mirada tecnocrática ni, mucho menos, culpabilizadora de los electores. Por el contrario, queremos remarcar el impacto que el grado de contradicción en el diseño de las intervenciones, y la carencia de recursos técnicos para desarrollar la práctica, revierte en altos niveles de frustración y estrés de los trabajadores.

Respecto de la definición de necesidades y construcción de los problemas relevantes, existe una primer dimensión, que sustenta a las de los programas, desde un a priori conceptual y técnico-político: "la calle no es un lugar para los chicos, y necesitan ser protegidos de ella, tienen que salir, para poder concretar su derecho a una infancia normal", y acceder a las distintas dimensiones de

3 Dos de dependencia municipal y una nacional

4 En este punto, resulta relevante mencionar la pertenencia de clase de los trabajadores: mayoritariamente provienen de sectores pauperizados (centralmente quienes se ocupan de los aspectos de mantenimiento y contención: cocineras/os, personal de limpieza, cuidadores) o son "nuevos pobres", miembros de clase media baja empobrecida.

5 Incluso a nivel de la oferta institucional se registra esta fragmentación. Las instituciones se "cierran" pretendiendo ampliar la oferta propia, en lugar de integrar redes con otros efectores que ya venían solventando variedad de demandas. Esta situación repercute en tres aspectos: a nivel intrainstitucional, minimizando el impacto de las acciones, aumentando la carga y el estrés de los trabajadores; a nivel intrainstitucional, fragmentando un campo ya fragmentado; a nivel de los usuarios, empobreciendo la oferta a la que acceden, y generando "poblaciones cautivas".

derechos consignadas por la condición de ciudadanía (sociales, económicas y políticas). A nivel de gestión, los problemas y necesidades son construidos por los técnicos a partir de la observación del desarrollo cotidiano de los niños y adolescentes, generando estrategias singulares de índole psicosocial, así como la evaluación personal de la derivación más conveniente para cada chico. En algunas casos, al manifestar los mismos su negativa a regresar al hogar familiar, esta ha sido escuchada y respetada, pero no trabajada. En otros, al plantear las chicos alguna resistencia a la derivación a un hogar permanente, se ha intentado "convencer" de la conveniencia de la elección de derivación. Creo que implícitamente, se culpabiliza a la familia, sosteniendo criterios bastante clasistas para evaluar la "pertinencia", "continencia" y "posibilidades" de las familias de origen de los chicos -diferente al ideal de familia que portan los electores como representantes de la sociedad moderna-, al mismo tiempo que desconociendo algunos derechos reconocidos por la CIDNA (centralmente, vivir con la familia propia).

Puede agregarse que estos factores deben ser incluidos en el diseño de una política. Según Bianchi, "al analizar (...) el fallo en las políticas referidas al desarrollo de la infancia y la juventud (...) se tiende a adjudicar a la falta de medios, de capacitación o de otros recursos operativos. Sin embargo, esas limitaciones forman parte de la realidad para la cual se operan las políticas L) no son impredecibles (...) y por su cotidianeidad deben ser incorporados en las instancias y momentos de planificación" (Bianchi:1995:1)

Estas políticas suelen ser diseñadas e implementadas abrevando en el aspecto cultural que separa política y administración, decisión y ejecución, sobredimensionando las posibilidades de intervención. Los problemas en la definición de las políticas pueden ser, según la autora, de tres tipos: técnicos, cuando la estrategia no produce los efectos esperados, técnico-políticos, cuando el fallo se produce en la selección de los problemas objetivo, o de carácter político, cuando se indiferencian las esferas pública y privada en la consideración de los problemas públicos. El diseño de la política debe considerar la implementación, es decir, los recursos organizacionales, de participación, de control de gestión.

"La eficiencia de la implementación exige que las normas y los objetivos de los programas sean comprendidos cabalmente por los individuos a quienes corresponde su ejecución (...) requiere mecanismos y procedimientos institucionales que permitan incrementar la probabilidad de que los responsables de la implementación actúen de acuerdo con las normas y los objetivos de la política (...) requiere de la confluencia de una perspectiva interinstitucional e intersectorial para el abordaje de las problemáticas con mayor posibilidad de éxito" (Op.Cit.:4).

Al implementar los programas derivados del objetivo general, se plantean divergencias con el enunciado político. Algunas de ellas se derivan de los problemas interinstitucionales e intersectoriales, otras de las representaciones que los electores construyen y parten respecto de "infancia". Así, en determinadas ocasiones aparece una idea de "niño víctima" en general de sus padres o de la sociedad, y por lo tanto objetivado. En otras, se devela la idea de "menor irrecuperable" frente al fracaso o falla de las intervenciones concretas sobre un niño concreto. Por otro lado, la modalidad de gestión y definición de estrategias, rara vez permite a los niños y adolescentes constituirse en verdaderos sujetos de derecho y optar, o al menos ser escuchados. Así, la "decisión" manifestada por el chico de "salir de la calle" muchas veces se torna para los propios chicos en una trampa, definiéndose cuál es el mejor destino para ellos, volver a la casa familiar, ir a

un hogar y a cual, etc. En la base, la construcción simbólica de la infancia como totalmente heterónoma, momento de incompletud que debe ser dependiente del adulto. Al mismo tiempo, estas instituciones se cierran a mecanismos democráticos de control, al igual que las instituciones consideradas tutelares.

A modo de conclusión

Como aspectos que permiten maximizar el cumplimiento de objetivos, la incorporación de las actividades de asesoría y asistencia técnica, auxiliando en la interpretación de los lineamientos, apartando recursos técnicos y físicos, puede ser un instrumento de compensación de vulnerabilidad organizacional. La generación de alianzas, negociaciones y canales de participación como modalidad de gestión, puede corregir las desviaciones provocadas por la organización informal, al promover nuevas modalidades de socialización acordes con la política marca. El diseño de la política de modo flexible, posibilitando márgenes de autonomía para su adecuación a las realidades locales y organizacionales, permite la aceptación y el acuerdo con los objetivos, ya que la regulación extrema y restrictiva produce el mayor desvío de las metas. Por último, los mecanismos de control de gestión democráticos impactan ampliando el consenso de los miembros de la organización respecto de los objetivos de las políticas.

Al margen o subyacente al análisis anterior, cabe preguntarse seriamente por la posibilidad real de impactar en los problemas sociales de la infancia y la adolescencia en un marco de primacía de la lógica económica por sobre la lógica política. La autonomía real en el diseño de las políticas, en el dimensionamiento de las problemas sociales que las requieren, y en la adecuación de la dimensión organizacional para implementarlas, no es un dato extra a estas consideraciones.

Por última, si las políticas sociales surgen parcialmente como correlato de la inclusión de los derechos sociales como derechos de ciudadanía, y vendrían a garantizar su alcance real y satisfacción, los problemas en el diseño y la implementación de las mismas revierten en la condición de ciudadanía real de los miembros del Estado de que se trate. En este punto, podemos preguntarnos, con Castoriadis, si las sociedades (globalización mediante, demolición del Estado de Bienestar, negación de la dimensión redistributiva de las políticas sociales, prediseño de las políticas públicas de los países dependientes en las agencias internacionales) siguen siendo capaces de fabricar los individuos necesarios a su reproducción, ciudadanos, o bien están fabricando solamente consumidores. Y si en algún momento, será posible discutir al implementar las políticas, el estatuto de ciudadanía de niños/as y adolescentes, no como una donación paternalista, sino como un derecho al fin reconocido.

Bibliografía general

- Bianchi, M. (1999): Infancia y Ciudadanía: ¿Obligaciones para quién?. Congreso Internacional de Psicología, Panamá.
- Bianchi, M. (1995): La implementación de políticas sociales. Unicef, Tegucigalpa.
- Bianchi, M.: Organización simple, políticas complejas. Fundación Pibes Unidos, CEA. Mimeo.
- Castoriadis, C (1989): La institución Imaginaria de la sociedad, Caps. 3 y 7, Ed. Tusquets, Buenos Aires.

- Castoriadis, C. (1997): El avance de la Insignificancia. Las encrucijadas del Laberinto IV, EUDEBA, Buenos Aires.
- Chartier, R. (1995): Escribir las prácticas -Foucault, de Certeau, Mann. Editorial Manantial, Buenos Aires.
- Fleury Teixeira, S. (1997): Estados sin ciudadanos: Seguridad Social en América Latina. Lugar Editorial, Buenos Aires
- Foucault, M. (1979): Microfísica del Poder, Las Ediciones de la Piqueta, Madrid.
- Gramsci, A. (1970): Antonio Gramsci: Antología. Siglo XXI Editores, México.
- García Méndez: Sin datos de Edición.
- Rutter, M. (1992): en Estado del Arte en Resiliencia, Kotliarenko y Fontecilla (1998), OPS, Washington.
- Schlemenson, A. (1988): Análisis organizacional y empresa unipersonal. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Suárez, F. (1981): Diagnóstico de Instituciones de Bien Público, Seminario de Diagnóstico de Instituciones de Bien Público, CIDES, OEA y Dirección Nacional de Promoción Social, Ministerio de Acción Social de la Nación, Buenos Aires.
- Titmuss, R: Política Social, Ed. Ariel Quincenal. Sin Datos Edición
- Zaldúa, G. y Perez Chávez, K. (1999): Vulnerabilidad y Resiliencia, en Violencia y Psicología, Zaldúa, Eudeba, Buenos Aires.

El estrés asistencial en los servicios de salud

“Era un hombre sin experiencia colectiva,
lo que se dice un individuo...”

Cèline

Di Liscia, María Laura*; Huerta, Adriana**; Gutierrez, Laura***

Resumen

El presente artículo refiere a una investigación sobre la problemática del Síndrome de Estrés Asistencial (Burnout) llevada a cabo en un Hospital General de la ciudad de Rosario. A tal fin se administraron el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson que releva las diferentes fases del síndrome (Cansancio Emocional, Despersonalización, Abandono de la Realización Personal), una encuesta socio-laboral y un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas referidas a las principales causas de malestar en el trabajo y posibles estrategias de resolución. Participaron del estudio, profesionales de diversos servicios hospitalarios: médicos, enfermeros, psicólogos, farmacéuticos, fonoaudiólogos, bioquímicos, etc.

Como hallazgos significativos, se señala que alrededor del 60% de los profesionales participantes en el estudio presentó afectación en la fase de despersonalización del Síndrome de Burnout. Por otra parte, la Falta de Reconocimiento por parte de las autoridades surgió como la principal causa de malestar en el trabajo, señalada por más de la mitad de los trabajadores participantes (52%).

En función de estos hallazgos se discute sobre la importancia de la categoría "reconocimiento", en el proceso de construcción de identidad de los sujetos y específicamente en el campo laboral, por tanto condición necesaria para la conformación de escenarios laborales saludables para los trabajadores de salud.

Summary

This paper describes a study about Assistance Stress Syndrome (Burnout Syndrome). The research was developed at a General Hospital of Rosario city. The technics administered in the study were Burnout Maslach Inventory (MBI), which evaluate the different dimensions of Burnout Syndrome (Emotional Exhaustion, Despersonalization, Personal accomplishment); a socio-labour survey and a questionnaire about main causes of disappointment in job and strategies of resolution of the problems. Various kinds of professionals were involved in the study: physicians, nurses, psychologists, pharmaceutics, biochemists, etc.

Near 60% of the professionals participants were affected at despersonalization phase. Other hand,

* _____ Psicóloga. Servicio de Salud Mental, Maternidad Martin. Secretaría de Salud Pública (SSP). Municipalidad de Rosario (MR).

* * Médica Psiquiatra, Master en Salud Mental, Investigadora del Area de Investigación en Salud. SSP. MR.

* ** Lic. en Estadística, Pasante del Area de Investigación en Salud. SSP. MR.

52% of professionals refers that Lack of recognition was the main cause of suffering in labour. Therefore, the authors discuss about the importance of "recognition" in the construction of subjects identity process, especially in work field. Because of that, recognising constitute a necessary condition for building healthy spaces for health workers.

Introducción

El interés por llevar a cabo esta investigación surge en un momento en el que dos de las autoras del trabajo se encontraban insertas en el Servicio de Salud Mental de un Hospital general de jurisdicción municipal. A partir de la fluida interacción con los trabajadores de los demás servicios hospitalarios y la propia percepción subjetiva de sobrecarga laboral y malestar, se consideró de fundamental importancia intentar tramitar de un modo productivo dicho malestar, mediante el desarrollo de un proceso de investigación que permitiera dar cuenta de las condiciones de producción del mismo a la vez que reflexionar acerca de posibles cursos de acción que permitieran su resolución. Vale decir, nos pareció fundamental tomar distancia de lo cotidiano para poder desnaturalizarlo y por tanto tener una mirada crítica.

Se partió entonces de un primer supuesto, a saber, que las condiciones en que se desarrollaba el proceso de trabajo estaban directamente vinculadas a la producción de malestar en el ámbito laboral. Un segundo supuesto fue que la calidad de las prestaciones se veía afectada negativamente por este malestar. En relación al primero de los supuestos queremos enfatizar en la noción de proceso de trabajo por sobre lo que habitualmente se denomina condiciones de trabajo, en la medida que entendemos que la primer noción otorga estatuto de historicidad a la categoría trabajo y al mismo tiempo involucra la dimensión subjetiva vinculada a la propia transformación que el hombre sufre en el proceso, en tanto que la segunda remite casi exclusivamente a una exterioridad que "influye" en el sujeto del trabajo.

Queremos resaltar también como cuestión preliminar, la doble condición que supone la categoría trabajo. Trabajo como productor de salud y como productor de enfermedad. "El trabajo es un factor poderoso en nuestra salud, equilibra nuestra vida diaria y determina su ritmo..." [\(1\)](#)

Autores como Climent, (1994) plantean desde una perspectiva sociológica, de qué modo a través del trabajo, se satisfacen las necesidades que hacen a la conservación de la vida; desde una perspectiva psico-social, el trabajo es constitutivo de identidad en la medida que opera como intermediario entre el sujeto y el mundo en una relación de mutua transformación.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el plantear la problemática del estrés asistencial no intenta referir a cierto grado de vulnerabilidad individual a desarrollar el padecimiento. Por el contrario, se pretende inscribir esta problemática en el contexto histórico particular de este fin de siglo, tratando de situar el impacto en la subjetividad de los trabajadores de salud de las condiciones laborales actuales, poniendo el énfasis en los cambios operados en lo social a partir de la reformulación del aparato estatal y la consecuente crisis de la sociedad salarial. Crisis acompañada de la presencia fuerte de sectores no incluidos en el mercado laboral o débilmente insertos en el mismo.

El presente estudio no desconoce los condicionantes singulares que hacen a la ubicación particular de un sujeto en su medio laboral, pero centra su visión en el carácter subjetivante o no de dicho medio.

Antecedentes sobre la problemática del estrés: El campo sanitario

Bermann (1990) refiere que el estrés es motivo de atención y estudio en diversos campos temáticos y que desde la década del '50 y gracias a Selye "...se ha colmado un vacío en la formación e información de médicos e investigadores, de periodistas y empresarios. En EEUU se realizan campañas nacionales en su contra a partir de variedad de instituciones que las promueven - American Institute of Stress, Stresscare, (...) Escuela de Palo Alto, etc.-" (2). América Latina por su parte, fundamentalmente a través de Asa Cristina Laurell, tiene una larga tradición de investigaciones relacionando condiciones de trabajo y desgaste obrero.

Otros estudios sobre estrés en el campo laboral contemplan cuestiones muy diversas, por ejemplo Parkes (1998), considerando los aspectos psicosociales del estrés en trabajadores de la industria en regiones costeras ha estudiado su vinculación con la salud y la seguridad.

Williams y colaboradores (1997) han informado acerca del impacto negativo en la salud de mujeres trabajadoras cuando son sometidas a demandas laborales estresantes.

En el ámbito sanitario hay amplias coincidencias en cuanto a que "el estrés propio de las profesiones sanitarias es más alto que el de otras muchas profesiones" (3).

Particularmente la literatura científica consultada otorga la denominación de Síndrome de Burnout o Síndrome de Estrés Asistencial al malestar de carácter crónico sufrido por los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud. Fue Freudemberger, en 1974, quien introdujo por primera vez el término Burnout, luego, en 1977, C. Maslach caracterizó el síndrome que lleva ese nombre. Se trata de un síndrome de agotamiento físico y emocional que se manifiesta fundamentalmente por el desarrollo de una autoimagen negativa, una actitud negativa frente al trabajo y falta de interés por los usuarios. Es resultado del estrés "desencadenado por la dedicación laboral en condiciones de trabajo deficientes y del contacto con determinados elementos contextuales del entorno laboral, como consecuencia de altos niveles de tensión en el trabajo, frustración personal e inadecuadas aptitudes de enfrentamiento a las situaciones conflictivas" (4). Según Orłowsky (1986), son diversas las posibles consecuencias del desarrollo de este síndrome, a saber, alteraciones emocionales y conductuales, alteraciones psicosomáticas, pérdida de eficacia laboral e impacto en la vida familiar. Otros autores como Flórez Lozano (1994), describen el alto nivel de ausentismo laboral entre las profesionales afectados por el Síndrome, siendo habitual la presencia de cuadros depresivos como así también de conductas adictivas.

La población más vulnerable a padecer este Síndrome es aquella constituida por profesiones de servicio, especialmente los trabajadores del campo sanitario que se desempeñan en servicios de cuidados intensivos que implican un contacto continuo con el sufrimiento y la muerte. Inicialmente el Síndrome fue descrito en enfermeras y médicos en los servicios de neonatología. (Maslach, 1977), (Maslach y Jackson, 1981). Este síndrome fue luego estudiado en otros servicios de cuidados intensivos, como Terapia Intensiva, Urgencias. La definición más consensuada es la brindada por Maslach y Jackson, (1981) quienes consideran al Burnout como una respuesta a un estrés crónico, propio de las profesiones de servicios, siendo sus rasgos principales el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que debe realizar el profesional.

La instauración del Síndrome se produce de manera casi insidiosa, describiéndose fundamentalmente tres momentos. La primera fase estaría caracterizada por una condición en la

cual las demandas laborales sobrepasan los recursos disponibles para afrontarlas, tanto materiales como humanos, provocando de este modo una situación de estrés. En una segunda fase de sobreesfuerzo, el sujeto intenta responder a esta condición evidenciándose signos de fatiga y ansiedad. En una tercera fase, y ante el fracaso de la fase anterior, se producen cambios comportamentales y actitudinales como mecanismo defensivo ante la sobrecarga experimentada. El Burnout específicamente constituiría la fase final del proceso, teniendo el estatuto de respuesta frente a una situación laboral insoportable acompañada de intensos sentimientos de decepción. (Alvarez Gallego, Fernández Ríos, 1991)

La sintomatología se corresponde con cada una de las fases destacándose tres aspectos esenciales: el Cansancio Emocional, que refiere a la percepción de abatimiento, irritabilidad y ansiedad ligada a la imposibilidad de dar más de sí mismo a otros; la Despersonalización, que consiste en una actitud fría e impersonal hacia los usuarios y los compañeros de trabajo, se trata de una reacción de aislamiento y distanciamiento que opera como mecanismo defensivo - mediante la restricción de la frecuencia e intensidad de las interacciones- para poder ajustarse a la situación de sobrecarga; finalmente la percepción de inadecuación personal y profesional en circunstancias en que el trabajador comprueba su incapacidad para responder satisfactoriamente a las demandas laborales. (Filgueira Bauza, 1994)

En el año 1981, dos investigadoras norteamericanas, C. Maslach y S. Jackson diseñan el M.B.I. (Maslach Burnout Inventory), inventario que evalúa las diferentes fases del Síndrome de Burnout: Desgaste emocional, Despersonalización, Abandono de la realización personal.

El MBI permitió realizar análisis comparativas entre distintos servicios y a la vez comparar resultados entre distintos hospitales y aún entre diferentes países. En los primeros años en los que se describió este Síndrome, los estudios fueron realizadas en EEUU y más tarde en los países anglosajones. En este momento, en estos países, (EEUU, Inglaterra, Canadá) se continúa estudiando el Síndrome relacionándola con las nuevas problemáticas aparecidas en el campo de la Salud Pública, vinculadas a la administración y gerencia de los servicios de salud y a los sistemas de apoyo o soporte, que permiten procesar de una manera menos lesiva los efectos del Burnout o evitar su emergencia.

Un aspecto de importancia radica en diferenciar esta problemática de otras concepciones diagnósticas ya vigentes en el campo sanitario y más aún en la esfera de Salud y Trabajo. Por ejemplo la noción misma de estrés aparece directamente conectada al concepto de Burnout, excepto por la circunstancia de ser el Burnout un proceso de carácter crónico vivenciado en el ámbito laboral (Pines & Kafry, 1978). Otro concepto a deslindar es el de insatisfacción laboral con el que se correlaciona fuertemente. Según Maslach y Jackson (1981), si bien podría suponerse que una persona que está "quemada" (traducción literal de Burned-out) está poco gratificada en su trabajo, también pueden encontrarse sujetos afectados por Burnout aún conservando niveles altos de satisfacción laboral. En tal sentido, el Inventario de Burnout, diseñada por estas autoras para detectar el Síndrome, consideran la insatisfacción laboral como un componente más, pero no imprescindible para el desarrollo del Burnout.

Autores como Field (1997), expresan que los trabajadores del cuidado de la salud constituyen una población particularmente vulnerable a padecer elevadas niveles de estrés por su profesión, por lo cual ha estudiado el efecto de diversas terapias para reducir el estrés laboral.

La Escuela Paulista de Medicina de la Universidad Federal de San Pablo, Brasil, ha creado un centro de asistencia e investigación (NAPREME) para médicos residentes (denominación utilizada para la formación de profesionales médicas en posgrado), entre otros objetivos para reducir el estrés, prevenir disfunción profesional y desórdenes emocionales. La decisión de desarrollar este Centro fue influenciada por dos factores principales: el suicidio de cuatro jóvenes médicos (dos de ellos residentes) en esta Institución entre 1995 y 1996, y la identificación de experiencias similares en otros países. (Nogueira Martins, 1997).

Vinculado a la magnitud del estrés como producto del entrenamiento en la residencia médica, los mismos autores reportan en 1998 el impacto en la calidad de atención a los pacientes y enfatizan la importancia de considerar estos datos para planificar, organizar y evaluar los programas de formación en las residencias médicas.

Un antecedente similar al referida recién respecto de la Escuela Paulista se consigna en Canadá, donde comienzan a emprenderse estudios sobre estrés en residentes médicos, a partir del suicidio de tres residentes en Winnipeg en un plazo de quince meses (Williams, 1997).

Una vinculación inquietante la constituye la relación entre el estrés sufrido por los profesionales de la salud y la calidad de atención. Al respecto, autores como Firth-Cazens, Greenhalgh (1997) emprendieron un estudio vinculada a esta temática recabando las visiones de los médicos mediante un cuestionario de carácter anónimo dirigido a 225 médicos hospitalarios y practicantes, 82 de los cuales refirieron incidentes recientes en los que consideraban que los síntomas de estrés habían afectado negativamente el cuidado de sus pacientes. Las respuestas cualitativas suministradas fueron codificadas en función del atributo formulado (tipo de síntoma de estrés), y el efecto que tuvo. El 50% de estos efectos concernían a standards disminuidos de cuidado de los pacientes, 40% fueron expresión de irritabilidad o ira, 7% constituyeron errores graves, aun cuando no condujeron directamente a la muerte del paciente y 2% resultaron directamente relacionados con la muerte. Los factores causales a los que atribuían los incidentes se relacionaron prioritariamente con cansancio (57%), la presión de la sobrecarga laboral (28%), seguido de depresión o ansiedad (8%), y los efectos del alcohol (5%).

El contexto político: Los efectos del ajuste

La noción de trabajo fue cambiando sustancialmente desde el siglo XVIII, más específicamente situaríamos como momento histórico la Revolución Francesa, hasta nuestros días. En el momento revolucionario (como nomina Rasanvallon, 1995), en circunstancias de discusión sobre la Declaración de los derechos del hombre y el ciudadano, se proponía como fundamental el derecho del hombre a vivir del trabajo propio. En este marco, el derecho a la asistencia aparece como sustituto de "ese derecho más esencial a insertarse en la sociedad, a participar en la utilidad general" (5). Privada de la alternativa de ejercer la mendicidad, el Estado francés genera fuentes de trabajo (fuentes de trabajo de caridad) en muchas regiones del país.

Sin embargo el agotamiento del Estado Providencia plantea una cuestión dilemática en la medida que una de las salidas posibles radica en plegar la sociedad a la lógica del mercado. Según Rosanvallon, las sociedades americana y británica tienden a esa salida y lee allí los siguientes efectos: "...Cada individuo encuentra en ellas su lugar más fácilmente (...) pero con una condición fundamental; la aceptación de una disminución de las remuneraciones. La ausencia de salario

mínimo, en efecto, permite en este caso que se ejerza la flexibilidad salarial, favoreciendo la creación de empleos poco calificados y mal remunerados (...) La integración económica se paga entonces con una creciente diferenciación de las condiciones. Hay menos excluidos de la esfera del trabajo pero es en el interior de ésta donde se encuentran las fracturas..." (6).

Advenido el nuevo milenio y todo el proceso de revolución tecnológica, se asiste lisa y llanamente a la desaparición de muchos oficios y a la instalación cada vez más sólida de la noción de contrato (como obligación positiva) por sobre la noción de trabajo (como derecho). La noción de contrato "... establece una relación de reciprocidad, una responsabilización del beneficiario, considerado como actor de su propio devenir, una obligación de medios de parte de la sociedad..." (7).

El sociólogo alemán Ulrich Beck (1999) propone la noción de categorías "zombies" para aludir a "aquellas categorías muertas que siguen vivas y nos impiden percibir y afrontar la realidad en que vivimos, ideas que nos mantienen atados a través del pago directo de sus usuarios o bien a un pasado que nos vuelve ciegos al porvenir..." (8). La categoría pleno empleo es señalada por Beck como una de estas categorías, y junto con ella, la de ciudadano trabajador. Frente a esta realidad considera como un desafío imprescindible que, desde el campo de la política, se generen alternativas a la sociedad del trabajo que orienten a redefinir el sentido y la identidad, construcciones que antes eran posibles gracias al mundo laboral.

Políticas de ajustes. Su impacto en el ámbito sanitario.

En el ámbito de nuestro país no puede obviarse el análisis del contexto político-social en que se enmarcan las prácticas de salud y así poder aproximarnos a la comprensión del tejido causal que subyace al denominado Síndrome de Estrés Asistencial, fundamentalmente en trabajadores de salud de efectores públicos.

Mencionemos en primer lugar que el avance de las políticas neoliberales tiene consecuencias directas en el sector salud. El pasaje de concebir la salud como derecho a concebirla como mercancía y por tanto objeto de compra y venta, reconfigura la lógica de funcionamiento del sistema de salud. La modalidad prestacional priorizada es la práctica asistencial individual en desmedro de prácticas preventivas o de promoción que no ofrecen un aspecto rentable. El subsector de obras sociales afectado por la crisis económica, fue disminuyendo progresivamente la cantidad y calidad de prestaciones. Por otra parte la notable caída del trabajo asalariado fue generando una cantidad creciente de población carente de cobertura. El efecto inmediato es entonces un deslizamiento progresivo hacia la atención en el subsector estatal, de amplios sectores de población que anteriormente recibían atención de sus obras sociales.

El subsector público, por su parte, comienza a desarrollar estrategias que permitan la generación de sus propios recursos financieros, ya sea del cobro a las Obras Sociales de las prácticas asistenciales realizadas a los afiliados de las mismas (Testa, 1995).

En el nivel local se observan sin embargo algunas diferencias. El gobierno municipal está conducido desde hace una década por una administración que sostuvo como eje prioritario de la gestión política, la atención de salud planteando como estrategia privilegiada la Atención Primaria de la Salud (APS) e intentando garantizar la gratuidad, accesibilidad y equidad en la atención. En la ciudad de Rosario, el subsector público reúne efectores pertenecientes a dos jurisdicciones que corresponden a gobiernos de diferentes afiliaciones políticas: la jurisdicción municipal ya

mencionada y la jurisdicción provincial, que está llevando a cabo desde hace aproximadamente una década un proceso de conversión de los hospitales públicos en hospitales de autogestión. Esta particular configuración del sistema público de salud a nivel local, fue generando un creciente desplazamiento de pacientes hacia efectores municipales en los que encuentran menos trabas para acceder a una atención gratuita, a la vez que otros beneficios tales como la accesibilidad a diversos tipos de tecnología (estudios de alta complejidad, medicamentos, etc.). Un primer efecto de esta situación -de interés para nuestro estudio- es la producción de un exceso de demanda de atención en los diferentes niveles de la red.

En nuestro país y, en especial en el ámbito hospitalario, se han desarrollado escasas investigaciones cuanti-cualitativas que permitan conocer acerca de la existencia y prevalencia del estrés asistencial. Por la tanto, el conocimiento acerca de las condiciones que favorecen la emergencia de esta problemática (Síndrome de Burnout) como así también de las apoyaturas o recursos que evitan su aparición o palian sus efectos, posibilitaría trabajar en condiciones más saludables, optimizando los recursos profesionales y tecnológicos.

En el ámbito de la SSP de Rosario, por resolución 088, se crea un Comité Central de Calidad, que plantea: "La construcción de un nuevo modelo de salud, basado en la solidaridad, la participación y la accesibilidad, jerarquizando el trabajo multidisciplinario y el abordaje intersectorial, reivindicando el impulso y protagonismo de los trabajadores de la salud, como principal motor de cambio, junto a la comunidad, y en otro momento, como primer propósito enunciado: "Mejorar la calidad de trabajo, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de quien lo realiza..." (9).

Tradicionalmente los enfoques de Calidad Total hacen eje, de un modo casi excluyente en la "perspectiva del usuario", soslayando un aspecto clave en los procesos de calidad. Esta es, las condiciones bajo las cuales desarrollan el proceso de trabajo las profesionales de la salud.

La presente investigación apunta a rescatar esa dimensión, considerando la relación dialéctica existente entre las necesidades de los usuarios (modalidades específicas de la demanda) y las condiciones de trabajo de los profesionales encargados de satisfacer dichas demandas. Se enfatiza que es imposible pensar un abordaje de calidad de atención, desconociendo cualquiera de los dos polos recién mencionados y la relación dialéctica entre los mismos.

Considerando la relevancia que tiene la temática de calidad en los procesos de salud/enfermedad la atención, este estudio aborda la problemática del estrés asistencial y su relación con las condiciones y procesos de trabajo.

Se trata de un proyecto multicéntrico, con sede en el Hospital Ramos Mejía de la ciudad de Buenos Aires, el Hospital Psiquiátrico Borda de la ciudad de Buenos Aires y un Hospital Municipal de la ciudad de Rosario. Dicho proyecto está coordinado por la psicóloga Graciela Zaldúa, titular de la Cátedra de Psicología Preventiva de la Fac. de Psicología de la UBA.

Se plantea un desarrollo simultáneo y en la etapa final un análisis comparativo de los resultados, como así también su contrastación con investigaciones similares llevadas a cabo en otros países latinoamericanos (Cuba y Brasil).

Para el presente artículo se presentarán exclusivamente los hallazgos correspondientes al tramo local de la investigación.

Propósitos

- Producir conocimiento que aporte al diseño de estrategias institucionales de carácter preventivo frente a la problemática del Estrés Asistencial.
- A partir de la consolidación de esta experiencia de investigación en un hospital local, impulsar su proyección al resto de los efectores de salud municipales como así también efectuar aportes al proyecto multicéntrico.

Objetivo General

Caracterizar en sus distintas manifestaciones, el Estrés Asistencial de los trabajadores de salud de un hospital general, en relación con su perfil socio-laboral y sus percepciones respecto al reconocimiento de factores intervinientes en el problema y posibles estrategias de resolución.

Objetivos específicos

- Valorar la magnitud de las diversas manifestaciones del Síndrome de Burnout y su posible asociación con antecedentes personales, familiares y del ámbito laboral.
- Recabar las visiones de los trabajadores acerca de las condiciones generadoras de estrés asistencial, de las causas de malestar en el trabajo, de la suficiencia de los recursos disponibles para abordar la demanda y de las posibles estrategias de solución del problema.
- Analizar la posible relación entre estas visiones y las diversas manifestaciones del Síndrome.

Contexto de estudio

El presente trabajo se desarrolla en un hospital general, de jurisdicción municipal de mediana complejidad. Situado en el Distrito Norte de la ciudad de Rosario constituye un hospital de referencia de la red de Centras de Atención Primaria de la zona Norte de la ciudad.

El área de influencia de dicho Hospital abarca la seccional 10ª, las subseccionales 1ª y 2ª y poblaciones aledañas al municipio de Rosario como Granadero Baigorria, Ibarlucea, Puerto San Martín, etc., que integran el llamado Gran Rosario. De hecho muchos de los pacientes que llegan a consulta al hospital pertenecen a este área, aún a pesar de tener más cerca de su domicilio efectores de alta complejidad correspondientes a la administración provincial como el Hospital Eva Perón de Granadera Baigorria. En cierta forma el Hospital bajo estudio garantiza condiciones de accesibilidad que no ofrecen otros efectores, por ejemplo la gratuidad (cada vez menor) de las prestaciones que compensa el gasto del transporte como así también la disponibilidad de turnos. Teniendo en cuenta solamente las seccionales pertenecientes a Rosario, brinda cobertura potencial a 95.708 personas (según datos del Censo 91), aproximadamente el 10% de la población de Rosario. En esta área se ubican nueve centros periféricos que dependen de la Secretaría de Salud Pública municipal y otros que perteneciendo a la administración provincial, también consideran a este Hospital como efector de referencia.

Constituye uno de los efectores hospitalarios municipales más pequeñas, 5.000 m² de superficie total y 1.800 m² de superficie cubierta.

Cuenta con dos Salas de Internación de Clínica Médica, una de hombres y una de mujeres, con una capacidad de 12 camas cada una; una Sala Transitoria para la hospitalización de pacientes del Servicio de Guardia, que requieren control durante un período menor de 24 horas. Otro sector de relativamente reciente creación es un Hospital de Día destinado a la atención ambulatoria de pacientes con diversas patologías, como alternativa a la hospitalización prolongada. En la actualidad, el sector de internación clínica en este Hospital, fundamentalmente en lo que respecta a la Sala de Clínica de Hombres, a la vez que el sector de Hospital de Día, asisten prioritariamente a pacientes con VIH positivo.

Aspectos metodológicos

La captación de información se realizó a través de un instrumento conteniendo el Inventario de Burnout, una Encuesta socio-laboral y un Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. El Inventario de Burnout (M.B.I.) fue diseñado por Maslach y Jackson, en 1981 y posteriormente adaptado como Cuestionario Breve de Burnout por Bernardo Moreno y Amalia M. Rivera Delgado (1989, 1997). Para el presente trabajo se hizo una adaptación del instrumento a nuestro contexto socio-cultural con algunas modificaciones, fundamentalmente reemplazando giros lingüísticos no utilizadas usualmente a nivel local.

El M.B.I. consiste en un cuestionario auto-administrado que consta de 21 ítems para la evaluación de siete dimensiones: Cansancio Emocional, Despersonalización, Abandono de la Realización Personal, Consecuencias del Burnout y otras tres dimensiones (Tedio, Tarea y Organización); éstas últimas no fueron estudiadas por considerarse de contexto. Cada uno de los ítems cuenta con cinco opciones de respuesta de carácter mutuamente excluyente. Las opciones son: en ninguna ocasión; raramente o poco, algunas veces, frecuentemente, siempre, con un puntaje asignado que varía de 1 a 5. Para la mayoría de los ítems la opción "en ninguna ocasión" corresponde a 1 punto y "siempre" equivale a 5, mientras que en otros ítems esto se invierte.

Cada una de las dimensiones mencionadas son evaluadas a través de tres (3) de ítems, considerándose afectadas cuando el promedio de los mismos es mayor a 3 (puntajes de 1 a 5). El perfil del sujeto Burnout según Maslach y Jackson, se caracteriza por una puntuación alta en Cansancio Emocional y Despersonalización y un bajo nivel de Realización Personal. En cuanto a la validez convergente, se han encontrado correlaciones significativas entre las puntuaciones en el Inventario y puntuaciones de conducta llevadas a cabo por observadores, tales como compañeros de trabajo; presencia de características que contribuyen al Burnout y medidas de diversas variables que se relacionan hipotéticamente con el Síndrome. La validez discriminante ha sido evaluada, por ejemplo mediante las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas del Inventario y la satisfacción laboral. (Jackson et al, 1986, en García Izquierda, 1994)

A través de la Encuesta socio-laboral se recabó información relativa a variables del ámbito personal y familiar tales como edad, sexo, relaciones personales, hijos convivientes, nivel de instrucción y variables del ámbito laboral, como perfil disciplinar, situación laboral, antigüedad en el servicio y en el cargo, sector en que se desempeña, horas semanales trabajadas, personas atendidas por día, desempeño y remuneración por cargo jerárquico, pluriempleo, etc.

Finalmente, un Cuestionario para indagar sobre las visiones de los trabajadores acerca de las

condiciones generadoras de estrés asistencial, de la suficiencia de los recursos disponibles para abordar la demanda y las estrategias que identifican para resolver la problemática del estrés. Estos tres componentes derivaron en preguntas estructuradas con alternativas de respuesta planteadas en función de los avances y hallazgos de estudios antecedentes en esta temática. Un cuarto componente del cuestionario estuvo orientado a recabar textualmente a través de opiniones personales, las condiciones percibidas por los trabajadores que podrían ser causa de malestar en el trabajo.

El ordenamiento del instrumento de recolección de datos, tuya en cuenta las posibles dificultades de cada capítulo y el nivel de involucramiento para los encuestados respecto de sus contenidos específicos. Así, en primer lugar se incluyeron los ítems de la Encuesta socio-laboral, en segundo lugar el Inventario de Burnout y por último el Cuestionario que suponía una instancia de reflexión sobre la propia práctica en relación con las condiciones productoras de estrés en la misma, resultando por tanto más comprometedor desde el punto de vista del involucramiento subjetivo. La población en estudio estuvo constituida por la totalidad de profesionales correspondientes a los Servicios de Guardia, Internación, Pediatría, Consultorio Externo, Salud Mental, Hospital de Día, Trabajo Social y Dirección que cumplieran el requisito de ser trabajadores rentados en práctica asistencial y las funciones ligadas a la gestión, descartando otros servicios donde las prácticas suponían un contacto indirecto en la atención, a bien donde las presiones asistenciales podían considerarse de menor importancia relativa. Sin embargo, surgieron pedidos espontáneos de participar en la investigación desde los Servicios de Fonoaudiología, Farmacia, Laboratorio y Radiología, por lo que se decidió su inclusión en el estudio. De esta forma, la población destinataria del estudio quedó conformada por 121 trabajadores.

La participación en la investigación fue de carácter voluntario preservando el anonimato. Se procedió en primera instancia a distribuir una nota personalizada entre todos los trabajadores del hospital, informando ampliamente acerca de las características, objetivos y propósitos de la investigación. A este escrito se adjuntó una copia de la Declaración de Helsinki, seleccionando específicamente los puntos vinculados a los criterios éticos a respetar en la investigación con seres humanos.

El proceso de recolección de datos fue incluyendo distintas alternativas tendientes a favorecer la participación de los trabajadores. Para ella, y precedido por una difusión general acerca de las características del proyecto, se entregaron en forma personalizada los formularios para su llenada durante los horarios de trabajo, aclarando en el momento cualquier tipo de dudas vinculadas a sus contenidos. Dado que en muchos casos resultó inviable el llenado de los datos durante la jornada laboral, se contempló la alternativa que los trabajadores se llevaran los cuestionarios a su domicilio acordando su entrega en días posteriores. El período de recolección de datos fue estimado en cuatro (4) meses.

El procesamiento de la información se realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Para la evaluación de asociaciones se utilizó el test Chi Cuadrado de Pearson y razones de Odds. En cuanto a la pregunta referida a las principales causas de malestar en el trabajo, el análisis fue precedido por una codificación del material textual consignado por los profesionales. Esta supuso una reinterpretación del significado y contenido de las distintas expresiones utilizadas para su asignación a distintas categorías de respuesta.

Resultados

De los 121 profesionales que integraban la población de referencia, el estudio permitió recabar información de 71 miembros del personal, pese a las distintas estrategias implementadas para lograr una mayor cobertura.

La aceptación a participar, lograda en el 59% de los profesionales, significó esfuerzos adicionales entre quienes inicialmente habían adherido al estudio sin concretar sus respuestas a la encuesta, como también la prolongación del período de recolección de datos más allá de los cuatro meses previstos.

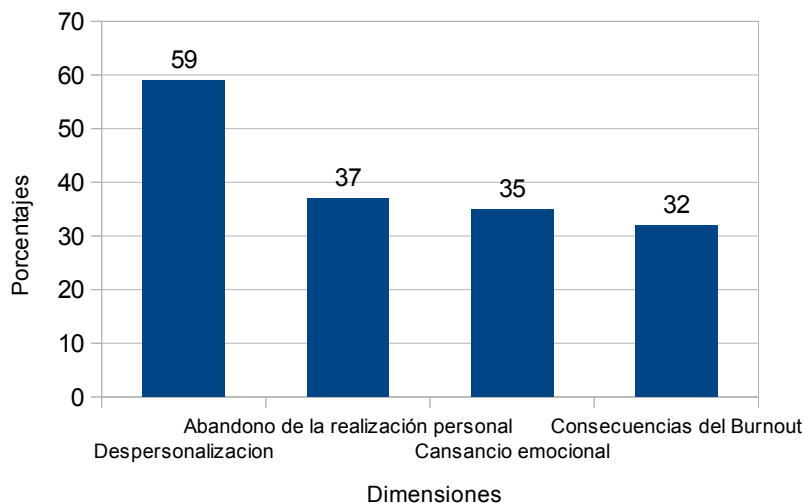
Como se observa en Tabla 1 ([Anexo](#)) hubo sectores, como Pediatría, Hospital de Día y el personal de Bioquímica, que se destacaron por una mayor participación en el estudio. En general, comparando entre los profesionales médicos y de enfermería, estos últimos respondieron en mayor grado.

La mayoría de los casos captados correspondió al sexo femenino (79%), siendo esta distribución similar a la del total de la población hospitalaria. La edad promedio fue de 42.6 años, siendo de 41% la proporción de profesionales con edad menor o igual a 40 años.

Las antecedentes personales y del ámbito laboral se sintetizan en Tabla II ([Anexo](#)), donde las variables que aluden a antigüedad en el servicio o en el cargo, o bien, carga de trabajo (horas semanales, personas atendidas por día y tiempo de interacción con los beneficiarios) fueron categorizadas conciliando su condición de factores de riesgo con la posibilidad del análisis bivariado correspondiente.

Siguiendo la línea que plantean otros investigadores en esta temática, de considerar fundamentalmente las cuatro fases que integran el proceso de Burnout, los porcentajes obtenidos globalmente (Gráfico 1) señalan que el mayor nivel de afectación se da en Despersonalización (59%), en tanto que alrededor de un tercio de los profesionales manifestó afectación en Abandono de la Realización Personal (37%), Cansancio Emocional (35%) y Consecuencias del Burnout (32%).

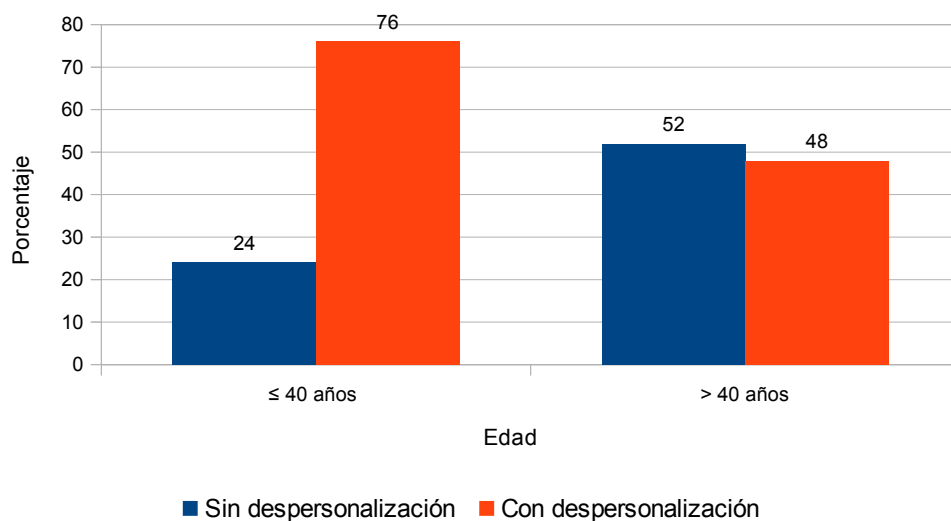
Gráfico 1: Niveles de afectación en las dimensiones del Síndrome de Burnout



La Despersonalización mostró asociaciones significativas con edad, nivel de instrucción y horas semanales trabajadas, lo que permite inferir que:

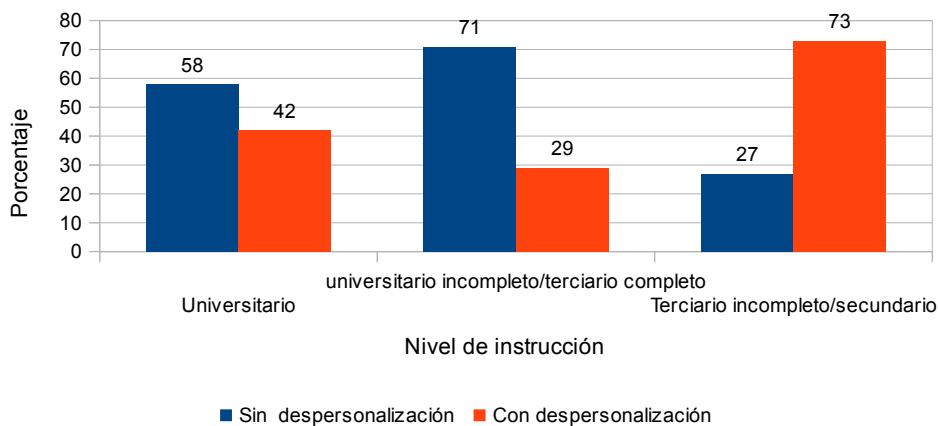
- el personal de hasta 40 años tiene 3,4 veces más chance de estar afectado en esta dimensión respecto de los de más de 40 años.
- los profesionales con estudios universitarios tienen 6,8 veces más chance de presentar afectación en relación con los que tienen estudios terciarios completos o universitarios incompletos y 3,8 veces más chance que el personal con estudios secundarios o terciarios incompletos.
- la carga de trabajo de más de 30 horas semanales aumenta la chance 3,8 veces en comparación con los agentes que cumplen hasta 30 horas por semana.

Gráfico 2: Despersonalización y Edad



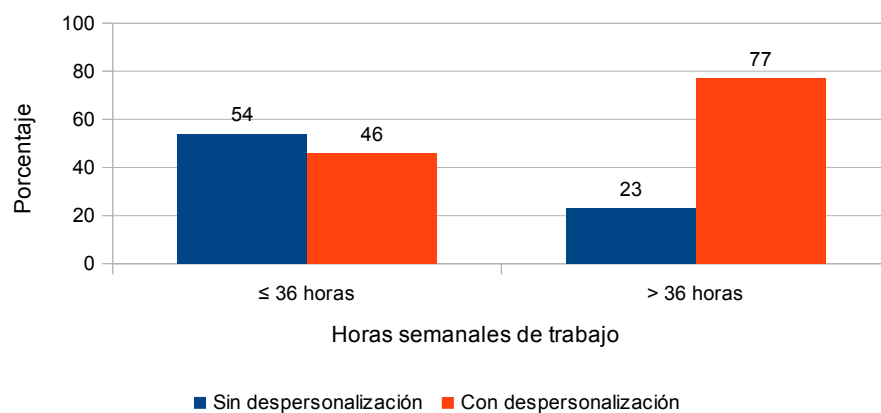
,
663; gl = 1; p= 0,0173

Gráfico 3: Despersonalización y Nivel de instrucción



Chi cuadrado= 10,682; gl = 2; p = 0,0479

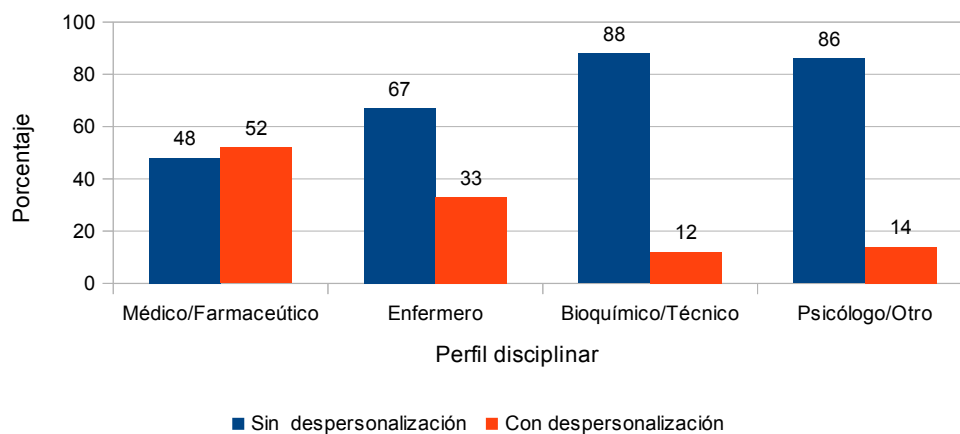
Gráfico 4: Despersonalización y Horas semanales trabajadas



Chi cuadrado= 6,593; gl = 2; p = 0,0102

También, la dimensión Consecuencias del Burnout se presentó significativamente asociada con el perfil disciplinar, de manera que el grupo de médicos y farmacéuticos reúnen 2,1 veces más chance de afectación que el resto de los profesionales.

Gráfico 5: Consecuencias del Burnout y Perfil disciplinar



Chi cuadrado = 8,470; gl= 3; p = 0,0372

No se hallaron relaciones significativas entre otras variables antecedentes (personales, familiares y laborales) y las dimensiones consideradas del Síndrome de Burnout.

La indagación sobre las principales causas de malestar en el trabajo, derivó en cinco categorías que resumen las opiniones vertidas espontáneamente por los profesionales y que, en orden de frecuencia, son las siguientes:

- Falta de reconocimiento por parte de las autoridades
- Condiciones de trabajo
- Dificultades en la organización de los procesos de trabajo
- Dificultades en la interacción e integración de los equipos
- Problemas vinculados al exceso de demanda.

La falta de reconocimiento por parte de las autoridades señalada por el 52% de los profesionales resultó la causa más relevante y difundida de malestar en el trabajo. Esta categoría resume diversas modalidades de acuerdo con lo expresado textualmente por los profesionales, algunos señalaron la indiferencia de las autoridades al esfuerzo cotidiano en el trabajo; otro grupo aludió a formas directas de presión y advertencias ligadas a la pérdida de la fuente de trabajo. En líneas generales, se observó una expresión de consenso respecto de la política de salud pero con referencias explícitas a un marcado malestar en relación con las políticas de recursos humanos.

La segunda causa de malestar relevante fueron las actuales condiciones de trabajo (47%). Los aspectos centrales percibidos como fuente de malestar fueron la inestabilidad laboral, los bajos salarios y el multiempleo asociado, la sobrecarga laboral y la polifuncionalidad que aparece ligada a la calidad de atención (en concordancia con el estudio de Firth-Cozens, J., Greenhagh, J., 1997). En algunos casos fue expresada explícitamente de qué manera la sobrecarga laboral lleva a la imposibilidad de pensar en lo que se hace y por tanto a la incapacidad de sostener un proceso racional de toma de decisiones.

La deficiente organización de los procesos de trabajo surgió como un problema de importancia para el 28% de los profesionales. Este aspecto se manifestó con distintas modalidades, algunos poniendo el énfasis en el nivel más general del sistema de salud y situando la falta de coordinación del trabajo en red como generador de dificultades en la organización del trabajo. En otros casos, los problemas de organización aparecieron ligados a otros aspectos críticos como son la insuficiencia de recursos humanos y la inexistencia del trabajo en equipo.

Este aspecto crítico (la falta de coordinación del trabajo en red como generador de dificultades en la organización del trabajo) torna más acuciante la necesidad de un trabajo en red, ante los requerimientos permanentes de derivación para estudios o intervenciones de alta complejidad, ya que se trata de un efector de mediana complejidad.

La dificultad para la integración en los equipos fue señalada como otra causa de malestar por el 27% de los trabajadores bajo estudio. Esta problemática se expresa a través del aislamiento y las actitudes individualistas adoptadas por muchos trabajadores.

Finalmente, los problemas con la demanda fueron referidos como otro causal de malestar, aunque en menor medida (25%). En este aspecto, se plantean dos modalidades involucradas en los

problemas con la demanda, una de ellas evidencia la percepción que tienen los profesionales respecto de la población que demanda como amenazante y por tanto fuente potencial de riesgos (agresiones, mala praxis). La otra modalidad permite contextualizar las condiciones socio/económicas de los usuarios (extrema pobreza) como factor ligado a la pérdida de eficacia en las prestaciones.

En relación con las situaciones que producen mayores niveles de estrés en los profesionales, las situaciones de maltrato constituyen una fuente de alto nivel de estrés para el 59% de los profesionales. En segundo lugar de importancia, 52% identificaron las situaciones de desprotección social como fuentes productoras de estrés. En menor grado, una cuarta parte de los trabajadores señaló el abordaje de pacientes terminales; un 21% ubicó las situaciones de riesgo de mala praxis y un 18% identificó el abordaje de patologías infectocontagiosas.

Con respecto a las modalidades de resolución de los problemas del trabajo, se obtuvieron los siguientes resultados: 79% refirió el aumento de la remuneración; 58% de los profesionales señaló la necesidad de implementar espacios de formación; 48% aludió al aumento de los niveles de organización; 47% a la implementación de espacios de reflexión y 39% consideró tanto la planificación de la asistencia y la prevención como el aumento del equipamiento.

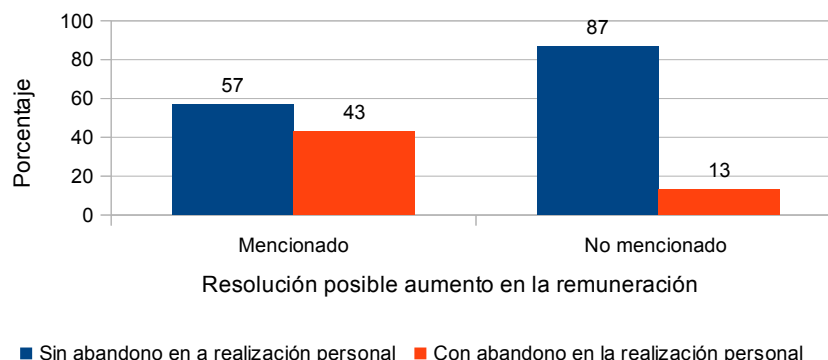
Acerca de las posibilidades de resolución satisfactoria la demanda con los recursos humanos y materiales disponibles, sólo el 30% consideró que los recursos materiales disponibles en el elector son insuficientes para satisfacer la demanda y un 24% destacó la insuficiencia de los recursos humanos existentes.

La percepción de la insuficiencia de recursos materiales -como factor condicionante de la insuficiencia de una respuesta satisfactoria a la demanda- resultó asociada a Despersonalización ($\chi^2=6,142$, $gl=2$, $p=0,0132$). Cabe señalar sin embargo, que la consideración de déficit de insumos, resultó propia de un sector de profesionales de la institución que tenían experiencias previas de trabajo en efectores de alta complejidad, por tanto, fuertemente marcados por el acceso a alta tecnología. Esta condición relativizaría el problema de la disponibilidad de insumos, considerando que se trata de un elector de mediana complejidad.

Probablemente por el número limitado de los casos, no se encontró asociación significativa entre Abandono de la realización personal y Condiciones de trabajo como generadoras de malestar. No obstante, los profesionales que consideran deficitarias las condiciones de trabajo y potenciadoras de malestar plantearon 2,6 veces más chance de estar afectados en la dimensión Abandono de la realización personal, respecto de aquellos que no identificaron problemas en las condiciones de trabajo. Cabe señalar, sin embargo que Maslach y Jackson (1981) consideran que altos niveles de estrés y Burnout pueden coexistir con una buena satisfacción laboral, razón por la cual consideran la insatisfacción en el trabajo como una característica más aunque no imprescindible, en el complejo del síndrome.

El Abandono de la Realización Personal sí resultó asociado con el reconocimiento de la necesidad de aumento de la remuneración, significando que los profesionales que perciben como deficitaria la remuneración salarial tienen 4,8 veces más chance de estar afectados en esta dimensión de Burnout, respecto de los trabajadores que no consideran la cuestión salarial como problema relevante en su trabajo.

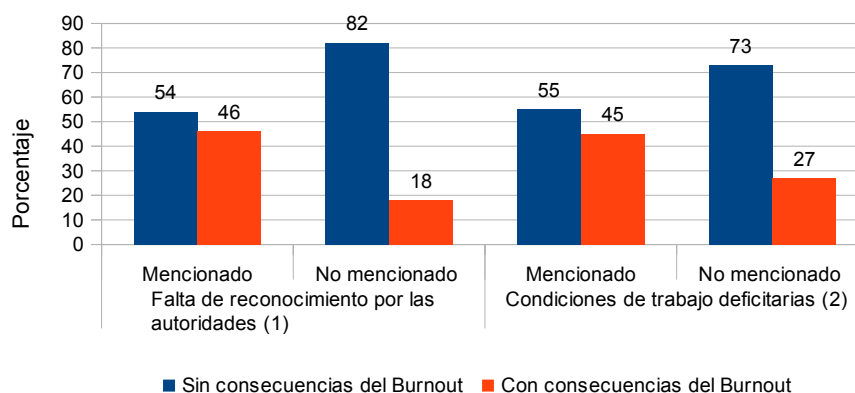
Gráfico 6: Abandono de la Realización Personal y Resolución posible: aumento en la remuneración



Chi cuadrado = 4,443; gl = 1; p = 0,0305

Las Consecuencias del Burnout, mostraron una relación significativa con las dos principales categorías reconocidas como fuente de malestar: la falta de reconocimiento por parte de las autoridades y las condiciones deficitarias del trabajo. Esto permitiría inferir que los profesionales que percibieron una falta de reconocimiento aumentan su chance en 3,9 veces de padecer afectación en Burnout y que, ante el reconocimiento de Condiciones laborales deficitarias, la chance de afectación llega a ser 3,1 veces mayor.

Gráfico 7: Consecuencia del Burnout y Fuentes de malestar en el trabajo.



(1) Chi cuadrado = 6,497; gl = 1; p = 0,0109

(2) Chi cuadrado = 4,802; gl = 1; p = 0,0284

Los resultados obtenidos permiten en una primera aproximación, delinear un perfil de riesgo para los trabajadores del Hospital en lo referido al desarrollo del Síndrome de Burnout, en las dimensiones consideradas. Las características que individualmente se ligan a la potencial

emergencia del Síndrome quedan sintetizadas en Cuadro 1.

Cuadro 1: Asociaciones significativas entre Antecedentes de los profesionales y dimensiones del Burnout.

Antecedentes	Dimensión afectada	Aumento en la chance
Edad: menor o igual a 40 años	Despersonalización	3,4
Nivel de instrucción Universitario	Despersonalización	6,8
Carga de trabajo: mayor a 30hs. Semanales	Despersonalización	3,8
Perfil disciplinar: Médicos y Farmacéuticos	Consecuencias del Burnout	2,1
Percepción de la insuficiencia de recursos materiales	Despersonalización	4,4
Resolución posible: Aumento en la remuneración	Abandono en la Realización personal	4,8
Malestar: Falta de reconocimiento por parte de las autoridades	Consecuencias del Burnout	3,9
Malestar: Condiciones de trabajo deficitarias	Consecuencias del Burnout	3,1

Conclusiones

La especificidad particular de la problemática en estudio, la complejidad de los factores que intervienen en su producción y las repercusiones posibles de hacerla visible a través de enunciados críticos acerca de la realidad de los procesos de trabajo, podrían ser algunos de los factores que intervinieron en la escasa cobertura lograda en cuanto a los profesionales que adhirieron y a la disparidad de la participación por sectores o perfil profesional.

En consecuencia, los resultados obtenidos no deben interpretarse de modo totalmente concluyente sino más bien en calidad de hipótesis sustantivas a poner a prueba en futuros estudios con una mayor representatividad de los agentes de salud involucrados, tanto en ésta como en otras instituciones asistenciales de similares características operativas.

Indudablemente, la producción de conocimientos en lo referido a los puntos de articulación entre el proceso de trabajo y el proceso de salud/enfermedad, constituye un campo complejo, multidimensional y en permanente desarrollo. Sobre todo si se pretende la construcción de un campo que supere la lógica funcionalista y también trascienda el restringido espacio de intervenciones a los que da lugar una concepción más ambientalista focalizando riesgos externos. Campo no neutral, campo de disputa simbólica.

Plantea Gastao W. de Sousa Campos (1998) que la clave para el logro de calidad en salud estaría dada por la combinatoria de dos elementos: autonomía profesional y definición de responsabilidad para los trabajadores. A su vez la autonomía profesional está ligada a la noción de libertad. Para este autor, la gran paradoja de las organizaciones de salud radica en este nudo de tensión entre la autonomía (el polo de la libertad) y la definición de responsabilidades (el polo del control). En la tensión entre estos dos polos se juega la posibilidad de generar escenarios laborales que se centren en la producción de actos de salud con el protagonismo de sujetos también saludables, no alienados. Por otra parte, la noción de autonomía y libertad está estrechamente vinculada a la cuestión del

reconocimiento (valoración de la capacidad y el trabajo profesional), en el sentido de que para sostener la autonomía en una organización sanitaria es necesario suponerle al trabajador capacidad creativa y capacidad responsable de toma de decisiones.

Se entiende que la dimensión del reconocimiento es una dimensión imprescindible en el proceso de trabajo en tanto constituye soporte de la construcción de identidad (identidad subjetiva y social) y pertenencia. La falla en el reconocimiento, por tanto, podría ubicarse en la génesis de una constelación de problemáticas de psicopatología en el trabajo (E. Seligman Silva, 1997) en la medida que conlleva a la pérdida de autoestima, frustración y pérdida del registro del valor social del propio trabajo. Cabe señalar aquí, la doble significación que se intenta dar a la dimensión reconocimiento: reconocimiento por parte de las autoridades (tal como fuera planteado por los trabajadores) y de los pacientes, del valor del trabajo profesional. Pero también reconocimiento por parte del propio profesional de los efectos de su trabajo.

Los resultados de la presente investigación aportan algunos elementos significativos que permitirían aproximarse a una caracterización de los efectos en los trabajadores de algunas modalidades organizacionales actuales que rigen la dinámica de las Instituciones sanitarias.

En tal sentido es necesario atender a algunos datos emergentes, a saber, aproximadamente el 60% de la población bajo estudio se encontró afectada en la fase denominada Despersonalización del síndrome de estrés asistencial. Sousa Campos, conceptualizando la noción de clínica degradada refería: "Sin embargo se percibe en el trabajo cotidiano un grado cada vez mayor de alienación de sus agentes en relación con los sujetos concretos que dependen de sus cuidados. Alienación, alejamiento, desinterés, fijación en procedimientos técnicos normatizados, dificultad para escuchar quejas, imposibilidad de comunicar cualquier cosa, además de la secuencia automática de procedimientos..." [\(10\)](#).

Por otra parte, poco más del 35% de los trabajadores evidenciaron afectación en las fases de Cansancio Emocional y Abandono de la Realización Personal; aproximadamente la mitad de los profesionales estudiados señalan como principales fuentes de malestar la falta de reconocimiento por parte de las autoridades y las actuales condiciones de trabajo. También en más del 50% de los casos se señalan las situaciones de maltrato y las de desprotección social como las causas de mayores niveles de estrés en la práctica asistencial cotidiana, en proporción mucho mayor que otras posibles constelaciones causales tales como situaciones de riesgo de mala praxis, atención de patologías infectocontagiosas o atención de pacientes terminales. Estos aspectos ubican claramente la preeminencia de factores ligados a la situación socio-económica de la población asistida en los efectores de salud dentro de los cuales, las dificultades en el establecimiento del lazo social ocupa un lugar preponderante.

Las autoras consideran de gran relevancia la consideración de estos factores, en tanto los mismos ponen de manifiesto la presencia de una demanda al sector salud que excede las posibilidades de resolución por parte del mismo, en el marco de una asistencia tradicional. Al mismo tiempo indican la necesidad de pensar nuevas modalidades de organización del trabajo que favorezcan respuestas más eficaces, posibilitando a su vez, desde los trabajadores de salud, contar con dispositivos de desarrollo de las prácticas sustentados en el apoyo y la colaboración entre varios.

En este sentido, resulta interesante contemplar las nociones de Sousa Campos quien plantea las consecuencias de reorganizar los procesos de trabajo en torno a dispositivos que faciliten, desde la

organización de los equipos de referencia y en función de proyectos terapéuticos amplios, la producción de otras líneas de subjetivación. "Se trataría de instaurar un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso de los equipos con la producción de salud, sin exigir en cambio omnipresencia u omnipotencia, pero les facilitasen, al mismo tiempo, la adecuada realización personal y profesional..." (11).

Desde la visión de los profesionales, los problemas surgidos en la atención de la demanda como así también la disponibilidad de recursos humanos y materiales para satisfacer dicha demanda no constituyen problemas tan relevantes como lo son la falta de reconocimiento y las condiciones de trabajo. En forma coherente, las modalidades de resolución de los problemas del trabajo señaladas por los trabajadores, refieren a tres rubros: mejoría de las condiciones laborales, implementación de espacios de formación y reflexión sobre la práctica y optimización de los niveles de organización. La percepción de no ser reconocidos en su trabajo resulta un elemento clave - en opinión de las autoras - para interpretar los procesos de sufrimiento subjetivo y/o físico que padecen los trabajadores. Si se acuerda con el enfoque de que el reconocimiento de otros es condición necesaria para la construcción de subjetividad, es legítimo suponer que tendrá efectos perjudiciales en la salud de los trabajadores la no inscripción de ese reconocimiento. Siguiendo nociones de Maturana y Varela (1984) propondríamos que no hay posibilidad de dispositivo social sin que medie el reconocimiento del otro como otro legítimo en la convivencia. La fragmentación de los equipos, y las actitudes de aislamiento o sobre adaptación de muchos de sus integrantes, percibida como fuente de malestar por algunos profesionales podría dar cuenta de algunos de los efectos de la trama de condicionantes de malestar entre los cuales, la falta de reconocimiento percibida parece tener un lugar preponderante.

Postulaba Marx, una doble dimensión a tener en cuenta en el trabajo: "es siempre en uno de sus aspectos, despliegue de una fuerza humana en un sentido fisiológico.- así considerado como trabajo humano igual o trabajo abstracto, forma el valor de las mercancías. Pero a la par, el trabajo es siempre en otro aspecto, inversión de fuerza de trabajo bajo una forma concreta, encaminada a un fin y, así considerado, como trabajo concreto, útil, produce valores de uso..." (12).

Retomando las nociones de Marx, podría pensarse que el nudo que subyace al malestar ligado a la falta de reconocimiento, refiere a esta "exclusión" de la dimensión cualitativa presente en el trabajo concreto de los profesionales. [a brecha habitual entre aquellos que "planifican" y aquellos que "ejecutan"; los déficits marcados en los sistemas de registros y por ende la insuficiente devolución de información a los trabajadores de los resultados de su propio trabajo como colectivo, contribuyen a intensificar esta pérdida de la noción del valor del propio trabajo.

Para finalizar, se considera que el interés fundamental que puede tener esta presentación, es la de constituir un disparador para la discusión y reflexión en torno a una temática muchas veces invisibilizada. Se intenta enfatizar, en tal sentido, la necesidad de situar el problema del sufrimiento subjetivo de los trabajadores como una prioridad en la política de recursos humanos, apuntando al desafío de pensar colectivamente en nuevas modalidades de organización y despliegue del trabajo en el área de la salud, como así también en la creación de dispositivos grupales e institucionales de afrontamiento del malestar en situación de trabajo, como líneas estratégicas que permitan contemplar en el marco de la producción de salud, el bienestar de los trabajadores.

Agradecimientos

A Zulema T. de Quinteros, por su apoyo inestimable y su compromiso permanente con la Salud Pública.

A Graciela Zaldúa, por su generosidad y su irrenunciable lucha por las utopías.

A nuestras compañeras Silvana Pereyra, Irene Junoy y Ariana Malamud, por su participación en este estudio y su compromiso con el trabajo y los trabajadores de salud.

A los trabajadores del hospital por habernos brindado su tiempo y su confianza.

Referencias bibliográficas

- (1) Sigerist, H. "Civilización y enfermedad". Fondo de Cultura Económica, México 1946, pg.58, citado por Juan C. García "La categoría trabajo en Medicina", Cuadernos Médico-Sociales N°. 23, Marzo 1983.
- (2) Bermann, S. "¿Fatiga, estrés, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre trabajo y salud". Cuadernos Médico-Sociales N°. 51, Marzo 1990. Rosario.
- (3) Simpson y Grant, 1991, citado por MORENO JIMENEZ, B.; PEÑACOBIA PUENTE, C.: "Estrés Asistencial en los Servicios de Salud". Depto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1995.
- (4) Filgueira Bouza et al. "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psico-social, SISO/Saude", N°. 23, 1994.
- (5) Rosanvallón, P. "La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia", Buenos Aires, Edit. Manantial, 1995.
- (6) Ibídem 5
- (7) Ibídem 5
- (8) Beck, U. "Trabajadores zombies", Suplemento Literario Diario Página 12, Año II, N°. 97, 1999.
- (9) Resolución N° 88, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario
- (10) Sousa Campos, G. W. de, "La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada", Ed. Mimeo, 1997
- (11) Sousa Campos, G. W. de, "Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde", en Agir em Saúde, um desafio para o público (Emerson Mehry, Rosana Onocko), Sao Paulo, Editorial Hucitec, 1998.
- (12) Marx, K., El Capital, Tomo 1, Vol.2, México, Siglo XXI, 1975.

Bibliografía general

- Alvarez Gallego, E.; Fernández Ríos, L. "El síndrome de Burnout o el desgaste profesional. Revisión de estudios", 1991, en Filgueira Bouza, Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud.- Un estudio psico-social, SISO/Saude, núm. 23, 1994.
- Climent, G. "Relación médico-paciente: una vinculación inquietante", Cuadernos Médico Sociales N°. 67, Rosario 1994.
- Field, T. et al. "Job stress reduction therapies", University of Miami School of Medicine, FL 33101, USA, Altern-Ther-Health-Med. 1997 Jul; 3(4): 54-6.
- Filgueira Bouza et al. "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud- Un estudio

psico-social", SISO/Saude, núm. 23, 1994.

- Firth-Cozens, J.; Greenhalgh, J. "Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care", Department of Psychology, University of Leeds, England, U.K., Soc-Sci-Med. 1997 Apr; 44(7): 10 17-22
- Florez Lozano, J.A. "Síndrome de estar quemado", 1994, en Atance Martínez J.C., Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario, Revista Española de Salud Pública, Vol. 71 Nro. 3, 1997.
- Freudenberg, H. J. "Staffburn-out, Journal of Social Issues", 1974, 30,159-165.
- Jackson, S. E. "Toward an understanding of the Burnout phenomenon", 1986; citado en García Izquierdo el al, Estudio comparativo de medidas de Burnout en personal sanitario, Anales de Psiquiatría, Vol. 10, No.5, 1994, Madrid.
- Maslach, C. "Burned-out", 1977, en Filgueira Bouza, Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psico-social, SISO/Saude, núm. 23, 1994.
- Maslach, C. & Jackson, S., Maslach Burnout Inventory, Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, 1981 (1st Ed.) citado en Moreno Jimenez, B.; Peñacoba Puente, C., Estrés Asistencial en los Servicios de Salud, Depto de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid,1995.
- Maturana, H., Varela, F. "El árbol del conocimiento", Chile, Editorial Universitaria, 1984
- Moreno, B., Sin datos de edición, 1989.
- Nogueira-Martins, L. A. el al. "A pioneering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of Sao Paulo, Universidade Federal de Sao Paulo, Escola Paulista de Medicina, Brazil, Rev-Paul-Med. 1997 Nov-Dec; 115(6): 1570-4.
- Orlowsky, J. "Burnout". Traducción de la nota editorial de Critical Care.Vol.10, Nro 3, publicación de la Escuela de Enfermería de la UBA, 1986.
- Parkes, KR. "Psychosocial aspects of stress, health and safety on North Sea installations", Department of Experimental Psychology, University of Oxford, United Kingdom, Scand-J-Work-Environ-Health. 1998 Dec; 24(5): 32 1.33.
- Pines, A. M. & Kafry, D. "Occupational tedium in the social services", 1978, en Filgueira Bouza, Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud- Un estudio psico-social, SISO/Saude, núm. 23, 1994.
- Rinera Delgado, A. M. "Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras". Tesis de Maestría Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología. 1997, México D.F.
- Seligmann-Silva E. "Mental Health and automation: remarks on a case study in the railroad industry", Cadernos de Saúde Pública, Reports in Public Health, Vol 13. Suplemento 2, 1997, FIOCRUZ.
- Sousa Campos, G. W. de, "Subjetividade e administração de pessoal- consideracoes sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde", en Agir em Saúde, um desafio para o público (Emerson Mehry, Rosana Onocko), Sao Paulo, Editorial Hucitec, 1998.
- Testa, M. "Las políticas de salud en el marco del ajuste", Cuadernos Médico Sociales No. 71, 1995.

- Williams, R.B. et al. "Psychosocial correlates of job strain in a sample of working women", Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA., Arch-Gen-Psychiatry. 1997 Jun; 54(6): 543-8
- Williams, L. S. "Manitoba suicides force consideration of stresses facing medical residents", CMAJ. 1997 Jun 1; 56(11): 1599- 602.

Anexo

Tabla I: Cobertura por Sector y Perfil Disciplinar

Sector	Perfil disciplinar	Total de Profesionales	Total de encuestados (%)
Guardia	Médicos	11	6 (55%)
	Enfermeros	11	6 (55%)
Internación	Médicos	4	3 (75%)
	Enfermeros	15	8 (53%)
Consultorio externo	Médicos	26	8 (31%)
	Enfermeros	2	2 (100%)
Fonoaudiología	Fonoaudiólogas	2	2 (100%)
Hospital de Día	Médicos (*)	4	3 (75%)
	Enfermeros	2	2 (100%)
Pediatría	Médicos	6	6 (100%)
	Enfermeros	3	3 (100%)
Dirección	Médicos	2	1 (50%)
Farmacia	Farmacéuticas	3	2 (67%)
Salud Mental (**)	Psicólogos	4	3 (75%)
	Docentes	1	1 (100%)
Bioquímica	Bioquímicos	10	9 (90%)
	Técnicos	9	3 (33%)
Trabajo Social	Trabajadora Social	1	1 (100%)
Radiología	Técnicos	9	5 (56%)

(*) Profesionales compartidos con Sala de Internación

(**) Se excluyen del Sector una psicóloga y una médica psiquiatra por formar parte del equipo de investigación

Tabla II: Antecedentes Personales y del Ambito Laboral

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones personales	46	65
- Con pareja estable	18	25
- Sin pareja estable	7	10
- No contesta		

Hijos convivientes		
-Si	51	72
- No	20	28
Nivel de instrucción		
- Universitario completo		
- Universitario incompleto / Terciario completo	45	63
	14	20
- Terciario incompleto / Secundario completo / incompleto	12	17
Perfil profesional		
- Médicos		
- Enfermeros	24	34
- Bioquímicos, farmacéuticos, técnicos	21	29
	19	27
- Psicólogos, fonoaudiólogos, docentes	7	10
Situación laboral		
- Contratado	37	52
Personal de Planta	34	48
Sector en que se desempeña		
- Guardia	12	17
- Internación / Hospital de Día	13	18
- Consultorio Externo	21	30
- Salud Mental / Trabajo Social	05	07
- Laboratorio / Radiología / Farmacia / Otros	20	28
Tiempo que lleva en el Servicio		
- Menor o igual a 5 años	41	58
- Mayor a 5 años	30	42
Tiempo que lleva en el mismo cargo		
- Menor o igual a 5 años	39	55
- Mayor a 5 años	32	45
Turno en que se desempeña		
- Mañana	31	44
- Tarde	19	27
- Más de un turno	21	29
Horas semanales de trabajo		
- Menor o igual a 30 horas	41	58
- Mayor 30 horas	30	42
Promedio de personas atendidas por día		
- Menor o igual a 30 personas	38	53
- Mayor o igual 30 personas	33	47
Tiempo en interacción con los beneficiarios		
- Menor 75%	34	48
- Mayor o igual 75%	37	52
Personas con cargo Jerárquico		

- Remunerado	8	35
- No remunerado	15	65
Multiempleo		
- Si	46	65
- No	25	35

Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario *

Camponovo Meier, Olga E. ** Morín Imbert, Patricia M. E. ***

Resumen

El estrés asistencial o Síndrome de Burnout es una situación cada vez más frecuente entre los profesionales de la Salud que se manifiesta como "respuesta a un estrés emocional crónico". Sus rasgos principales son fatiga física y/o psíquica, trato impersonal hacia usuarios y compañeros de trabajo y sentimiento de insatisfacción personal con las tareas que desarrolla.

La singular importancia y trascendencia del problema en un hospital público de alta complejidad orientarán a estudiar las diferentes manifestaciones del Síndrome en los agentes de salud, según el perfil profesional y funciones desempeñadas, e identificar factores de riesgo relacionados a su padecimiento. Para ello, se seleccionó una muestra probabilística estratificada constituida por 63 médicos y 64 enfermeros.

Las dimensiones del Síndrome de Burnout más afectadas en ambas profesiones fueron Despersonalización, Agotamiento Emocional y Consecuencias del Burnout, destacándose una mayor afectación para los que desempeñaban funciones asistenciales.

El análisis realizado permite una posible caracterización de individuos afectados: profesionales jóvenes, sin hijos, con pocos años de servicio, gran cantidad de horas de trabajo semanales, una carga importante de pacientes asistidos, antecedente de multiempleo, etc.

Las situaciones generadoras de mayores niveles de estrés fueron: riesgo de mala praxis para los médicos y maltrato y desprotección social para los enfermeros.

Las posibles soluciones a los problemas en el trabajo planteadas por los médicos fueron: mayor nivel de organización y equipamiento y, para el personal de enfermería una mayor remuneración y espacios de formación.

Palabras clave

estrés asistencial - condiciones de trabajo - despersonalización - agotamiento emocional

* Los contenidos de este trabajo forman parte de una tesis de la Maestría en Metodología de la Investigación en Salud (Universidad de Antioquía, Colombia, IDER, S.L.). El trabajo contó con la asesoría y participación de las Dras. Z.T. de Quinteros, A. Huerta y L. Gutiérrez para la elaboración del artículo.

* * Lic. en Enfermería, Jefa del Sector Clínica Médica, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez".

* ** Lic. en Enfermería, Jefa del Departamento de Enfermería, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez".

Summary

Assistance stress or Burnout Syndrome is an increasingly frequent situation among Health professionals that reveals itself as "an answer to a chronic emotional stress". Its main characteristics are physical and/or psychical fatigue, impersonal treatment of patients and coworkers and a feeling of personal dissatisfaction in doing tasks.

The study of the Syndrome's different revelations in Health agents, according to their professional profile and functions fulfilled, and the identification of risk factors related to their suffering were led by the unique significance and consequences of the problem in a high-technology public hospital. For these purposes, a stratified probabilistic sample consisting of 63 physicians and 64 nurses was selected.

Depersonalisation, emotional strain and consequences of the Burnout were the most affected aspects of the Burnout Syndrome in both professions, people fulfilling functions of assistance being the most affected.

The analysis allows a possible characterization of the individuals affected: young professionals, without children, with a few years of service, many working hours per week, many patients assisted, multiemployment antecedents, etc.

The situations that generated a higher level of stress were: malpractice risks for physicians and ill treatment and social vulnerability for nurses.

The possible solutions for work problems given by physicians were: better organization and equipment and, for nurses, better remunerations and training.

Key words

assistance stress - working conditions - depersonalisation - emotional strain

Introducción

En los albores del siglo XXI, nadie puede negar la complejidad de las relaciones interpersonales, los avances técnico-científicos y de todo orden en el mundo moderno. Los centros hospitalarios son lugares donde se concentran el dolor, la angustia y la incertidumbre; es en este contexto en el que, el equipo de salud debe desarrollar su actividad diaria.

El trabajo está considerado como el factor más estresante de la edad adulta. El estrés no es un estado momentáneo y transitorio que aparece y desaparece rápidamente, sino que se trata de un proceso que requiere un período de tiempo considerable para instaurarse. La duración del mismo depende de los mecanismos que posea el individuo para afrontarlo con el menor perjuicio posible y de la naturaleza de las situaciones que lo provocan.

El concepto de estrés asistencial o Síndrome de Burnout, fue introducido por el psiquiatra psicoanalista norteamericano Freudenberger en 1974 [\(1\)](#). Este autor expresaba que "El estrés asistencial es el resultado de la relación que se establece entre el individuo y su trabajo".

Se atribuye como causa de este síndrome a la desproporción entre los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos, que no compensan las expectativas del profesional. El sujeto pone así en marcha sus recursos personales y sociales para modificar la situación y resolverla; pero cuando estos acontecimientos se repiten y el individuo no logra reaccionar positivamente, se produce un

agotamiento físico y emocional que ocasiona actitudes negativas hacia el trabajo; ellas son la pérdida de la capacidad de relación y de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso. (Maslach y Jackson, 1982) (2).

La medicina del trabajo y la epidemiología ocupacional tradicional plantean como problemática básica explorar los factores de riesgo presentes en los distintos procesos de trabajo, capaces de provocar daños específicos en la salud de los involucrados. Tratándose de instituciones de salud, la intervención de estos factores, que pueden llegar a impedir el crecimiento profesional de los integrantes del equipo, afectan el desempeño técnico-científico y la calidad de la asistencia. Sin embargo, en Argentina aún no se han desarrollado suficientes investigaciones sobre Síndrome de Burnout, que permitan vislumbrar futuras posibilidades de cambio o mejoras dentro de las organizaciones sanitarias.

En la actualidad, en la ciudad de Rosario se ha comenzado a dar un espacio importante a la investigación de los síntomas psicofísicos que surgen de la vivencia cotidiana, dentro del ambiente institucional de salud.

En esa línea y en el contexto de un hospital de dependencia pública y de alta complejidad, las autoras se propusieron desarrollar el presente trabajo ante ciertas evidencias surgidas de la práctica diaria que abonaban la hipótesis de la existencia del Síndrome de Burnout entre los miembros de su personal.

La singular importancia y trascendencia que puede asumir el problema, al tratarse de un hospital de alta complejidad y la peculiaridad de las diversas situaciones de la práctica asistencial capaces de generar la aparición del síndrome, orientaron el trabajo hacia dos interrogantes fundamentales: la magnitud con que se expresa el Síndrome de Burnout y sus diversas manifestaciones según el perfil profesional y lugar de inserción de los sujetos en la estructura organizativa.

Marco Teórico

López Rodrigo, M. (1995) (3) menciona que la definición de estrés surge por primera vez en el siglo XIX, para conceptualizar los significados de tensión, adversidad, aflicción. Como antecedentes en este siglo, Hans Selye (1936) (4), padre de los trabajos sobre el estrés, le otorgó al concepto un significado más técnico, considerándolo como una reacción del organismo frente a las demandas de su entorno, denominándolo Síndrome General de Adaptación.

Más adelante Lazarus y Folkman (1966) (5) profundizan el estudio del estrés desde un análisis psicológico considerándolo como una relación entre la persona y el entorno; 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.

Holmes y Rahe (1967) (6) confeccionaron la "Escala de Acontecimientos Vitales" para determinar cuáles son los que alteran la homeostasis, en la cual describieron hechos que producen cambios a lo largo de la vida y que poseen un valor estresante. En dicha escala se observa que de los 10 acontecimientos vitales más estresantes, 4 están relacionados con la pareja (divorcio, separación conyugal, matrimonio y reconciliación), 3 guardan relación con la salud (muerte del cónyuge, muerte de un familiar y enfermedad personal grave), 2 se refieren al ámbito laboral (despido y jubilación) y 1 a la pérdida de la libertad (encarcelamiento). Posteriormente los propios autores y

otros han modificado esta escala, aportando otros acontecimientos tales como Navidad y vacaciones, que son esperados por la mayoría de las personas, pero que pueden llevar a una situación de estrés.

López Rodrigo, M. (1995)(7) afirma: "El estrés no es un estado momentáneo y transitorio que aparece rápidamente y desaparece con igual rapidez, sino que es un proceso que requiere un período de tiempo más o menos largo para instaurarse. La duración de este período está determinada por los recursos humanos y materiales, reales o potenciales que posee el individuo para afrontarlo satisfactoriamente o con el menor perjuicio posible".

Los estudios en este campo han estado en manos de investigadores de varias disciplinas. Los biólogos se concentraron en la fisiología, los psicólogos y sociólogos en los aspectos psico-sociales. Cada grupo ha planteado un enfoque diferente. La enfermería como ciencia aplicada, emplea estas teorías en la elaboración de su propio enfoque sobre el estrés.

Según Brunner, L. S. y Suddart, O. S. (1987) (8) la tendencia hacia la asistencia holística es reciente y data de este siglo, viéndose impulsada por la medicina psicosomática. Desde la antigüedad, se consideró que la mente, el cuerpo y el espíritu eran entidades separadas, resultando atrayente atribuir una enfermedad a una sola causa determinada. Los estudios de trastornos psicosomáticos han demostrado la interacción de mente y cuerpo en todos los aspectos que analizan la Salud-Enfermedad; cada vez es más generalizada la tendencia a considerar que el estrés emocional contribuye a las enfermedades fisiológicas y viceversa.

Las mismas autoras definen el estrés como: "...el 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 de modo que se recupere el equilibrio y se tenga capacidad para encarar nuevas exigencias del medio externo".

En la actualidad el trabajo está considerado como el factor más estresante de la edad adulta. Freudenberg (1974) (9), introduce por primera vez el término Burnout (estar quemado) haciendo referencia a un síndrome que luego fue descrito por Maslach en 1976(10), para referirse a una situación cada vez más común entre los profesionales que brindan servicios en relación directa y sostenida, manifestándose a través de síntomas de ansiedad y depresión.

Maslach y Sackson (1981) (11) lo definen 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 personal con las tareas que ha de realizar.

Kamis (1982) (12) menciona las siguientes variables que determinan el proceso de Burnout: predisponentes, precipitantes, perpetuantes y resultados en Burnout que determinan su manifestación, desde "inexistente a extrema".

Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) (13) clasifican las dimensiones de "vulnerabilidad al síndrome" en:

- Componentes personales "premórbidos": edad (a mayor cantidad de años en la profesión mayor seguridad en las tareas y menor tensión laboral); sexo (las mujeres se ven mas afectadas debido a la sobreabundancia de tareas laborales y domésticas); variables familiares

(la estabilidad afectiva contribuye a conservar el equilibrio, para enfrentar situaciones conflictivas); personalidad(para las personas emotivas, que son las que predominan en los servicios humanos, las excesivas demandas representan una causa importante de Agotamiento Emocional).

- Inadecuada formación profesional: la desproporción entre los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas son otra fuente de estrés.
- Precariedad de las condiciones del entorno laboral: dada por 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).

- Extrínsecas: que se dividen en tísicas (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).

El colectivo de la sanidad está integrado por los profesionales más vulnerables al síndrome, entre ellos el personal médico y de enfermería que presentan 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 profesionales que se consideran más responsables de la recuperación de los pacientes son más vulnerables.

El curso de la enfermedad, según los mismos autores, se instaura en forma paulatina. 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 el 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.

Edelwich y Brodsky (1980) [\(14\)](#) describen el proceso de pérdida de ilusiones a través de las siguientes etapas: entusiasmo, estancamiento, frustraciones, apatía e intervención.

La sintomatología según Alvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) [\(15\)](#), comprende:

- Agotamiento Emocional: sentimientos de ausencia, irritabilidad, abatimiento.
- Despersonalización: imagen negativa sobre sí mismo, pérdida de la 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. Como consecuencia 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 las relaciones interpersonales que se establecen en el trabajo.

- Consecuencias de Burnout: repercusión del trabajo sobre la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares y personales y el rendimiento laboral.

Otros indicadores del síndrome de Burnout 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 y diarrea, constipación, 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; tentativa de suicidios.

Los trabajadores afectados por este síndrome, suelen ocultar estas manifestaciones por miedo a ser descalificados ya sea en forma personal o profesional, impidiendo su diagnóstico y tratamiento. Según Fornás Vives, J. (1994) [\(16\)](#), el personal de enfermería padece grados elevados de estrés, relacionados con lo específico de su tarea y las personas objeto de su cuidado. Faura (1988) [\(17\)](#) señala que es uno de los blancos profesionales por la escasa autonomía, la indefinición de tareas, la falta de apoyo de los superiores y ciertas características personales de estos agentes de salud. En cuanto al personal médico, es reconocido que debe afrontar elevadas demandas y expectativas, en cuanto a la competencia técnico-científica necesaria para que el resultado sea satisfactorio, tanto para el profesional como para el paciente.

Existiendo algunas razones compartidas y otras que hacen a la especificidad de las necesidades y características profesionales, lo cierto es que ambas disciplinas están sumamente expuestas a padecer el síndrome de Burnout.

En ese marco y considerando tanto a médicos como profesionales de la enfermería como los principales susceptibles de padecer trastornos asociados al estrés ocupacional crónica, se circunscribe a ambos perfiles de agentes de la salud la propuesta de describir en profundidad la presencia o no de factores predisponentes al Síndrome de Burnout.

Objetivo

Analizar las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout e identificar los factores de riesgo asociados a ese padecimiento, en los agentes de salud de un hospital público de alta complejidad de la ciudad de Rosario, en relación con antecedentes personales y socio-laborales, funciones que desempeñan (asistenciales, de conducción) y su perfil profesional (médico, enfermería).

Propósito

Aportar información que pueda contribuir a la implementación de medidas tendientes a prevenir las diferentes manifestaciones del Síndrome de Burnout en el hospital bajo estudio, introduciendo nuevas pautas en las condiciones de trabajo y en la organización de la práctica asistencial, como también sentar las bases para continuar o profundizar en esta línea de investigación a nivel local.

Metodología

El contexto de estudio corresponde a un hospital de la red de efectores de salud con que cuenta la administración municipal de la ciudad de Rosario. Su zona de influencia se extiende a áreas limítrofes del interior de Santa Fe e incluso provincias vecinas, constituyendo un hospital regional de referencia para la atención de traumatizados por accidentes principalmente.

Cuenta con 140 camas distribuidas en 8 sectores para la internación de pacientes -entre ellas Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, etc.- y otros 6 organizados en: Cirugía, Esterilización, Guardia, Consultorios Externos, Unidad Renal y Unidad de Transplante Renal. Por sus características asistenciales conforma también un ámbito de formación de pre y posgrado, en convenio con la Universidad Nacional de Rosario.

El Síndrome fue evaluado mediante el denominado Inventario de Burnout (IB) diseñado por Maslach y Jackson (1981)([18](#)) y adaptado como «Cuestionario Breve de Burnout» por Moreno, B. (1995) ([19](#)) y Rivera Delgado, A. M. (1997) ([20](#)). La escala consta de 21 ítems divididos en 7 dimensiones que evalúan los aspectos más importantes del síndrome a saber:

- Agotamiento Emocional (D1)
- Despersonalización (D2)
- Disminución en el Logro Personal (D3)
- Afectación en la Tarea (D4)
- Tedio (D5)
- Afectación en la Organización (D6)
- Consecuencias del Burnout (D7)

Estas 7 dimensiones o subescalas están integradas por 3 ítems; cada uno es evaluado según una escala de cinco opciones que abarcan desde "en ninguna ocasión" pasando por "raramente o poco", "algunas veces", "frecuentemente" hasta "siempre". A cada opción le corresponde un puntaje de 1 a 5, en correspondencia con la intensidad con que se percibe el problema señalado en cada ítem particular, siendo equivalente a 5 puntos la situación de mayor afectación.

El perfil del sujeto afectado por Burnout remite a una puntuación alta en las dimensiones, especialmente en D1, D2 y D3, estableciéndose como puntuación alta un puntaje promedio mayor que 3 en los tres ítems que integran cada dimensión.

Para la captación de la información se utilizó un cuestionario estructurado, desagregado en 3 secciones:

- Antecedentes personales y familiares, perfil profesional, situación laboral de revista, funciones y antigüedad en el cargo, complejidad del sector de trabajo, carga horaria de trabajo dentro y fuera de la institución, etc.
- Inventario de Burnout propiamente dicho.
- Opiniones personales sobre las principales causas del malestar en el trabajo, situaciones que producen mayores niveles de estrés, disponibilidad de recursos y mecanismos que podrían implementarse para resolver los problemas percibidos.

El marco muestral fue definido por el listado completo del personal médico y de enfermería de la institución, proporcionado por la Oficina de Personal, lo que permitió totalizar 450 agentes.

Para la selección de la muestra, cuyo tamaño total fue fijado en 150 profesionales (33 % de la población), se trabajó con un método probabilístico previa estratificación de la población por perfil profesional (personal médico o de enfermería) y por nivel de responsabilidad (conducción o asistencial). La muestra en el interior de cada estrato fue proporcional al tamaño del mismo y para su selección se utilizó el método aleatorio simple.

La participación de los profesionales seleccionados fue voluntaria (consentimiento informado) y con garantía de anonimato. Los cuestionarios fueron aplicados en forma personalizada, explicitando los objetivos del trabajo y los criterios que orientaron a la formulación de los contenidos del instrumento.

La recolección de datos estuvo directamente a cargo de las autoras del estudio.

Para el análisis, se utilizaron la técnica no-paramétrica U de Mann-Whitney para la comparación de los puntajes obtenidos de cada ítem del IB y los modelos de regresión logística pertinentes para "respuestas categóricas", en este caso afectación o no de una dimensión del Burnout para interpretar la relación entre factores de riesgo (antecedentes personales, perfil profesional y laboral) y afectación de los sujetos estudiados.

Resultados

Durante la recolección de datos se plantearon algunas dificultades que afectaron los tiempos planificados previamente, principalmente por las condiciones de trabajo propias de una institución de alta complejidad y los diferentes horarios de los agentes seleccionados en la muestra.

De las 150 encuestas previstas, se obtuvo información sobre 63 médicos y 64 enfermeros, manteniéndose la relación inicial de un 50 % para cada profesión.

Los casos faltantes obedecieron a las siguientes razones: 10 médicos habían dejado de pertenecer a la institución y 3 miembros del personal de enfermería estaban ausentes por enfermedad al momento de la recolección de datos, en tanto que otros 10 agentes (2 médicos y 8 enfermeros)

rechazaron participar en el estudio.

Antecedentes personales, familiares y socio-laborales

La edad promedio de los encuestados fue de 38 años para el personal médico y 41 para enfermería, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,091$). En el primer grupo, un 70% correspondió al sexo masculino, relación que se invierte para enfermería, donde 44 profesionales (69%) eran mujeres. (Anexo, Cuadro 1)

La distribución según estado civil presentó algunas variantes entre ambas profesiones. En efecto, en el grupo de médicos, un 50% era casado y un 41% soltero, siendo bajas las cifras correspondientes a los estados de divorciado, separado o viudo y en pareja. En cambio, estas últimas categorías presentaron mayor significación en el personal de enfermería, reuniendo un 34% de los profesionales.

Del mismo modo, el personal de enfermería presentó, en general, un mayor número de hijos, en tanto que algo más de la mitad de los médicos no tenían hijos (52%). Para ambos grupos, el 94% de los que expresaron tener hijos, dijeron convivir con ellos.

Con respecto a los estudios finalizados, el personal de enfermería poseía diferentes niveles: 7 personas (10.9%) completaron estudios primarios, 8 (12.5%) secundarios, 27 (42.2%) terciarios y 22 (34.4%) universitarios.

La mayoría del personal encuestado cumplía función asistencial y únicamente entre los médicos se reconoció el ejercicio simultáneo de la función asistencial con la de conducción. Del total del personal médico, el 62 % desempeñaba funciones asistenciales, representado fundamentalmente por los médicos residentes de las distintas especialidades, 6 % cumplía funciones de conducción y 32% ambas funciones. En el personal de enfermería, casi un 90 % desempeñaba funciones asistenciales y sólo un 11% de conducción. (Anexo, Cuadro II)

El personal entrevistado principalmente desarrollaba tareas en servicios de alta complejidad, o sea con responsabilidad en la atención de pacientes de diversas afecciones y tratamientos que requieren una tecnología sofisticada. Esto fue más frecuente aún entre los médicos.

Con respecto a la situación laboral, el personal de enfermería se destacó por ser mayormente personal de planta permanente, mientras que entre los médicos predominaron los contratados. Ambos grupos no mostraron diferencias en cuanto a antigüedad, tanto en lo que concierne a la profesión, como en la institución y en el servicio en que se encontraban insertos al momento de la encuesta. Sin embargo, los médicos reunían, en promedio, menos años de antigüedad en el desempeño de la función asignada, 6,6 años en relación al 11,7 observado entre enfermeros.

Los médicos señalaron trabajar unas 46 horas semanales en promedio, cifra significativamente mayor a las 31 horas indicadas por el personal de enfermería. Respecto de los turnos, algo más del 60% de los profesionales entrevistados de ambos grupos desempeñaban sus funciones por la noche o alternativamente en horarios diurnos y nocturnos.

Cabe mencionar que entre los médicos encuestados se observó una importante diferencia en el número de horas semanales de trabajo según el cargo que ocupan, presentando los residentes un promedio de 70 horas por semanas, mientras que para las jefe de residentes y médicas de staff, las promedios fueron de 38 y 33 horas, respectivamente.

Una importante cantidad de profesionales no respondió sobre la proporción del tiempo de la jornada

laboral que dedica a interactuar directamente con los beneficiarios de su trabajo, principalmente en enfermería. En este aspecto, un 40% de los médicos afirmaron destinar entre 76 y 100% del tiempo de su trabajo diario.

Para el personal a cargo sólo de funciones asistenciales, el promedio de pacientes asistidos por día fue de 14,5 para médicos y 12,8 para enfermeros.

Sumados a estas antecedentes que describen las características laborales y responsabilidades en el interior del hospital, más de la mitad de los médicos (59 %) reconocieron realizar trabajos en su casa derivados de sus funciones y un 65 % desempeñar otro trabajo, predominantemente en el ámbito privado. En el caso de los profesionales enfermeros las cifras resultaron un tanto menores: 28 % admitió dedicar en el hogar horas adicionales a su trabajo, 43% poseía otro empleo y, de este subgrupo, algo más de la mitad lo hacía en instituciones privadas.

Resultados de Inventario de Burnout

Los puntajes promedios obtenidos en cada uno de los 21 ítems del Inventario de Burnout plantearon algunas diferencias significativas entre el personal de enfermería y médico. (Anexo, Cuadro III)

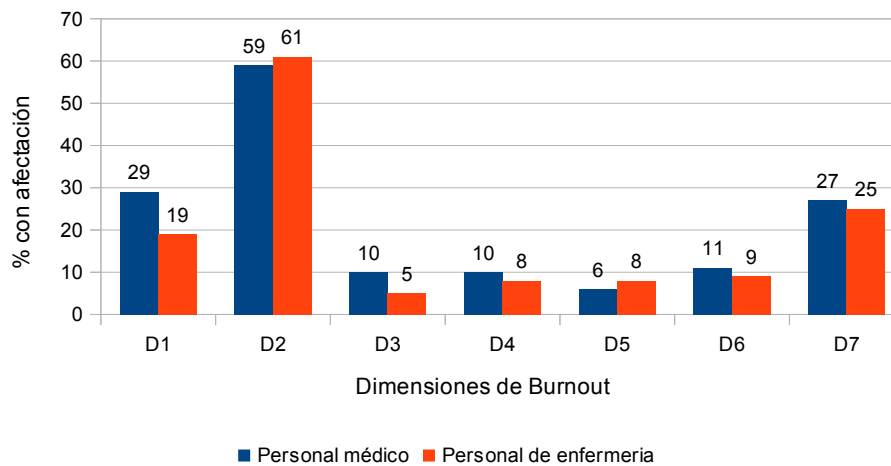
En primer lugar, se observó que los ítems 3 y 14 obtuvieron un puntaje medio superior a 3 en el personal de enfermería, que refieren, respectivamente a "exigencias excesivas y comportamiento irritante por parte de los usuarios" y "trabajo repetitivo". En cambio el "no involucramiento emocional con los usuarios" (ítem 18) presentó puntajes altos para ambas profesiones.

En cuanto a la importancia asignada a las "exigencias excesivas y comportamiento irritante por parte de los usuarios", sin ser significativamente mayor al puntaje obtenido por los médicos, a situación para el personal de enfermería podría interpretarse como debida a su estrecho y permanente contacto con los pacientes y familiares, que lo hace receptor de la mayoría de las angustias o problemas que vive el paciente durante su internación y, en circunstancias, depositario de conductas muy demandantes y agresivas.

El puntaje sensiblemente mayor para enfermería en el ítem 14, que alude a un "trabajo repetitivo", podría atribuirse a varias causas, tales como la realización de actividades dependientes para dar cumplimiento a las indicaciones médicas, posicionando a enfermería en un rol de subordinación y poco desarrollo de tareas independientes de su campo específico. Por otro lado, la excesiva demanda que le impide la implementación de actividades independientes inherentes al rol que, a su vez, son las que promueven la creatividad en el trabajo.

El "no involucramiento emocional con los usuarios", observado por igual en ambas profesiones, podría pensarse como relacionado con mecanismos de defensa que adoptan los agentes de salud y que se traducen en un trato impersonal hacia el usuario, debido a que el individuo pierde la autoestima sintiéndose incapacitado para actuar con eficacia.

Gráfico 1. Nivel de afectación en las 7 dimensiones del Síndrome de Burnout



Referencias: D1: Agotamiento emocional; D2: Despersonalización; D3: Disminución en el logro personal; D4: Afectación en la tarea; D5: Tedio; D6: Afectación en la organización; D7: Consecuencias del burnout

En su conjunto, fueron siete los items que presentaron diferencias significativas entre profesiones (1,4, 12, 14, 15, 16 y 17). El personal médico asignó mayores puntos al "hartazgo en su trabajo" y a la "falta de apoyo en las decisiones por parte del jefe". También percibieron en mayor grado "estar estresados por su trabajo", que no les gusta "el ambiente y condiciones físicas del mismo" y que "el trabajo afecta sus relaciones familiares y personales". Asimismo, el personal de enfermería otorgó mayor puntuación a "un interés escaso por el desarrollo profesional" y a "la repetitividad de su trabajo", éste ya mencionado antes.

En el Gráfico N° 1 se visualiza que las dimensiones de Burnout más afectadas para ambas profesiones fueron "Despersonalización" (D2), que reúne a un 60 % de los profesionales de ambos grupos, "Agotamiento Emocional" (D1), más importante entre médicos, y "Consecuencias del Burnout" (D7). Las demás dimensiones presentaron una menor frecuencia de afectación.

Según la función que desempeñan (Cuadro N° 1), el ejercicio de la práctica asistencial mostró, en general, el nivel más alto de afectación en ambas profesiones, aunque en la dimensión "Despersonalización", los porcentajes fueron los más elevados para todas las funciones, asistencial, de conducción o ambas. Esto, probablemente relacionado con el nivel de atención y complejidad de la institución, las características predominantes de los pacientes asistidos, heridos en accidentes de tránsito, por hechos de violencia extrema como armas de fuego, etc. y la sobrecarga laboral.

El personal médico que desempeña función asistencial exclusiva o conjuntamente con la de conducción, es el más afectado en la dimensión "Agotamiento Emocional" (D1), perdiendo significación entre los profesionales que soio tienen responsabilidades de conducción. Esta particularidad puede deberse a que la mayor cantidad de profesionales está representada por los médicos residentes, quienes según los resultados, se diferencian por una mayor carga de horas semanales de trabajo en contacto directo con los usuarios, para quienes pueden ser frecuentes las sensaciones de ansiedad, irritabilidad y abatimiento como consecuencia de la excesiva demanda de trabajo y la responsabilidad que supone el dar respuesta a situaciones críticas. Esta interpretación puede ser plausible contrastando estos hallazgos con lo observado en el personal médico con

funciones de conducción solamente. Ninguno de los cuatro profesionales de este grupo manifestó estar afectado en esta dimensión.

La afectación en "Despersonalización" (D2), importante para todo el personal en general, resultó más significativa en el personal que cumple función asistencial, tanto de enfermería como médico. Si bien más de los dos tercios de los profesionales que desempeñan actividades asistenciales exclusivas presentaron afectación en esta dimensión, no menos importantes son los porcentajes que refieren al personal de conducción o a los médicos que comparten ambas funciones (entre 43 y 55 %). En este caso, la responsabilidad por conciliar los intereses de la institución con los requerimientos de los pacientes y de los otros miembros del equipo de salud, la variedad de actividades que deben desplegar (provisión y conservación de equipos y materiales, mantenimiento del área física, gestiones administrativas y de coordinación, etc.) son factores que podrían estar operando en el personal de conducción, aun cuando las presiones del contacto diario con los pacientes sean menores o más indirectas.

La mayor afectación en lo relativo a "Disminución en el Logro Personal" (D3) se presentó en el personal médico que cumple función asistencial o ambas funciones, seguido por el personal de enfermería con función asistencial, dimensión que parece no afectar al personal con funciones de conducción, tanto enfermeros como médicos.

Cuadro 1: Afectación en las 7 dimensiones del Síndrome de Burnout

Dimensiones de Burnout	Personal Médico n = 63			Personal de Enfermería n = 64	
	Asistencial n=39 (%)	Conducción n= 4 (%)	Ambas n= 20 (%)	Asistencial n = 57 (%)	Conducción n = 7 (%)
Agotamiento Emocional (D1)	12 (30.7)	0 (0.0)	6 (30.0)	11 (19.3)	1 (14.3)
Despersonalización (D2)	24 (61.5)	2 (50.0)	11 (55.0)	36 (63.2)	3 (42.8)
Disminuc. en el logro Pers. (D3)	4 (10.3)	0 (0.0)	2 (10.0)	3 (5.3)	0 (0.0)
Afectación en la Tarea (D4)	5 (12.8)	1 (25.0)	0 (0.0)	5 (8.8)	0 (0.0)
Tedio (D5)	3 (7.7)	0 (0.0)	1 (5.0)	5 (8.8)	0 (0.0)
Afectac. en la Organización (D6)	5 (12.8)	1 (25.0)	1 (5.0)	6 (10.5)	0 (0.0)
Consecuencias del Burnout (D7)	10 (25.6)	1 (25.0)	6 (30.0)	14 (24.5)	2 (28.6)

Las repercusiones del síndrome en términos de afectación en la salud, en las relaciones familiares y personales y en el propio rendimiento del trabajo en el hospital fueron reconocidas entre un 25 y un 30% de los profesionales de ambos grupos, médicos y enfermeros, y con funciones asistenciales y/o conducción, señalando la importancia relativa que asume la D7, denominada "Consecuencias del Burnout" en el hospital bajo estudio, con las características asistenciales que lo perfilan.

La afectación del síndrome de Burnout y su posible relación con antecedentes y perfil profesional y laboral condujo a un análisis multivariado para cada una de las 7 dimensiones mediante la técnica de regresión logística. A través de un método de selección secuencial se obtuvo un modelo (de regresión logística) para cada dimensión, con excepción de las dimensiones D5 (Tedio) y D6

(Afectación en la Tarea) para las cuales no se detectaron variables asociadas.

Las variables que mostraron relación con cada una de las dimensiones y las correspondientes razones de Odds para su interpretación se resumen en Anexo Cuadro IV.

En relación con "Agotamiento Emocional" (D1), las personas solteras tienen 2.1 veces más de posibilidad de tener afectada esta dimensión respecto de las casadas y 2,4 que las personas divorciadas, separadas o viudas. Sin embargo, su riesgo de afectación es 2,2 veces menor que las personas que están en pareja.

En relación con la antigüedad en la profesión, el riesgo de tener afectada la dimensión D1 experimenta una disminución del 15% a medida que aumenta la antigüedad en 5 años, o sea que una persona de 10 años de profesión tiene un 15% más de posibilidad de afectación en cuanto a "Agotamiento Emocional" que una persona de 15 años de profesión.

Inversamente, el número de horas trabajadas por semana aumenta el riesgo de afectación en esta dimensión a razón de un 26% de incremento por cada 20 horas agregadas al trabajo. Así, una persona que trabaja semanalmente 60 horas tiene 26% más riesgo de afectación que aquella con 40 horas.

Las personas más jóvenes son más propensas a la afectación en lo concerniente a "Despersonalización" (D2), en el sentido que el riesgo se incrementa un 45% cuando la edad se reduce en 10 años. Como ejemplo, el riesgo de una persona de 30 años es 45 % más alto que para una persona de 40 años.

También el riesgo de afectación en esta dimensión se incrementa en relación directa con el número de pacientes asistidos. Siendo el incremento del riesgo del 22% por cada 5 pacientes atendidos, los profesionales que atienden 30 personas diariamente tienen 66% más posibilidad de estar afectados en D2 que aquellos cuya carga de trabajo es de sólo 15 pacientes.

El poseer otro trabajo también aumenta el riesgo de Despersonalización en un 85% más que entre los profesionales que trabajan en forma exclusiva en el hospital.

El antecedente de hijos en la familia disminuye la posibilidad de afectación en D3 ("Disminución en el Logro Personal"). Así, en el personal sin hijos, aumenta 2 veces la posibilidad de tener afectada D3 frente a otros miembros que tienen un hijo. El personal de enfermería con estudios primarios o secundarios verificó un 20% más de posibilidad de tener afectada la dimensión D3 que las personas con estudios terciarios. Sin embargo, los profesionales en su conjunto con estudios universitarios tienen 50 veces más posibilidades de afectación que los enfermeros con estudios primarios o secundarios.

La "Afectación en la Tarea" (D4) presentó también un riesgo diferencial según el número de hijos, siendo 92% mayor entre los profesionales sin hijos.

El incremento en la antigüedad en la función asignada también modifica el riesgo de afectación en esta dimensión, siendo más elevado entre los miembros del personal con menor antigüedad. Como ejemplo, con 5 años en la función, el riesgo es 53% más alto que entre los profesionales con 10 años de antigüedad.

En cuanto a las "Consecuencias del Burnout"(D7), esta dimensión parece relacionarse exclusivamente con la cantidad de pacientes asistidos diariamente. Cada 5 pacientes atendidos por día el riesgo de afectación es 22%, de modo que si un profesional asiste a 30 pacientes por día tiene 44% más posibilidad de afectación que otro que atiende regularmente a 20 personas.

A modo de síntesis, en el Cuadro N°2 se indican las variables asociadas a la afectación en cada una de las dimensiones del Burnout.

Cuadro 2: Variables asociadas a las dimensiones del Inventario de Burnout

Dimensión	Variables Asociadas
Agotamiento Emocional (D1)	• Estado Civil • Antigüedad en la Profesión • Horas semanales trabajadas
Despersonalización (D2)	• Edad • Personas atendidas por día en función asistencial • Otro trabajo
Disminución en el Logro Personal (D3)	• Número de hijos • Estudios
Afectación en la Tarea (D4)	• Número de hijos • Antigüedad en la función
Consecuencias del Burnout (D7)	• Personas atendidas por día en función asistencial

Opiniones del personal acerca de las causas y posibles soluciones

Las situaciones que fueron reconocidas como principales productoras de un mayor nivel de estrés plantearon variantes en ambos grupos bajo estudio, como se indica en el Cuadro N°3.

Cuadro 3: Situaciones que producen mayor nivel de estrés

Situaciones de estrés	Personal Médico n=63 (%)	Personal de Enfermería n=64 (%)
Pacientes terminales	9 (14.3)	23 (35.9)
Patologías infecto-contagiosas	7 (11.1)	9 (14.0)
Maltrato	7 (27.0)	34 (57.8)
Desprotección Social	20 (31.7)	33 (51.5)
Riesgo de mala praxis	27 (42.8)	24 (37.5)
Otras	12 (19.0)	15 (23.4)

En el personal de enfermería más del 50% identificó situaciones de "maltrato" y de "desprotección social", seguidas por los "riesgos de mala praxis" y la "atención de pacientes terminales", que

reunieron algo más del 35% de las opiniones.

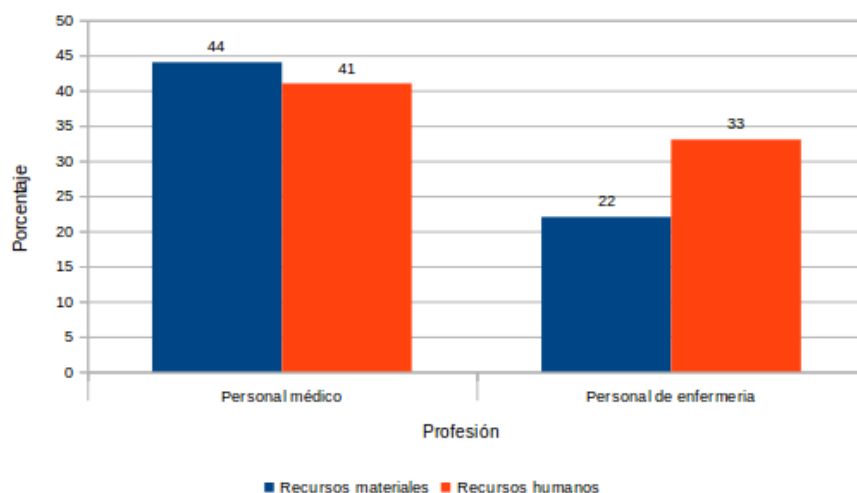
Con porcentuales menores, entre los médicos se destacaron en primer lugar "riesgos de mala praxis", señalado por un 43% de los encuestados y, en menor proporción, las situaciones de "desprotección social" (32%) y de "maltrato" (27%).

De las diversas situaciones que fueron identificadas como principales productoras de estrés, podrían plantearse dos rasgos distintivos entre uno y otro grupo. Para el personal de enfermería cobran importancia relativa las situaciones críticas -pacientes terminales- que complejizan las necesidades y demandas psicosociales de los pacientes. En cambio, entre los médicos, los problemas legales derivados de una eventual mala praxis pareciera ser el principal factor de estrés, producto del rol que les compete en el equipo de salud.

Una considerable proporción de los profesionales, médicos y de enfermería, consideró que no es posible responder satisfactoriamente a la demanda de los usuarios con los recursos materiales y humanos disponibles en el hospital.

En ese aspecto, el personal de enfermería consideró que existe mayor déficit de recursos humanos (33 %) que de recursos materiales (22%) situación que se invierte para el personal médico con 41 y 44% respectivamente. En el Gráfico N° 2 se observa que los médicos duplicaron los porcentajes respecto del personal de enfermería en relación a la necesidad de recursos materiales, a expensas, probablemente, de sus mayores expectativas en cuanto a la disponibilidad de tecnología específica y actualizada. La insuficiencia de los recursos humanos, en cambio, fue señalada por ambas disciplinas sin plantear diferencias significativas.

Gráfico 2. Opinión sobre no disponibilidad de recursos humanos y materiales



Vinculadas a la identificación de las principales causas de malestar en el trabajo (Anexo Cuadro V), las respuestas consignadas por el personal médico refieren principalmente al "Déficit en la Administración/Organización" (60%), a una "Extrema exigencia de los pacientes" (33%), a "Problemas en las relaciones interpersonales" (30%) y a la "Falta de reconocimiento" (30%). El personal de enfermería, coincidiendo con los médicos, refirió en primer lugar el "Déficit en la Administración/Organización" (67%), seguido por "Problemas en las relaciones interpersonales"

(48%), "Déficit en recursos materiales" (25%) y "Extrema exigencia de los pacientes" (23%).

Las deficiencias en la organización/administración de los servicios, señaladas como principal causa de malestar, podría vincularse a cierto déficit en los recursos humanos del hospital, desde el punto de vista cuantitativo como también cualitativo. Aunque el hospital reúne profesionales capacitados para el desempeño de sus funciones específicas, la alta especialización del personal de salud, la dinámica y particularidades asistenciales de este efector generan permanentemente mayores expectativas de calidad, lo que estaría marcando también un déficit en lo cualitativo.

Entre otras causas de malestar, la mención de "Problemas en las relaciones interpersonales" también puede responder a la particular dinámica del hospital que impiden una mayor reflexión y retraining grupal del equipo de salud como actividad sistemática para la resolución de los conflictos, revalorización del otro, jerarquización del rol de conducción, etc., en el marco de las diferencias socio-culturales y del nivel de formación de sus integrantes.

La indagación sobre posibles soluciones a los problemas en el trabajo permitió reunir una serie de opiniones positivas (Cuadro N° 4), que aportan a la revisión de las actuales condiciones de trabajo que tienen su efecto en la situación de estrés observada tanto en médicos como enfermeros.

Cuadro 4. Soluciones posibles a los problemas en el trabajo

Soluciones posibles	Personal médico N=63 (%)	Personal de enfermería n=64 (%)
Espacios de reflexión	22 (34.9)	29 (45.3)
Espacios de formación	25 (39.7)	38 (59.3)
Planificación de la asistencia y la prevención	29 (46.0)	27 (39.0)
Mayor nivel de organización	40 (63.5)	32 (50.0)
Mayor remuneración	26 (41.2)	39 (60.9)
Mayor equipamiento	32 (50.8)	24 (37.5)
Otras	18 (28.5)	8 (12.5)

Entre las mencionadas por los médicos se destacaron, en orden de importancia: un mayor nivel de organización (64%), mayor equipamiento (51%), planificación de la asistencia y prevención (46%) y en menor proporción una mayor remuneración, el generar espacios de formación y de reflexión.

El personal de enfermería, en cambio, atribuyó la mayor importancia al aumento de la remuneración (61%), seguido por la promoción de espacios de formación (59%), una mayor organización (50%), mencionando con menor frecuencia los espacios de reflexión, la planificación de la asistencia y un mayor equipamiento.

La importancia asignada por los médicos a la propuesta de "mayor nivel de organización", ligada a una percepción de desorganización en su trabajo, puede responder y a la vez ser consecuencia de un déficit en su formación sobre principios de administración, a diferencia del personal de enfermería que incluye estos contenidos en su carrera de grado. Sin embargo, no resulta desestimable la recomendación de los enfermeros promoviendo una mayor organización del trabajo, manifestada por la mitad del personal.

La demanda sobre aumentos de las remuneraciones, principalmente puntualizada por enfermería,

puede obedecer a los bajos salarios que tradicionalmente recibe este personal en relación con la responsabilidad y características propias de la profesión, con horarios rotativos estrictos para asegurar la continuidad de la atención durante las 24 horas, el contacto estrecho con situaciones límite, el esfuerzo físico sostenido, etc.

Conclusiones

En base a los resultados obtenidos puede observarse que las dimensiones del Síndrome de Burnout más afectadas en ambas profesiones (personal médico y de enfermería), son en orden decreciente: "Despersonalización", "Agotamiento Emocional" y "Consecuencias del Burnout".

Los médicos que desempeñan función asistencial y función de conducción y asistencial conjuntamente, son los más afectados en la dimensión "Agotamiento Emocional". El personal médico con función de conducción solamente, no presenta evidencias de afectación en esta dimensión. En cambio el personal de enfermería se encuentra afectado en ambas funciones, aunque en mayor grado en el nivel asistencial. Esto difiere de los hallazgos de Liana Lautert (1997) [\(21\)](#) que llevan a interpretar que "quizás no sea la sobrecarga de trabajo la que afecta a estas profesiones y sí las presiones que sufren, pues los puestos de Jefes de Enfermería, están caracterizados por conflictos de rol y necesitan conciliar el interés de la institución hospitalaria con el de los pacientes, enfermeras y otros trabajadores".

Cabe señalar en este punto que resulta un hallazgo a considerar la afectación en esta dimensión para el caso de los médicos. En tal sentido no puede obviarse que en la presente investigación, un alto porcentaje de la muestra de médicos, estuvo integrada por residentes, que señalan desempeñar el doble de horas de trabajo que el personal de staff (70 horas versus 33 respectivamente). Se trata de un recurso "trabajo-intensivo" más que de un recurso en formación, planteando como factor agravante el hecho de que por carecer de experiencia y formación suficientes sufren una mayor sobrecarga, en muchos casos traumática al tener que afrontar situaciones clínico/institucionales para las cuales aún no están preparados. Se trata entonces de un aspecto a considerar particularmente teniendo en cuenta además que la bibliografía sobre la problemática del estrés asistencial ubica a los Residentes como un grupo de riesgo en cuanto al desarrollo del síndrome.

La alta afectación en "Despersonalización" en la función asistencial, es igualmente significativa en ambas profesiones. En tal sentido, resulta necesario situar este hallazgo en relación al contexto institucional en el que desempeñan su actividad los profesionales bajo estudio. Cabe mencionar como se señalaba al inicio, que este estudio tiene lugar en un efector de alta complejidad, abocado fundamentalmente a la atención de urgencias y emergencias. Referente de atención de este tipo de problemáticas para toda la ciudad y aún para provincias aledañas, la dinámica institucional plantea características singulares, a saber, en general el trabajo clínico supone tiempos acotados, ligados a la resolución de la urgencia, la estabilización clínica para la posterior derivación de los pacientes a otros efectores de la red, problemáticas habitualmente graves donde las intervenciones del equipo de salud recorren el delicado borde entre la vida y la muerte. Vale decir que habitualmente la circulación de pacientes por la Institución tiene un carácter de fugacidad, de transitoriedad. Los equipos profesionales parecen sin duda, atravesados por las condiciones de la urgencia, lo que lleva a interrogarse sobre las particularidades que adopta la relación equipo de salud/paciente en este

marco. Puede considerarse que la disponibilidad de tiempo constituye un factor clave para la consolidación de una adecuada relación con un paciente. Adecuada en términos de poder reconocerlo como un sujeto, portador de una historia, marcado por una cultura. En circunstancias en las cuales, de la intervención pronta y pertinente, depende la vida de un sujeto, puede concederse que en alguna medida, la eficacia de la intervención plantea como condición de posibilidad, la exclusión transitoria de la dimensión subjetiva, fundamentalmente de la propia subjetividad del profesional.

Cabe reflexionar, no obstante, en qué medida las características del efector van configurando una cultura institucional que no permite discriminar cada caso en particular, sesgando todas las relaciones que en él tienen lugar con la marca de la urgencia, que es decir la marca del no-tiempo o, más precisamente de los sujetos a merced de la arbitrariedad del tiempo.

La "Disminución en el Logro Personal" aparece más afectada en los médicos que cumplen función asistencial o ambas funciones; le continúa en frecuencia el personal de enfermería con función asistencial, mientras que la función de conducción no se ve afectada por esta dimensión. Esto se diferencia de los hallazgos de Atance Martínez J.C. (1997) [\(22\)](#), quien menciona en su estudio que la "Despersonalización" se daría más en el personal médico y que la falta de realización personal sería más frecuente en el personal de enfermería.

Indudablemente el desempeño de funciones de conducción supone una instancia de reconocimiento de orden material y/o simbólico para aquellos que la desempeñan, por lo cual este tipo de funciones podría constituirse en un factor protector respecto del riesgo de desarrollo de afectación en esta fase. Por otra parte, y teniendo en cuenta la participación de médicos residentes en el presente estudio, con una fuerte carga asistencial asignada, cabe reflexionar acerca del impacto subjetivo que les provoca el acceso a un sistema de formación que a poco de andar se redescubre como espacio de trabajo antes que como dispositivo educativo.

En otro aspecto, y como problemática general de todos los miembros del equipo de salud, en el marco de las actuales políticas de ajuste, no puede dejarse de lado la progresiva proletarización de la población médica y la condición de pluriempleo de una amplia mayoría de los profesionales encuestados, médicos y enfermeros. Estas particularidades, suponen inevitablemente, la dedicación de la casi totalidad del tiempo laboral al desarrollo de prácticas asistenciales, con escaso o nulo margen para la capacitación y/o actualización, hecho que indudablemente impacta en las expectativas de crecimiento profesional.

El personal médico menciona como causas de malestar en el trabajo (en orden decreciente): el déficit en la administración/organización, la extrema exigencia de los pacientes, las malas relaciones interpersonales y la falta de reconocimiento.

El personal de enfermería menciona como causas de malestar en el trabajo (en orden decreciente): el déficit en la administración/organización y los problemas en las relaciones interpersonales.

En cuanto a las situaciones que producen mayores niveles de estrés en el personal médico, el riesgo de mala praxis es la predominante. Este constituye un hallazgo similar al encontrado en un estudio sobre estrés asistencial realizado en el Hospital Ramos Mejía, de la ciudad de Buenos Aires, tratándose este último de un hospital de alta complejidad (Zaldúa y Lodieu, 1999)[\(23\)](#).

En el personal de enfermería, se mencionan las circunstancias de trabajar con situaciones de maltrato y desprotección social. Cabe señalar que en el estudio recién mencionado, en el ámbito de

un efector de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires, en la instancia de entrevistas en profundidad con miembros del personal, surgió como hallazgo que en el punto en que señalaban estas mismas condiciones (Situaciones de maltrato y desprotección social) como productoras de altos niveles de estrés, aludían en realidad a situaciones en las cuales los propios profesionales se situaban como víctimas de maltrato y desprotección.

Ambas disciplinas consideran que los recursos humanos son insuficientes para responder satisfactoriamente a la demanda de los usuarios.

El personal médico por su parte opina que los recursos materiales son insuficientes, duplicando el porcentaje alcanzado por el personal de enfermería en este ítem.

En este punto, cabe señalar que si bien este estudio no permitió profundizar en relación a estos aspectos, amerita un análisis en profundidad, la problemática de la disponibilidad y suficiencia de recursos humanos en el efector, a fin de determinar cuál sería la proporción necesaria y adecuada de recursos humanos como así también los criterios pertinentes de distribución de los mismos en los distintos sectores de la Institución, fundamentalmente en lo atinente al personal de enfermería.

Por otra parte, en lo que refiere a la percepción de insuficiencia de recursos materiales por parte del sector médico, es necesario un análisis en profundidad sobre todo teniendo en cuenta la complejidad de la problemática de la tecnología médica, en cuyo marco cabría incluir este ítem. En tal sentido, y siguiendo las nociones de García Rodríguez Tejedor (1982)(24), cabe reflexionar sobre el proceso de formación médica en la actualidad, y en qué medida es favorecida desde una visión mecanicista de la medicina, la imagen del especialista. Coherente con este direccionamiento en la formación, se alienta el uso exagerado de tecnología pesada y se enfatiza en la noción del cuidado médico basado en los instrumentos creados por la tecnología. Por otra parte un sistemático proceso de difusión y publicidad que atraviesa tanto a profesionales como a usuarios, condiciona en los últimos años una demanda creciente de consumo de alta tecnología.

En tal sentido, se torna necesario un monitoreo permanente que dé lugar a la incorporación y utilización racional de tecnología apropiada, mucho más en el ámbito de un efector de alta complejidad.

Las posibles soluciones a los problemas en el trabajo, planteadas con el personal médico en orden decreciente son: mayor nivel de organización y mayor equipamiento. El personal de enfermería propone: mayor remuneración y espacios de formación. Esto coincide con lo expresado en su estudio por Filgueira Bouza M. y otros (1994)(25), quienes concluyen que las fuentes más directamente relacionadas con el Burnout en uno de los grupos más estudiados son: mala planificación y gestión, insatisfacción en relación con los incentivos, falta de formación e insuficiencia de los recursos humanos y materiales.

Según las variables que mostraron relación con cada una de las dimensiones, los modelos que permiten describir el perfil del personal más afectado son los siguientes:

- "Agotamiento Emocional": su afectación está asociada con el estado civil, siendo los más afectados los profesionales "en pareja", los que reúnen pocos años de antigüedad en la profesión y aquellos con un alto número de horas de trabajo semanales.
- "Despersonalización": está asociada con profesionales jóvenes, con una carga importante de pacientes asistidos diariamente y con el antecedente de poseer otro trabajo.

- "Disminución en el Logro Personal": mostró estar relacionada con miembros de personal que no tienen hijos y con el estatus universitario de médicos y enfermeros.
- "Afectación en la Tarea": mostró asociación con la ausencia de hijos en la familia y con menor antigüedad en la función dentro del hospital.
- "Consecuencias del Burnout": se asoció exclusivamente con un alto número diario de pacientes a cargo en la función asistencial.

Si se consideran y comparan los hallazgos con los del estudio realizado por Atance Martínez J.C. (1997)([26](#)), los mismos coinciden en la asociación de "Consecuencias del Burnout" con un mayor número de pacientes asistidos diariamente, mientras que difieren en cuanto a la afectación de la "Disminución del logro personal", que se presentó relacionada con estado civil separado y divorciado/viudo.

Como puede observarse, hay algunas características comunes que parecen favorecer la emergencia del síndrome de Burnout, fundamentalmente la alta carga asistencial, la escasa antigüedad en la inserción institucional y/o en el ejercicio de la profesión y la condición de tener estudios universitarios en lo referido específicamente a la dimensión 'Disminución del logro personal'. Estos aspectos podrían integrar un escenario complejo habitual en efectores del subsector público en la actualidad. Es un dato ampliamente comentado el que refiere al incremento progresivo de la demanda de atención en instituciones públicas de salud a lo largo de la última década. Hecho ligado a los índices crecientes de desocupación y por tanto de pérdida de cobertura social de amplias franjas de la población. El incremento en la demanda ha ido de la mano con un cambio cualitativo de la misma. Las problemáticas usuales en la posmodernidad en el contexto de países del tercer mundo, se ligan estrechamente a la condición de fragilización del lazo social y los efectos que esto tiene en la dinámica de lo colectivo, fundamentalmente en grandes centros urbanos. Las adicciones, las distintas modalidades que adopta la violencia, etc. parecen tomar cuerpo en los sujetos traduciéndose en consultas habituales a los efectores.

Por otra parte, las condiciones de precarización de muchos de los trabajadores de salud, a la vez que la frustración que genera el abordaje de problemáticas para las cuales la intervención médica resulta en la mayoría de los casos insuficiente (si se tiene en cuenta que sus condicionantes trascienden ampliamente el campo específico de la salud), van incidiendo en los lazos interpersonales favoreciendo el desarrollo de prácticas fragmentadas, individuales y por tanto sin el marco de contención que posibilita el trabajo en equipo.

Los resultados obtenidos, tanto en términos de factores relacionados con el estrés asistencial como las propuestas planteadas por los sujetos encuestados, pueden contribuir a la implementación de medidas concretas tendientes a prevenir y/o corregir las diferentes manifestaciones del síndrome de Burnout en el espacio particular del efector bajo estudio. En tal sentido y teniendo en cuenta la necesidad expresada por la mayoría de los encuestados de tener mayores oportunidades de formación, se considera relevante como primera estrategia, implementar procesos de Educación Permanente, como modo de recuperar el papel protagónico de los sujetos en situación de trabajo, intentando reflexionar sobre los nudos problemáticos percibidos por los propios actores y orientando los espacios de reflexión a la construcción colectiva de alternativas viables de resolución

de los problemas.

Se trata entonces de una propuesta tendiente a superar las actuales instancias de formación que, desde una perspectiva tradicional y con escasa participación, viene desarrollando el hospital atendiendo a las siguientes recomendaciones:

- Establecer mecanismos sólidos de Educación Permanente.
- Fomentar la predisposición al cambio que propenda al desarrollo profesional y organizacional.
- Aumentar la participación en la toma de decisiones.
- Estimular la planificación con el establecimiento de metas y objetivos alcanzables.
- Promover la evaluación sistemática como principal instrumento de educación y de crecimiento compartido.

Referencias bibliográficas

- (1) Freudenberg, H. J. "Staff burn-out", Journal of Social Issues, 1974, 30, 159-165.
- (2) 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.
- (3) López Rodrigo, M. "Estrés de los profesionales de Enfermería". Revista Rol de Enfermería. N° 201. España. Mayo, 1995.
- (4) Selye H. , 1936, sin datos de edición.
- (5) Lazarus y Folkman. "Stress appraisal and coping process", 1966, citado en 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.
- (6) Holmes y Rahe, Sin datos de edición, 1967.
- (7) Ibídem (3)
- (8) Brunner, L. S. y Suddart, D. S. "Estrés y adaptación". Enfermería Médica Quirúrgica. Cap. 8. Vol. 1. 6° edición Interamericana. México, 1987. Pág. 870.
- (9) Ibídem(1)
- (10) Maslach, C. "Burned out", 1976, en Atance Martínez, "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario", Revista Española de Salud Pública. Vol. 71, N° 3. España. Mayo - Junio, 1997.
- (11) Maslach, C. y Jackson, S. "Maslach Burnout Inventory", Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, 1981 1° Ed.
- (12) Kamis, "An epidemiological approach to staff burnout", 1982, citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994.
- (13) Alvarez Gallego y Fernández Ríos. "El síndrome de Burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios, 1991, citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994.
- (14) Edelwich y Brodsky, "Burn-out stages of disillusionment in the helping professions", 1980,

- citado en Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994.
- (15) Ibídem (13)
- (16) Fornés Vives, J. "Respuesta emocional al estrés laboral". Rol de Enfermería. N° 186. España. Febrero, 1994.
- (17) Faura , sin datos de edición, 1988.
- (18) Ibídem (11)
- (19) 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.
- (20) Rivera Delgado, A, M. "Presencia del síndrome de Burnout en médicos del Hospital Quirúrgico hermanos Amejeiras". Tesis de la Maestría Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología , México, D.F., 1997.
- (21) 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.
- (22) Atance Martinez, J.C. "Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario". Revista Española de Salud Pública. Vol. 71, N° 3. España. Mayo-Junio. 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.
- (23) Zaldúa, G. y Lodieu, M. "Dilemas éticos relacionados con el síndrome de Burnout. Revista Investigación en Salud, Vol 2, N° 1 y 2, Rosario. Enero - Diciembre 1999.
- (24) Garcia Rodríguez Tejedor, A. "Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la tecnología Médica. Cuadernos Médico Sociales N° 19, Rosario, 1982.
- (25) Filgueira Bouza, "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: Un estudio psíco-social". SISO/Saude, N° 23, 1994.
- (26) Ibídem (22).

Bibliografía general

- 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.
- Marriner-Tomey. A. "Manejo del estrés. Manual para la Administración de enfermería". 5° Parte. 4° edición. Interamericana. McGraw-Hill. México, 1994. Pág. 499. "Tratamiento del estrés. Administración y liderazgo en enfermería". Capítulo 26. 5° Edición. Publicación Harcourt Brace, Madrid, España, 1998. Pág. 523.
- 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. Síndrome del desgaste profesional (Burnout). Medicina y seguridad del trabajo N° 174, 1997. Págs. 63-71.

Anexo

Cuadro I: Antecedentes personales del personal médico y de enfermería

Antecedentes personales	Personal Médico n=63	Personal de Enfermería n=64
Sexo		
Masculino	43 (68,3)*	20 (31,3)
Femenino	20 (31,7)	44 (68,7)
Edad		
(promedio en años, [IC95%]**)	37,8 [35,1; 40,6]	40,8 [38,8; 42,8]
Estado civil		
Soltero	26 (41,3)	17 (26,6)
Casado	31 (49,3)	25 (39)
En pareja	3 (4,7)	11 (17,2)
Divorciado/separado y viudo	3 (4,7)	11 (17,2)
Número de hijos		
Sin hijos	33 (52,4)	20 (31,3)
1	7 (11,1)	16 (25)
2	9 (14,3)	14 (21,9)
3 o más	14 (22,2)	14 (21,9)

* porcentajes entre paréntesis

** IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

Cuadro II: Antecedentes sociolaborales del personal médico y de enfermería

Antecedentes socio-laborales	Personal Médico n=63	Personal de Enfermería n=64
Función		
Asistencia	39 (61,9)	57 (89,1)
Conducción	4 (6,4)	7 (10,9)
Ambas	20 (31,7)	-
Complejidad		
Baja-Media	14 (22,2)	27 (42,2)
Alta	49 (77,8)	37 (57,8)
Antigüedad		
(promedio en años, [IC95%]**)		
Profesión	12,5 [9,8; 15,1]	15,4 [13,7; 17,2]
Institución	9,5 [7,4; 11,6]	11,7 [9,9; 13,6]
Servicios	8,2 [6,3; 10,1]	7,1 [5,5; 8,5]
Función	6,6 [4,9; 8,3]	11,7 [9,7; 13,6]
Situación laboral		
Contratado	26 (41,3)	20 (31,3)
Planta permanente	16 (25,4)	44 (68,7)
Otra	21 (33,3)	-
Turno		
Diurno	24 (38,1)	23 (35,9)
Nocturno-ambos	39 (61,9)	41 (64,1)
Horas semanales trabajadas		
(promedio en años, [IC95%]**)	45,8 [40,7; 51,0]	30,8 [28,8; 32,8]
Tiempo en interacción con beneficiarios		
0 – 50%	11 (17,4)	10 (15,7)
51 – 75%	16 (25,4)	15 (23,4)
76 – 100%	25 (39,7)	18 (28,1)
No responde	11 (17,4)	21 (32,8)
Promedio diario de pacientes asistidos	14,5	12,8
Realización de labores del hospital en la casa		
SI	37 (58,7)	18 (28,1)
No	23 (36,5)	28 (43,8)
No responde	3 (4,8)	18 (28,1)
Otro trabajo		
SI	41 (65,1)	28 (43,8)
No	19 (30,1)	24 (37,5)
No responde	3 (4,8)	12 (18,7)

* Porcentaje entre paréntesis

** IC95%: Intervalo de Confianza del 95%

Cuadro III: Puntajes promedios asignados y Test U para los 21 items del Inventario de Burnout en el personal médico y de enfermería

Items del IB	Personal médico n= 63	Personal de enfermería n = 64	P-asoc. Test U
1	2,08	1,6	0,001*
2	1,33	1,43	0,707
3	2,95	3,17	0,185
4	2,36	1,93	0,026*
5	1,92	2,01	0,659
6	1,36	1,37	0,88
7	2,04	1,82	0,102
8	1,74	1,74	0,796
9	1,71	1,85	0,526
10	2,01	2,23	0,367
11	2,71	2,95	0,168
12	1,32	1,57	0,028*
13	2,74	2,43	0,129
14	2,52	3,26	0,000*
15	2,9	2,54	0,049*
16	2,6	2,09	0,006*
17	2,38	1,8	0,001*
18	3,36	3,17	0,47
19	1,98	1,77	0,229
20	1,39	1,35	0,767
21	2,28	2	0,079

* Probabilidad asociada estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

Referencias:

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.
2. Me siento identificado con mi trabajo.
3. Los usuarios de mi trabajo: tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.
4. Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.
5. Desde el punto de vista personal, mi trabajo no me motiva lo suficiente en la actualidad.
6. Mi trabajo actual carece de interés.
7. Cuando estoy en el trabajo me siento de malhumor.
8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.
9. Las relaciones humanas que establezco en el trabajo me resultan satisfactorias.
10. Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance de los mismos.
11. Las personas que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.
12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.
13. Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, pérdida de apetito).
14. Mi trabajo es muy repetitivo
15. Me siento estresado por mi trabajo.
16. Me gusta el ambiente y las condiciones físicas de mi trabajo.
17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.
18. Procuro no involucrarme emocionalmente con los usuarios de mi trabajo.
19. El trabajo que realizo se aleja de lo que yo hubiera deseado.
20. Mi trabajo me resulta muy aburrido.
21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

Cuadro IV: variables asociadas a las dimensiones D1, D2, D3, D4, D5, D6 y D7 según el análisis de regresión logística y las correspondientes razones de ODDS

Dimensión	Variables explicativas asociadas	Razón de odds	
		RO	I/RO
Agotamiento Emocional (D1)	Estado civil		
	Soltero	1	
	Casado		2,1
	En pareja	2,2	
	Divorciado, separado o viudo		2,4
	Antigüedad en la profesión		
Despersonalización (D2)	Cada 5 años		1,15
	Horas semanales trabajadas		
	Cada 20 hs	1,26	
Disminución en el logro personal (D3)	Edad		
	Cada 10 años		1,45
	Personas atendidas por día en función asistencial		
	Cada 5 personas	1,22	
Afectación en la tarea (D4)	Otro trabajo		
	Si	1,85	
	Nro. de hijos		
	1 hijo		2,1
	Estudios		
Tedio (D5)	Primario-secundario	1	
	Terciario		1,2
	Universitario	>50	
Afectación en la organización (D6)	Nro. de hijos		
	1 hijo		1,9
	Antigüedad en la función		
Consecuencias del Burnout (D7)	Cada 5 años		1,5
	Personas atendidas por día en función asistencial		
	Cada 5 personas	1,22	

Cuadro V: Causas de malestar en el trabajo del personal médico, según función desempeñada

Causas de malestar	Médicos n=63	Enfermeros n= 64
Déficit en la administración/organización	38 (60,3)	43 (67,2)
Problemas en las relaciones interpersonales	19 (30,1)	31 (48,4)
Extrema exigencia de los pacientes	21 (33,3)	15 (23,4)
Falta de reconocimiento	19 (30,1)	10 (15,6)
Déficit en recursos materiales	16 (25,3)	16 (25,0)
Déficit en el cumplimiento de la función del equipo de salud	14 (22,2)	
Déficit en recursos humanos	4 (6,3)	12 (18,7)
Situaciones de emergencia y riesgo de muerte de los pacientes	3 (4,7)	
No tiene malestar	1 (1,6)	3 (4,7)
No contesta	3 (4,7)	9 (14,0)

Nota: porcentajes entre paréntesis

La desnutrición infantil: un desafío permanente para el equipo de salud*

Bernard, Ana María^a; Podestá, Laura^b; Gutierrez, Laura^c; Balparda, Laura^d; Toledo, Alejandra^e; Manfred, Alejandro^f

Resumen

El objetivo fue analizar las antecedentes personales y familiares de niños desnutridos que consultaron a un Centro de Salud Municipal durante un año, en relación con las prácticas asistenciales dirigidas a su recuperación y resultados obtenidos en función del diagnóstico inicial. Los datos empíricos provienen de la información contenida en las historias clínicas de los niños, que se integran a las carpetas familiares, con datos de la madre/padre y otros niños consultantes al Centro.

El análisis fue resuelto a dos niveles: el niño, en cuanto a diagnóstico y evolución, antecedentes individuales y del grupo familiar y por otro, la consulta y el propio niño para valorar las prácticas asistenciales.

Los resultados señalaron una importante insuficiencia de los registros de las prácticas asistenciales como también en lo que refiere a antecedentes del niño, lactancia materna y referidos al grupo familiar. Esto impidió valorar la evolución de los niños en relación con la periodicidad de las consultas o con el tipo de intervenciones médicas.

No obstante, las curvas antropométricas fueron consignadas en mayor grado ante situaciones más críticas de los niños crónicos o emaciados y se verificó que estas condiciones tienden a coexistir en familias cuyas madres tienen mayor edad y parejas estables.

Enmarcada en un proceso de cambios organizativos y de funcionamiento del Centro, el estudio hace aportes para la implementación de un sistema de monitoreo para dar cuenta de los resultados de las intervenciones en desnutrición.

Palabras clave

desnutridos consultantes - prácticas asistenciales - calidad de registros - normas de atención

* Para la revisión final del artículo, se contó con la asesoría y participación directa de la Est. Zulema Torres de Quinteros y la Lic. Luciana Ruiz del Área de Investigación en Salud (Secretaría de Salud Pública).

a Médica Pediatra del Centro de Salud M (Secretaría de Salud Pública)

b Enfermera del Centro de Salud M (Secretaría de Salud Pública)

c Lic. en Estadística pasante del Área de Investigación en Salud (Secretaría de Salud Pública)

d Pasante en Estadística del Departamento de Epidemiología (Secretaría de Salud Pública)

e Psicóloga del Centro de Salud M (Secretaría de Salud Pública)

f Psicólogo del Centro de Salud M (Secretaría de Salud Pública)

Summary

The objective of this study was to analyze individual and familiar antecedents of children affected by malnutrition, who attended a Public Health Center of Primary Care during an one year period, in relation with assistance practices oriented to their recuperation and results obtained after initial diagnosis.

Empirical data emerge from children's Clinical History information, which are integrated to Familiar's Clinical History, also including information about parents and other familiar members. The analysis was developed in two levels: the child, considering his diagnosis and evolution, individual antecedents and familiar antecedents; the consults, to mainly evaluate physicians' practices.

The results reveal an important deficiency of medical reports, especially with regard to assistance practices as well as children's antecedents, mother lactancy and familiar antecedents. These conditions did not allow evaluating children evolution in relation with consult frequency or with specifics medical intervention.

Nevertheless, anthropometric measurements were most consigned in critic situations, for instance, chronic malnourished children, verifying that this kind of problem is usual in those families whose mothers are older with long-term relations.

Finally, this study brings elements for building a monitoring system, which could be useful to evaluate results and improve medical interventions in malnutrition.

Key words

malnourished children - medical practices - reports' quality - assistance patterns

Introducción

La Convención Internacional sobre los derechos del niño fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Según su texto, los Estados que la ratifican son jurídicamente responsables de sus acciones respecto de los niños. Nuestro país la incorporó al artículo 75 de la nueva Constitución de la Nación Argentina en 1994. En ella reconocemos que los niños necesitan cuidados especiales por su condición particular de desarrollo, tienen derecho a tener un nombre, una nacionalidad, a ser protegidos de la discriminación religiosa, racial o de cualquier otra índole; deben crecer y desarrollarse en condiciones óptimas de salud física y mental; tienen derecho a ser educados e instruidos; deben disfrutar de sus juegos.

Nuestros niños deben ser amados. Estamos convencidos que la desnutrición no se asocia exclusivamente a un plato de comida más. Leímos infinidad de veces que la desnutrición es una de las causas más importantes de la disminución de la capacidad intelectual, ¿cuánto tiene que ver con los trastornos de conducta y aprendizaje?, ¿podemos ayudarlos a que no pierdan sus capacidades?. Frente a esto, la vigilancia nutricional es una tarea simple y de bajo costo, que requiere básicamente la utilización de las tablas antropométricas [\(1\)](#). Los estudios antropométricos ocupan un lugar destacado en relación a la historia natural de la malnutrición al permitir detectar en forma precoz alteraciones nutricionales que sólo tardíamente aparecen bajo la forma de signos y síntomas clínicos.

El uso de los indicadores Peso/Edad, Peso/Talla y Talla/Edad, fue recomendado por la OMS (2). Según Salomons, el Peso para la Talla se asocia generalmente a variables relacionadas con la biodisponibilidad de alimentos, nos indica la ganancia o déficit de tejido y masa grasa en comparación a lo esperado en niños de igual longitud (talla); puede mostrarnos procesos agudos de malnutrición que resulten de una falla en la ganancia progresiva de peso o una pérdida actual de peso producida, por ejemplo, por infecciones u otros procesos agudos.

La Talla para la Edad suele asociarse a factores socioeconómicos como hacinamiento, bajos recursos económicos, condiciones desfavorables en el saneamiento ambiental, etc. Es un indicador de crecimiento lineal; puede mostrarnos el retraso del crecimiento en longitud (talla) que resulta de un proceso crónico de malnutrición.

El Peso para la Edad es un indicador global o compuesto que se utiliza con frecuencia para efectuar en una primera instancia la selección de poblaciones vulnerables (3).

En cuanto a los fines de la vigilancia nutricional, la talla/edad constituye un instrumento básico en la planificación del desarrollo de una región o país, en tanto que el peso/talla parece ser el indicador más útil en la evaluación a corto plazo de programas de rehabilitación nutricional y emergencia alimentaria. Sin embargo, se recomienda la utilización combinada de los tres indicadores, ya que permite una evaluación más precisa del estado nutricional.

En la práctica pediátrica diaria, la combinación de los indicadores antropométricos, permite visualizar las distintas maneras en que un niño puede recorrer el camino salud-enfermedad, siempre teniendo en cuenta las diferencias étnicas, especialmente en una población tan particular en cuanto a la combinación de razas como la nuestra, sin olvidar que existen numerosas condiciones que pueden constituirse como causas o contribuir a que el niño se desnutra (4), que deben ser estudiadas ante la mínima sospecha, como por ejemplo tuberculosis, enfermedad fiscoquística, alteraciones de las funciones tiroideas, iatrogenias, asma, síndrome de malabsorción, entre otras. No debemos olvidarnos de los factores sociales y emocionales/psicológicos del entorno del niño, como abandono, abuso, maltrato o enfermedades mentales familiares.

En todos los niños y muy especialmente en los menores de un año, es fundamental estar alerta sobre su estado de nutrición. Las oportunidades perdidas en la evaluación sistemática del crecimiento y desarrollo de los niños que toman contacto con los efectores de salud por diferentes motivos de consulta y, más aún, en la atención de los desnutridos que, por su condición de tales, suelen tener frecuentes interurrencias y reiteradas consultas, pueden ser el telón de fondo para llegar a la cronificación de la desnutrición.

A la desnutrición crónica suelen asociarse una serie de condiciones adversas que van desde alteraciones inmunitarias y otras patologías hasta retardo de la maduración y de las funciones cognitivas, incrementando la morbilidad y mortalidad.

La detección temprana de la desnutrición es de fundamental importancia porque condiciona en gran medida un mejor pronóstico y evolución del paciente. Del mismo modo, de un adecuado control y seguimiento del desnutrido dependen sus posibilidades concretas de recuperación (5).

Aunque se reconoce la génesis social de esta problemática y la confluencia de distintos factores extrasectoriales que intervienen en su producción (6), esto no excluye, sin embargo, la responsabilidad del sector salud por atemperar las manifestaciones del daño en el niño y mejorar su calidad de vida.

Es en este punto donde surgen distintos interrogantes en relación con la problemática de la desnutrición, en particular los vinculados con la calidad de atención/respuesta asistencial para con los sectores poblacionales que acceden a los servicios de atención primaria de la salud del ámbito municipal, entre ellos el Centro de Salud objeto de estudio.

Esta preocupación por conocer cuál es la respuesta asistencial al problema de la desnutrición se enmarcó en un proceso de cambios organizativos y de funcionamiento del Centro, que comenzaron a partir del segundo semestre de 1999. Uno de ellos es la creación de un Comité de Admisión, abierto doce horas diarias, cuya finalidad es optimizar el acceso a los consultorios externos impulsando que la guardia médica y de enfermería durante las 24 horas del día ajuste sus servicios a la atención de urgencias. Se asume que esta nueva organización habrá de influir en la calidad del servicio brindada a la comunidad cambiando la actual modalidad asistencial hacia una atención integral centrada en el paciente.

Además de contar con médicas clínicas, pediatras y ginecólogos, los servicios profesionales abarcan una amplia gama de especialidades a saber: obstetricia, cardiología, traumatología, dermatología, odontología, medicina generalista, psicología, trabajo social y atención farmacéutica. El Centro dispone además de un vacunatorio y una extractoría de muestras para análisis de laboratorio. Estas características lo hacen lugar de referencia de una amplia zona de la ciudad y de otros Centros de Salud, tanto municipales como provinciales. Consecuentemente, la población que demanda es heterogénea en cuanto a su perfil socio-cultural, sumándose a las personas con muy escasos recursos económicos, otros sectores que cuentan con obra social o que podrían acceder a servicios privados.

La atención a los desnutridos conformó un espacio de trabajo importante dentro de las actividades del Centro de Salud. No obstante, no se cuenta con normatizaciones escritas, propias del Centro, que sistematicen el proceso de atención. Tampoco se han adoptado sistemáticamente, hasta ahora, las normas propuestas por PROMIN [\(7\)](#), que establecen un control de los desnutridos cada 15 días, registro en la historia clínica de peso y talla, volcado de los datos a las tablas antropométricas, entrega mensual de ayuda alimentaria, confección de un fichero de seguimiento de los niños desnutridos, etc.

Aunque algunos profesionales pediatras citan cada 15 días a los desnutridos agudos, son prácticas habituales las consultas una vez al mes para el llamado control de salud, coincidentemente con la solicitud y entrega de la ayuda alimentaria.

La inexistencia de normas de atención, la ausencia de un conocimiento sobre cuáles son los resultados del conjunto de intervenciones dirigidas a la detección, diagnóstico y recuperación de los niños desnutridos y acerca de ciertas características de la familia, lugar que ocupa el niño en la misma, del trabajo o instrucción de los padres, etc., ligados a posibles diferenciales de recuperación e incluso al tipo de desnutrición, fueron las antecedentes directos para el emprendimiento del presente proyecto.

El propósito del mismo fue contribuir a las actuales estrategias de gestión y al mejoramiento de la atención de la problemática en estudio. El trabajo contó con la correspondiente autorización de la Jefatura del Centro previo conocimiento de la Dirección General de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Objetivo

Analizar las antecedentes del niño y su grupo familiar, las prácticas asistenciales dirigidas a su recuperación y los resultados obtenidos en relación con el diagnóstico inicial de desnutrición en los desnutridos consultantes al Centro de Salud M durante un año (1999).

Materiales y métodos

A los fines de este trabajo, el grupo en estudio estuvo integrado por todos los niños desnutridos (desde recién nacidos a los doce años, once meses y treinta días) consultantes en el Centro de Salud municipal M por control de salud o patologías, durante el año calendario 1999 (1/1 al 31/12), y que fueron asistidos en consultorio por profesionales pediatras de la institución.

La fuente de información estuvo constituida por las historias clínicas de los desnutridos registrados incluidas en dos ficheros de seguimiento disponibles en el Centro de Salud. Los datos del registro de enfermería referidos a la búsqueda activa fueron también utilizados. Cabe señalar que la búsqueda activa fue implementada a mediados del año, para favorecer el seguimiento, control de salud y enfermedad o tratamiento según correspondiera. Las historias clínicas pediátricas se encuentran agrupadas en carpetas familiares con datos de la madre/padre y de todos los niños consultantes al Centro.

Para cada niño se consideraron los registros de la totalidad de consultas efectuadas en el año, a partir de una, que fue definida como la primera consulta, correspondiente al momento de la detección de la desnutrición o al primer registro del año si el diagnóstico había sido anterior.

Para asegurar la consistencia en la captación de la información, el relevamiento de los datos fue realizado por dos operadores en forma independiente, cubriendo cada uno la totalidad de historias clínicas. Posteriormente se cotejaron los datos reunidos por uno y otro, revisando aquellas situaciones discrepantes y procurando minimizar errores de registro.

Las distintas variables, que tienen los alcances y límites propios de una información proveniente de fuentes secundarias, refieren a dos unidades de análisis: el niño y la familia por un lado, y las consultas por otro, para analizar también las prácticas asistenciales a nivel del servicio.

En lo referente al niño y su grupo familiar se consideraron datos filiatorios del niño, antecedentes de lactancia materna, de vacunación, ayuda alimentaria, enfermedades intercurrentes del desnutrido, grado de desnutrición inicial, cantidad de niños en la familia y de desnutridos, características socio-económicas de los padres.

En cuanto al diagnóstico de desnutrición inicial, en base a criterios antropométricos, se diferenció entre:

- Desnutrido agudo: incluyendo a los niños cuyas relaciones según las tablas [\(8\)](#) peso/edad, tallo/peso, se encuentran por debajo de los centilos normales, teniendo la relación talla/edad dentro de rangos normales a esperados para la talla familiar. En Atención Primaria de la Salud, también se considera en este grupo a los menores de un año con una relación peso/edad inferior al centilo 10.
- Desnutrido crónico: cuando se manifiesta un déficit en la talla para la edad con aplanamiento de la curva talla/edad esperada.

- Emaciado: desnutrido crónico que entra en desnutrición aguda.

Bajo un criterio dinámico, la evolución de la desnutrición a lo largo del año quedó expresada por la siguiente clasificación:

- Recuperado: cuando el niño desnutrido llegó a valores antropométricos normales durante tres consultas consecutivas o en un período inferior a seis meses, evolucionando luego dentro de los rangos de crecimiento y desarrollo correspondientes a los niños eutróficos.
- Mejorado: cuando variaron sus valores antropométricos, demostrando mejor estado nutricional, sin llegar a rangos normales.
- Cronificado: desnutrido agudo que evolucionó a crónico.
- Emaciado: desnutrido crónico que entró en desnutrición aguda.
- Con Recidiva: desnutrido que mejoró, inclusive llegando a eutrófico, y volvió a caer en desnutrición.
- Estable: cuando el niño no experimentó ningún cambio en el proceso de rehabilitación nutricional (fracaso).
- Mal incluido: niño diagnosticado como desnutrido de primer grado que durante el seguimiento mantuvo una curva ponderal y de crecimiento en longitud paralela a la normal, en centilo 3 o apenas inferior y paralelo a éste, y que no presentó patología alguna.

Respecto de las prácticas asistenciales, éstas fueron evaluadas desde dos perspectivas: tomando como unidad de análisis al niño y a las consultas en general. Se consideraron cantidad de consultas registradas, mediciones antropométricas del niño y volcado de las mediciones a las curvas de crecimiento (peso/edad, peso/talla, talla/edad), indicación de antianémicos, pesquisa de síndromes que pudieran ser causa o agravantes de la desnutrición, detección de trastornos de conducta y/o aprendizaje y/o retraso psicomotor o madurativo, derivación al servicio de salud mental, control e indicación de la vacunación, solicitud de interconsultas y registro de contrarreferencia de las interconsultas.

Resultados

Antecedentes del niño y su grupo familiar. Diagnóstico inicial

Durante el año 1999 consultaron 95 niños desnutridos correspondientes a 83 grupos familiares. Siendo similar la cantidad de desnutridos por sexo, la mayoría de los niños tenía 1 ó 2 años de edad (59,0%) y sólo uno era menor al año. El resto (40,0%) tenía 3 ó más años de edad.

El registro de los antecedentes del niño fue insuficiente, particularmente en lo referido a lactancia materna. En un sólo caso pudo constatar que el niño, menor de 2 años, recibía alimentación materna al momento del estudio. La ausencia sistemática de la información en este aspecto impidió valorar su duración en el tiempo y su posible concomitancia con el período bajo observación, como también la propia existencia o no de dicho antecedente.

A nivel familiar, en más de la quinta parte de las carpetas familiares (21,7%) no se consignó el dato

del número de niños desnutridos que formaban parte del núcleo familiar y en 14,4% faltaba el dato de la cantidad total de niños integrantes. Del mismo modo, entre los datos referidos a la madre como edad, educación y estado civil y en lo que respecta a ocupación de la madre y del padre se observaron omisiones del registro entre 11 y más del 25% de los casos.

Hubo una mayor completud de los datos en lo concerniente a antecedentes de vacunación (97,9% de las historias clínicas), aunque los registros indicaron un reducido número de desnutridos vacunados adecuadamente para su edad (28,4%).

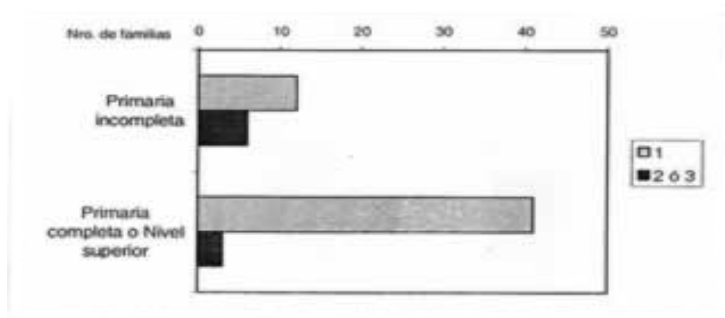
Según la información disponible, la mayor parte de las familias presentó sólo un desnutrido (65,1%) aunque, debe señalarse, en 20% de ellas el niño era hijo único. Complementariamente el 13,2% reunía 2 ó 3 casos (una familia tenía 3 desnutridos). Esto, en alguna medida relacionado con una alta proporción de familias que contaba con más de un niño: 38,6% con 2 ó 3 niños y 26,5% con 4 ó más.

Excluyendo el 20% de familias donde el desnutrido era único hijo, otro dato recabado fue el orden cronológico que ocupaban las desnutridos en la constelación de hermanos, observándose que en un 13,7% eran primeros hijos, en 32,6% segundos o terceros y en 22,1% cuartos y siguientes (en 11,6% de los casos se ignoró el dato).

En cuanto a las características socio-económicas de las familias, siempre sobre la base de la información disponible, se verificó que la mayoría de los padres poseía al menos primaria completo. En general las madres, a diferencia de los padres, no desempeñaban trabajo remunerado, siendo su estado civil más frecuente el concubinato reciente ([Anexo Cuadro 1](#)).

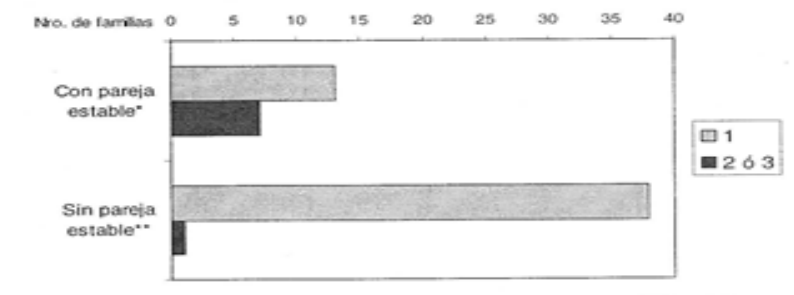
Entre las madres con menor nivel de instrucción resultó más probable una mayor cantidad de desnutridos (p - Fisher = 0,0137) (Gráfico 1). Esta relación se reiteró al considerar la educación del padre ($X^2 = 8.84$, $gl = 1$, $p = 0.0029$).

Gráfico 1: Educación de la madre y cantidad de desnutridos



Asimismo, la cantidad de desnutridos de la familia apareció relacionada en forma significativa con el estado civil de la madre (p -Fisher = 0,0014), siendo más frecuente un menor número de desnutridos entre madres sin pareja estable, hallazgo éste coherente con que la mayoría de estas madres contaba con un único niño.

Gráfico 2: Estado civil de la madre y cantidad de desnutridos



*Casada o concubinato de más de 5 años

** Sin pareja o concubinato de menos de 5 años

Un dato suficientemente consignado, en apariencia contradictorio con la condición de desnutrición de los casos estudiados, fue que casi la totalidad de los niños (97,9%) recibía ayuda alimentaria especial a través de la entrega de cajas de alimentos, leche y la conexión con comedores.

Según el diagnóstico, el grado de desnutrición inicial presentó la siguiente distribución: 56,8% (54 niños) desnutridos agudos, 36,8% (35) crónicos, 5,3% (5) emaciados y 1 caso (1,1%) mal centilado. Este caso refiere a un niño eutrófico que había sido diagnosticado como desnutrido agudo.

Al igual que para el número de desnutridos en la familia, el grado de desnutrición inicial mostró una asociación significativa tanto con la edad de la madre como con su estado civil. Fue más frecuente la presencia de niños desnutridos crónicos o emaciados entre madres mayores a 25 años ($X^2 = 5,21$; $gl = 1$, $p = 0,0224$) y, consistentemente, entre las que mantenían una relación de pareja estable ($X^2 = 7,20$; $gl = 1$, $p = 0,0073$).

Gráfico 3: Edad de la madre y grado de desnutrición inicial

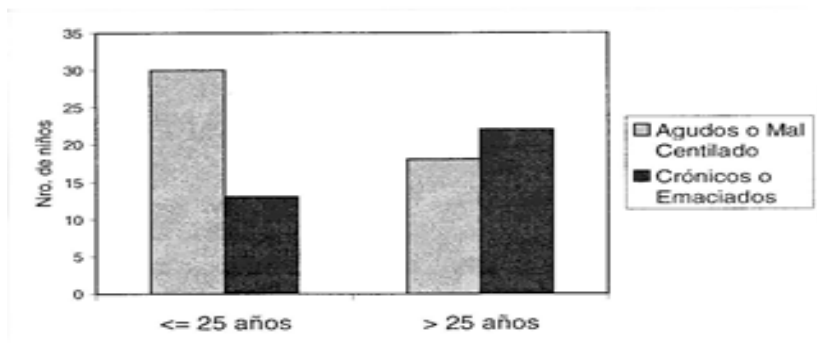
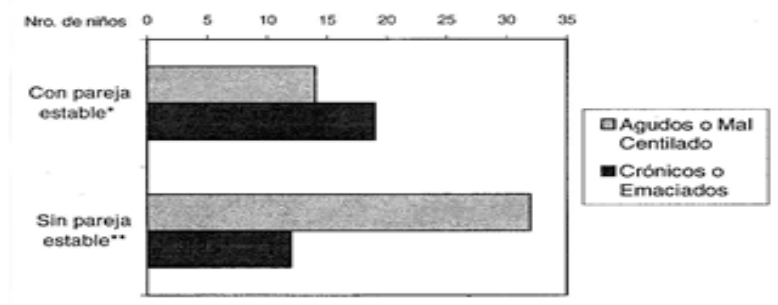


Gráfico 4: Estado civil de la madre y grado de desnutrición inicial



* Casada o concubinato de más de 5 años

**Sin pareja o concubinato de menos de 5 años

Prácticas asistenciales

Los desnutridos captados durante los meses de enero y febrero, al tener mayores oportunidades de control en el período, registraron un mayor número de consultas, 50% de ellos presentó al menos 9 consultas a lo largo del año. Para los meses siguientes, la declinación en el número de consultas resultó revertida durante junio y julio, coincidentemente con los meses en que se puso en marcha la búsqueda activa de los niños para lograr una mayor concurrencia a los controles.

En ese sentido, cabe mencionar que un 24,2% de los niños bajo estudio fue convocado por este medio a concurrir a las consultas; de ese grupo un poco más de la mitad (56,5 %) respondió concurriendo al control.

Del total de las 607 consultas efectivizadas en el año por el grupo bajo estudio, en 41,3% el motivo fue una enfermedad intercurrente, de acuerdo con que este tipo de demanda es una característica propia de la desnutrición. El 16,8% de los niños concurrió la mayoría de las veces por este motivo (entre 75 y el 100% de sus consultas) y un 47,4% lo hizo algunas veces (entre el 25 y el 75 % de sus consultas).

La frecuencia del registro de las medidas antropométricas para cada desnutrido a lo largo de las distintas consultas efectuadas en el año, mostró también insuficiencias. En efecto, si bien el peso y talla fueron registrados más habitualmente, el volcado de estas mediciones a las curvas correspondientes no se realizó con la debida frecuencia. Así, sólo para un 29,5% de los niños la curva de peso/edad fue registrada muchas veces (entre el 75 y 100% de las consultas). Estas cifras descendieron a 25,3% en lo que respecta a peso/talla y a 18,9% para talla/edad ([Anexo- Cuadro II](#)). En general, la solicitud de interconsultas a especialistas como su posterior notificación de contrarreferencias fueron registradas muy escasamente, como también las solicitudes de investigación de síndromes que pueden ser causas o agravantes de la desnutrición. En este aspecto, del total de 34 desnutridos para quienes constaba tal solicitud, en apenas 13 se consignó como realizada.

En 16 niños (16,8%) se detectaron trastornos de la conducta y/o aprendizaje y/o retraso psicomotor o madurativo, aunque para un 37 % de los casos, el dato no constaba en la historia clínica.

Se observaron registros de derivación al servicio de salud mental para 13 desnutridos (13,7%) solicitando ayuda para el niño y su familia y sin los correspondientes datos subsiguientes, no existiendo información alguna para 17 casos (17,9%).

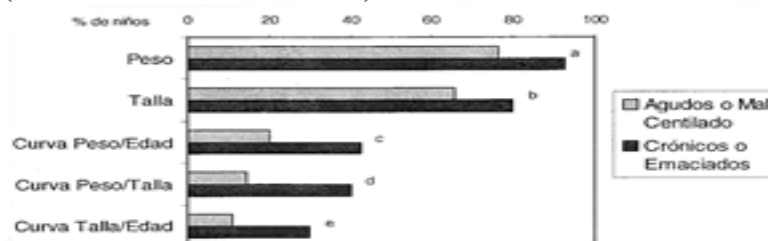
Considerando a las consultas como unidad de análisis, se pudo corroborar la insuficiencia en el registro de las curvas antropométricas e intervenciones, ya señalada desde la perspectiva de cada niño. Se agrega, además, la observación de una marcada heterogeneidad en los registros entre los distintos pediatras del Centro, situación que alude a diferentes comportamientos en el abordaje y atención de los niños. Así, el volcado de datos a las curvas antropométricas osciló entre 0% y el 97% de las consultas efectuadas, para señalar dos comportamientos médicos extremos. En forma similar, la solicitud de pesquisa de síndromes fue realizada en el 78% de las consultas por uno de los profesionales a cargo, en tanto que, para otras pediatras, no hubo registros de tales solicitudes a lo largo de todas las consultas del año.

Los registros de indicación de vacunas, además de insuficientes, también fueron claramente

variables entre los profesionales. En este aspecto, un hecho a poner de relieve es que en un 54,7% de las consultas no se registró la indicación de vacuna, aún cuando se trataba de niños con vacunación inadecuada para la edad.

El grado de desnutrición inicial sí mostró una asociación significativa con los registros de las mediciones antropométricas por parte de los médicos. Con la sola excepción de las valoraciones de la talla, los registros de peso del niño, de las curvas peso/edad, peso/talla y talla/edad fueron más frecuentes cuando el niño era desnutrido crónico o emaciado.

Gráfico 5: Valoración frecuente de las mediciones antropométricas (75 al 100% de las consultas)



a- $X^2 = 4,30$; gl = 1, p = 0,0379

b- $X^2 = 2,41$; gl = 1, p = 0,1207

c- $X^2 = 6,55$; gl = 2, p = 0,0377

d- $X^2 = 8,31$; gl = 2, p = 0,0156

e- $X^2 = 10,21$; gl = 2, p = 0,0060

Evolución y resultados al finalizar el período

Al finalizar el período de observación, las niños resultaron clasificados en: 9,5% recuperados, 4,2% mejorados, 23,1% mal incluidos, 30,5% crónicos, 4,2% con recidivas, 21,1% estables y 1,1% emaciados. En un 6,3% de los casos no se pudo evaluar la evolución del niño por el escaso número de consultas efectivizadas.

Cuadro 1: Grado de desnutrición inicial y evolución durante el período de observación

Evolución *	Grado de desnutrición inicial			Total
	Agudo	Crónico	Emaciado	
Recuperado	9			9
Mejorado	2	2		4
Crónico	25		4	29
Con recidiva	3	1		4
Estable		20		20
Emaciado	1			1
Mal incluido	12	10		22
Se ignora	2	2	1	5
Total	54	35	5	94*

* el caso mal centilado no fue considerado

Entre los resultados se destaca, en primer lugar, el número de niños mal incluidos, es decir, 22 casos que inicialmente habían sido diagnosticados como desnutridos (12 agudos y 10 crónicos) y que a

partir de su seguimiento evidenciaron ser eutróficos. En segundo lugar, de los 54 niños clasificados al inicio como desnutridos agudos, sólo 9 se recuperaron y 25 pasaron a la condición de crónicas al finalizar el período. Finalmente, excluyendo los 10 niños mal incluidos como crónicos, 20 se mantuvieron estables (fracaso) de los 23 casos clasificados como tales en la primera consulta. La evolución experimentada por los niños en su condición de desnutridos, no evidenció asociaciones significativas con las características del grupo familiar ni con las intervenciones médicas. Un dato a agregar es que durante el período ningún niño falleció.

Conclusiones

Aunque los niños estudiados constituyen un grupo un tanto limitado de casos para establecer conclusiones de mayor validez, los resultados obtenidos permiten poner en evidencia una serie de puntos críticos vinculados a la atención de los desnutridos que asisten al Centro de Salud M. En primer lugar, la insuficiencia en el volcado de los datos y registros de las prácticas asistenciales como también en la que refiere a antecedentes del niño y su grupo familiar. El marcado subregistro señala un desconocimiento generalizado entre los profesionales pediatras acerca de la utilidad del protocolo clínico como instrumento esencial para valorar la efectividad de las intervenciones médicas y efectuar un adecuado seguimiento y control de los desnutridos. Aparte de la significación que reviste la historia clínica en relación al diagnóstico y tratamiento del caso individual, el registro completo de los datos proporciona una valiosa información para monitorizar el proceso de atención a nivel del servicio y evaluar sus resultados, aportando al mejoramiento de la calidad asistencial.

No menos importante es lo observado en cuanto a la ausencia sistemática de datos relacionados con antecedentes del niño y de su grupo familiar, principalmente en lo atinente a la lactancia materna, de fundamental importancia en la temática de la desnutrición. El volcado de estos antecedentes que también son requeridos por el protocolo, permitiría identificar grupos de niños de riesgo diferencial según causas, manifestaciones y evolución de la desnutrición, dando lugar a estrategias de intervención diversificadas y específicas a fin de lograr una mayor equidad en la atención y mayor eficacia en la recuperación de los niños.

Aunque son pocos los elementos reunidos a partir del análisis de la información disponible en historias clínicas, ellos perfilan algunas situaciones de riesgo diferencial como el referido a la cantidad de niños con desnutrición en una familia, que resultó mayor entre madres con niveles bajos de instrucción y que conviven con una pareja estable.

Del mismo modo, el resultado relacionado con el grado de desnutrición inicial, en que la condición de crónico o emaciado tiende a coexistir en familias cuyas madres tienen mayor edad y una pareja estable.

La posible relación de estos hallazgos con otras características familiares como un mayor número de hijos o bien la existencia de más de un desnutrido, que no pudieran verificarse, quedan pendientes como hipótesis de trabajo futuro.

Del mismo modo, se abren líneas de profundización analítica respecto de las características socio-económicas del grupo familiar, tanto en relación con el diagnóstico inicial como en cuanto a las posibilidades de recuperación de los niños.

Un segundo aspecto a destacar es el vinculado a la ausencia de normas explícitas de atención al

desnutrido, que mostró sus efectos en la falta de sistematicidad observada en cuanto a las intervenciones profesionales. La variabilidad de criterios que subyacen a las prácticas asistenciales también remite a una necesaria actualización/capacitación profesional en la temática de la desnutrición, acerca de sus determinantes y condicionantes, manifestaciones, interurrencias y repercusiones sobre el niño, así como en cuanto al proceso de atención, introduciendo un cambio de perspectiva centrada en el paciente y de acuerdo con las actuales concepciones en salud pública. Ejemplo de un cambio de perspectiva es la búsqueda activa, que fuera implementada en el transcurso del período estudiado. Aunque parcialmente favorable, la respuesta de las madres puso en evidencia la importancia del sostenimiento en el tiempo de esta dinámica de trabajo para lograr una mejor captación y asegurar la continuidad del tratamiento en los niños.

En términos de las prácticas asistenciales, el estudio señala una mayor preocupación ante situaciones de cronicidad o emaciación de la desnutrición, al consignarse en mayor grado los registros en las curvas antropométricas. No obstante, la alta proporción de registros faltantes no han permitido valorar la evolución seguida por los niños en relación con antecedentes del contexto familiar, ni con la periodicidad de las consultas ni con las intervenciones médicas. Por la tendencia observada, quedaron planteadas algunas otras hipótesis como que los desnutridos crónicos asisten a un mayor número de consultas o bien, que las madres con mejor nivel educativo responden mejor a la solicitud de estudios e interconsultas.

Otro aspecto que amerita una investigación particular es el indagar sobre el conjunto de factores institucionales y de la propia población que interfieren en el consumo de las provisiones de leche y cajas de alimentos y en el acceso a los comedores por parte de los niños. Esta estrategia alimentaria de indiscutible valor, que pareciera cubrir a la casi totalidad de los desnutridos (97,9% de los niños estudiados) no refleja su impacto en la evolución observada a lo largo del año.

Reflexiones finales y propuestas

La función fundamental del médico pediatra debe ser que los niños lleguen a ser adultos sanos. Además, es necesario que los padres de estos niños aprendan a ser responsables de la salud, la educación y la alimentación de sus hijos. Los trabajadores de la salud tenemos que acompañar esa educación con responsabilidad, compromiso y respeto por nuestra profesión.

Somos conscientes de que los costos en salud crecen en forma incontrolada y que los recursos son limitados. Por ello creemos indispensable acordar criterios para optimizar, racionalizar y dirigir los recursos disponibles a los pacientes que realmente los necesitan.

Los trabajadores de la salud deberíamos sumar nuestros esfuerzos y compromisos para ayudar a estos niños, que por sus características socioeconómicas, culturales, familiares y emocionales tienen problemas de nutrición, en algunas casos causados o agravados por patologías orgánicas como asma, síndrome de malabsorción, enfermedad fibroquística, tuberculosis, etc. Centrada en los pacientes, la responsabilidad profesional en el control del crecimiento y desarrollo infantil es más abarcativa, puede y debería influir en la actitud de la familia, fundamentalmente de la madre para con el niño desnutrido. Afirmamos que para mejorar la malnutrición y la salud general de los niños debemos educar y no solamente dar alimentos, medicinas, ropas, etc.

Desde una perspectiva integral de la asistencia rescatamos lo afirmado por Grimberg acerca de que

"una de los méritos especiales de la psicología, en particular del psicoanálisis fue hacernos comprender la importancia del vínculo madre-hijo para la evolución normal mental y física del niño."

"El niño, en contraste con el adulto, no es un ente de relativa independencia. Si su ambiente familiar queda inmodificado, se corre el riesgo de que decaiga, que vuelva a la situación anterior."

"Muchas madres no pueden tolerar el impacto de la enfermedad de sus hijos por el sentimiento de culpa que les despierta. Resulta conveniente, a veces, el tratamiento simultáneo de madres e hijos realizados por distintos profesionales, aunque en el mismo hospital para que las madres no se sientan excluidas. El beneficio redundará no sólo en relación a los hijos, sino también frente al grupo familiar y al mundo en general." [\(9\)](#).

La responsabilidad esencial de los pediatras en la educación de las madres en la temática de la desnutrición recae básicamente en transferir conocimientos sobre dos temas cruciales: lactancia materna e incorporación de la alimentación diferencial, en calidad y oportunidad.

La mayoría de los trabajadores de la salud acordamos que, "la lactancia es un proceso vital mediante el cual la madre provee tejido vivo que opera en un amplio espectro de interacciones, no sólo sobre la díada madre-hijo en respuesta a las demandas nutricionales, sino inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido" [\(10\)](#).

Sin embargo, sobreviene una "ventana de riesgo" que coincide con el período en que son introducidos otros alimentos diferentes a la leche materna. Estudios longitudinales sobre crecimiento han demostrado que el retardo de crecimiento nutricional se manifiesta desde los pocos meses de vida hasta aproximadamente los dos años de edad, indicando el riesgo que implica la introducción muy temprana de otros alimentos en sustitución de la lactancia materna exclusiva y marcando, también, la trascendencia de la incorporación oportuna de una alimentación complementaria adecuada, en cantidad, calidad y biodisponibilidad, para revertir la condición de "ventana de riesgo" a "ventana de oportunidad" [\(11\)](#).

El proceso de cambios organizativos y de funcionamiento, iniciado en el Centro de Salud, debería nutrirse con las reflexiones anteriores. Asimismo, no son menos importantes las señalamientos que surgen del presente trabajo que pueden contribuir a la formulación de nuevas estrategias para "mejorar nuestro trabajo", aumentar la participación, el interés y compromiso de los integrantes del equipo de salud y la propia responsabilidad de las familias en beneficio de los niños.

En ese sentido, surgen como recomendaciones principales:

- la articulación de los consultorios de pediatría bajo la forma de un servicio organizado e interdisciplinario.
- la elaboración de normas para pautar la atención de los desnutridos, a partir de la discusión y consenso de criterios técnico-científicos.
- la priorización y promoción de la importancia de la lactancia materna y la introducción adecuada de la alimentación en los niños menores.
- una articulación ágil y efectiva entre el vacunatorio y el servicio de pediatría.
- apoyo al proyecto de búsqueda activa de los niños desnutridos para asegurar el control periódico de salud, el cumplimiento del esquema de vacunación, etc., apelando al compromiso de todos los trabajadores de la salud, especialmente de Servicio Social, y a la

participación comunitaria.

- discusión y reformulación del sistema de registro, en cuanto a contenidos y calidad de los mismos.
- implementación de un sistema de monitoreo que permita dar cuenta, en forma dinámica y permanente, de los resultados de las intervenciones en desnutrición.

En cuanto a la ayuda alimentaria, ésta debería estar organizada por la Secretaría de Promoción Social, para mejorar su distribución, evitando una superposición en las entregas que sobreviene como consecuencia de las consultas alternativas de la población a los distintos efectores de salud. De esta forma se contribuiría a la educación de la población, a la mejor distribución de los recursos y a la jerarquización de la consulta pediátrica, evitando una práctica habitual de las madres de llevar a los niños al pediatra "para que les dé la leche".

Finalmente, en este proceso reorganizativo, debería analizarse la conveniencia e importancia de organizar las actividades con los denominados turnos programados, sentando las bases para ajustar el funcionamiento de la Oficina y Comité de Admisión y promover en la población el compromiso de su cumplimiento. Así, responder a lo que expresan algunos de nuestros carteles: "Cuando usted solicita un turno programado y no lo utiliza, hay dos personas que no se atienden, Ud. que lo obtuvo y no lo utilizó y el que lo necesitó, lo solicitó y no lo pudo obtener".

Referencias bibliográficas

- (1) Cusminsky, M. y col. "Archivos Argentinos de Pediatría" Parte I: 79,281, 1980; parte II: 79,475, 1980: Gráficos para edad/peso, peso/talla. talla/edad, para niños y niñas, sobre datos de La Plata preparados por Lejarraga. H. y Orfila, J.; de Córdoba por Funes Lastra y col. (Min. Bienestar Social, Dto. de Maternidad e Infancia, Nov. 1975) y de otras 20 provincias argentinas por Lejarraga, H., Biocca, S., Alonso, M., Meletti, E.
- (2) World Health Organization: "Development of indicators for monitoring progress toward healthy for all by the year 2000" Health for all. Series N° 4, Geneva, 1981.
- (3) Salomons, N. W. "Evaluación del estado nutricional. Indicadores funcionales de la nutrición en pediatría" Pediatr. Clin. North Am. Vol 2, 1985.
- (4) Scigliana, S.: "El niño no es un órgano que camina". Revista de la Asociación de Amigos del Centro Respiratorio del Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez". Año 3 N°8, pág. 86.
- (5) Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición. "Elementos de estrategias para elaborar un plan de acción sobre seguridad alimentaria y nutrición". Vol.5, N° 2, 1994.
- (6) Grant, Duggan, Andrews, Serwint: "Factores que influyen sobre las expectativas de las madres con respecto a la participación de los padres durante la infancia". Revista Pediatría, trabajos distinguidos. Vol 3. N° 6, octubre 1997.
- (7) Ministerio de Salud y Acción Social. Programa materno-infantil y nutrición (PROMIN). Gob. Provincia de Santa Fe (Subproyecto Rosario I, Mayo 1993).
- (8) Op cit 1
- (9) Grimberg, Langer, Rodríguez: "Psicoterapia del grupo". Año 1991, pág 180-201.
- (10) Mazza, C.S.: "Lactancia materna y alimentación complementaria". Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP 1999. Módulo 2. Cap. 3, pág 69.

(11) Mazza, C. S.: "Alimentación complementaria oportuna". Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP 1999. Módulo 2. Cap. 3, pág 60-61.

Anexo

Cuadro I: Características socio-económicas del grupo familiar

Características	Frecuencia	Porcentaje
<i>Edad de la madre</i>		
< 20 años	14	16.9
[20;25) años	26	31.3
[25;30) años	14	16.9
[30;35) años	8	9.6
>= 35 años	12	14.5
Se ignora	9	10.8
<i>Educación de la madre</i>		
Primaria incompleta	24	28.9
Primaria completa	35	42.2
Secundaria completa o incompleta	15	18.1
Se ignora	9	10.8
<i>Estado civil de la madre</i>		
Casada	11	13.2
Concubinato de más de 5 años	15	18.1
Concubinato de menos de 5 años	36	43.4
Sin pareja	6	7.2
Se ignora	15	18.1
<i>Trabajo de la madre</i>		
Con trabajo remunerado	7	8.4
Sin trabajo remunerado	63	75.9
Se ignora	13	15.7
<i>Educación del padre</i>		
Primaria incompleta	14	16.9
Primaria completa	37	44.6
Secundaria completa o incompleta	9	10.8
Se ignora	19	22.9
Sin padre	4	4.8
<i>Trabajo del padre</i>		

Obrero	29	34.9
Empleado	13	15.7
Cuenta propia	16	19.3
Se ignora	21	25.3
Sin padre	4	4.8

Cuadro II: Medidas Antropométricas registradas para cada niño a lo largo de las consultas en el período

Medidas antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
<i>Peso</i>		
Muchas veces	79	83.2
Algunas veces	16	16.8
<i>Talla</i>		
Muchas veces	68	71.6
Algunas veces	27	28.4
<i>Curva peso-edad</i>		
Muchas veces	28	29.5
Algunas veces	46	48.4
Pocas veces	21	22.1
<i>Curva talla-edad</i>		
Muchas veces	18	18.9
Algunas veces	16	16.8
Pocas veces	61	64.2

La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización Acerca de un centro de salud de atención primaria desde la perspectiva de la población*

Díaz, Aníbal **; Huerta, Adriana ***; Rodríguez. Alicia ****; Telesco, Carina *****

Resumen

El presente artículo da cuenta de la problemática de accesibilidad y utilización de servicios de Salud, específicamente en el ámbito de un Centro de Salud de Atención Primaria de la ciudad de Rosario.

Se llevó a cabo un abordaje de tipo cualitativo con entrevistas semi-estructuradas en los domicilios de familias que viven en el área de influencia del Centro de Salud. Las familias bajo estudio corresponden a diferentes sectores sociales y diferentes áreas geográficas, con características de urbanización dispares (zona rural, sector de villa miseria, barrios de clase trabajadora).

Se pudo recabar que existen modalidades diferenciadas de percibir la enfermedad y consiguientemente, comportamientos diferenciales en lo que hace a búsqueda de atención, elección del tipo de efector de salud al que concurrir, prácticas preventivas y de cuidado, etc. Estas diferencias obedecen a diversas dimensiones intervinientes, entre ellas, la pertenencia de género, la pertenencia de clase, etc.

Por otra parte, se pudo establecer una disyunción entre las formas organizacionales propuestas desde el sector salud y los modos particulares de organización de la vida cotidiana de las unidades domésticas bajo estudio, específicamente para el sector de familias con condiciones de mayor vulnerabilidad.

Palabras clave

servicios de salud - utilización - necesidades de atención

Summary

This paper accounts for the problem of accessibility and utilization of Health Services, specifically in the context of Primary Health Care Centre at Rosario City. The research involved the development of semi-structured interviews at residences of families living in coverage area of the

* Proyecto elaborado en el marco de los Cursos de Introducción a la Metodología Científica que desarrolla el Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública (SSP)

* * Odontólogo, Centro de Salud "El Gaucho", SSP

* ** Médica Psiquiatra, Área de Investigación en Salud - SSP.

* *** Médica Pediatra, Centro de Salud "El Gaucho", SSP.

* **** Bioquímica, Auditoria de Farmacia, SSP.

Health Centre. These families belong to different class -sectors and geographic areas with diverse urbanization characteristics (rural areas, extreme poverty sectors, working-class areas).

It was possible to establish that there are different modalities of perceiving illness and related with that, different behaviours of caring, searching for attention, presence of preventive practices, etc. These differences appear to be due to diverse intervening variables, such as gender, social-class, etc.

On the other hand, it was evident that there are contradictions between the organizational propositions of Health Sector and the particular ways of organization of daily living of those families, especially the ones with more vulnerability conditions.

Key words

health services - utilization - attention needs

Planteamiento del problema

Nuestros servicios públicos de salud se caracterizan por demanda de atención en permanente aumento, problemáticas complejas y de difícil abordaje, recurso humano no siempre adecuado en cantidad y capacitación. Estas características se traducen muchas veces en barreras de acceso como son las colas, la falta de turnos y el consiguiente rechazo en la atención.

Por otra parte, nuestras instituciones de salud son bastante homogéneas en cuanto al modo de producir servicios, forzando la adaptación de la población a su funcionamiento.

En tal sentido, desde la gestión de los servicios se torna prioritario modificar las prácticas de los equipos, tomándolas menos rígidas y paternalistas. Como punto de partida para ello, es imprescindible contar con un conocimiento acabado de la población a la que se asiste, puesto que la carencia de este conocimiento impide la adecuada definición de prioridades de atención.

En la historia de los Centros de Salud de APS se han implementado diversas estrategias de organización, logrando en muchos casos optimizar los servicios, y en otros, cuando la población participó en los cambios, interesantes avances en el objetivo de ajustar las prácticas a las necesidades de la gente.

Si se descentra la mirada de los servicios para colocarla afuera, en el centro mismo del barrio, la villa, los FONAVI, las quintas, se evidencia en toda su magnitud la complejidad de los problemas de salud. Gente que pese a la cercanía del Centro nunca concurre, nuevos asentamientos, nuevas construcciones. Se vislumbra el iceberg en su profundidad.

Esta mirada desde la perspectiva de la población es la única posible para echar luz sobre las modalidades mediante las cuales la población utiliza los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver su problema. En este sentido, en el Centro de Salud "El Gaucho", se puede observar un patrón de utilización muy heterogéneo, desde pacientes que consultan excesivamente hasta familias enteras que no utilizan dichos recursos, con grandes diferencias también en cuanto al tipo de utilización en lo que respecta a prevención y a recuperación de la salud.

Entendiendo al estudio de los patrones de utilización como el análisis de qué tipo de servicios se usan, cuál es el agente del equipo de salud que los brinda, por qué motivo o en qué circunstancias se consulta, con qué frecuencia o intervalo de tiempo y qué factores influyen en estos patrones, es que

se considera importante analizar desde la perspectiva de la comunidad los principales obstáculos que los individuos y familias enfrentan para la utilización de los servicios de atención primaria de la salud. En síntesis por qué se usa un servicio, por qué no se usa, y por qué se usa de una determinada manera.

En tal sentido se puntualizan los dos aspectos involucrados, a saber, la interfase Servicios de Salud/ Accesibilidad y Utilización y Población/ Necesidades de Atención.

Frenk (1992) tomando conceptos de Donabedian refiere a la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de los recursos para la salud y las características correspondientes de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de servicios.

Donabedian refiere que la disponibilidad de recursos representa un extremo en el proceso de búsqueda y obtención de la atención y la utilización, el final del proceso.

Según Frenk la disponibilidad no implica necesariamente utilización, sino más bien la capacidad efectiva de producir servicios. La disponibilidad es entendida como las características de los recursos de la atención teniendo en cuenta los elementos favorecedores (poder de utilización) y los obstáculos (resistencia) al proceso de búsqueda y obtención de atención. La resistencia se originaría en los "recursos para la salud" y el poder de utilización constituiría el conjunto de características de la población que van a permitirle esa búsqueda y obtención.

Cuando se analiza el tema de los obstáculos (Dever, 1991) puede a priori inferirse que en el efector bajo estudio, la dimensión geográfica no representa una barrera de accesibilidad, ya que todos los barrios de la zona de influencia están cercanos al Centro de Salud y el mismo se encuentra ubicado a una distancia no mayor a un kilómetro de las poblaciones que consultan habitualmente. No obstante, cabe enfatizar que éste constituyó un supuesto también sometido a estudio. Merece mencionarse la probable barrera geográfica de parte de la población rural en el límite del municipio, donde las distancias pueden alcanzar tres kilómetros, contando con calles de tierra y sin alumbrado. Estas familias comparten los servicios con localidades vecinas.

Con respecto al costo de la atención, aspecto que en casi todos los estudios sobre accesibilidad se expone como una de las barreras de acceso más importantes, se consideraba que tampoco representaría un obstáculo de jerarquía porque las prestaciones del Centro de Salud son totalmente gratuitas.

Históricamente los servicios públicos de salud se destinaban a los indigentes o a los sectores de más bajos recursos, dando lugar a una concepción de atención focalizada y de grupos de riesgo. Gradualmente en el Municipio se instaló una visión universal de la atención, en contraposición con la anterior y en función de los cambios sociales dramáticos acaecidos en las últimas décadas, como son la precariedad laboral y la creciente desocupación.

Estos cambios se expresan en la composición actual de los usuarios del Servicio Público, donde convergen los nuevos pobres, los precarizados, los aún con trabajo, pero con mala o escasa cobertura en la seguridad social. Estos sectores que buscan ser atendidos en el sistema público y gratuito abarrotan la capacidad de los servicios, hecho que, junto a las dificultades en el reconocimiento de las distintas necesidades de la población por parte de los equipos, refuerzan la vulnerabilidad y la aún mayor exclusión de sectores de la comunidad que han dejado de buscar atención para su salud.

Ante esta situación, los equipos aparecen muy estáticos frente a los cambios sociales y, entrapados

en el discurso de lo universal, se pierden de vista las diferentes prioridades en salud y por tanto se diluye la garantía de equidad.

Cuáles estrategias pueden implementar los equipos de salud y cómo diseñar la organización de los Servicios para facilitar la accesibilidad de los que ya no buscan ser atendidos, debería ser una preocupación central.

En lo que refiere a la población del área de influencia del Centro de Salud interesaba, en consecuencia, indagar sobre el proceso que va desde la percepción de las necesidades de atención hasta su efectivización en demanda y posterior utilización, analizando los elementos intervinientes en el proceso de búsqueda y obtención de la atención, donde el proceso de atención surge como respuesta a una necesidad. (White y col, 1992).

Debe tenerse en cuenta que la percepción de necesidad y su jerarquización depende de aquél que la percibe y de la concepción propia del proceso de salud-enfermedad, aspectos que condicionarán la modalidad que adopte la demanda, que es en síntesis, la necesidad manifestada por la persona que la percibió.

En este sentido, cuando se hace referencia a necesidades de atención de la gente en relación a un problema de salud, se adopta el concepto "Pichoniano" de par dialéctico necesidad-satisfacción (Pichón Riviere, E., Quiroga, A., 1990), en el que las necesidades cumplen su destino social de gratificación o frustración. "Esta necesidad externa al sujeto promueve la relación con el mundo externo, así la necesidad aparece como 'fundamento motivacional' de toda experiencia de contacto, de vínculo y aprendizaje".

Podría afirmarse que la consulta realizada no es en sí misma prueba de haberse satisfecho una necesidad, sino que debe ir acompañada de la satisfacción apropiada del paciente. En el proceso de atención de salud formulado por Donabedian se desglosa necesidad de atención en dos componentes: a) comportamiento de los usuarios y b) comportamiento de los proveedores, ambos confluyen en la utilización de servicios y en la posterior modificación de la necesidad.

En tal sentido la necesidad se puede analizar desde dos perspectivas: la del cliente y la del proveedor, de las evaluaciones hechas por ambos depende la iniciación de la atención médica y sus resultados. No obstante Donabedian reconoce que la demanda de atención supone una complejidad que involucra dimensiones afectivas, cognoscitivas, volitivas y económicas.

Desde otro punto de vista, Khan y White (1992) en el modelo de carácter psicosocial realizan un esquema secuencial a partir de la percepción de morbilidad, donde actuarían factores predisponentes y posibilitantes (variables) hasta la transformación en demanda y posterior utilización. Este modelo indaga características de índole más individual.

Rosenstock (1992) adhiriendo a la clasificación de distintos tipos de conducta en el campo de la salud propuesta por Kasl y Cobb hace una distinción entre conducta respecto a la salud y conducta ante la enfermedad. Según estos autores, conducta respecto a la salud es cualquier actividad realizada por una persona que piensa que está sana con el propósito de prevenir o detectar una enfermedad en etapa asintomática, y conducta ante la enfermedad es entendida como cualquier actividad realizada por una persona que se siente enferma con el propósito de definir su estado de salud y de encontrar un remedio adecuado.

El concepto de conducta del enfermo, definido como la forma en que son percibidos los síntomas pudiendo llevar a distintas reacciones en los individuos, ha sido ampliamente revisado en la

literatura por distintos autores como Suchman, Rosenstock, Mechanic y Andersen (1992). Estos trabajos demuestran que la adopción de decisiones en el campo de la salud es un proceso en el cual el individuo pasa por algunas etapas y que la interacción con el medio influye en las decisiones del individuo y en su posterior conducta.

Zola por su parte, insistió en la necesidad de concentrarse en la percepción del individuo en cuanto a sus propios síntomas, como también en lo referido a las ventajas y desventajas de utilizar los servicios de salud. Este estado de salud percibido, traducido en la presencia de síntomas y en el grado de incapacidad que le produjeron dichos síntomas o una dada enfermedad, en gran medida define el sentido que los individuos le atribuyen a los actos relacionados con el cuidado de su salud y por lo tanto se relaciona con la utilización de servicios.

Según Rosenstock (1992) las creencias que definen la disposición de actuar ante la salud o la enfermedad responden a elementos intelectuales y emocionales, teniendo estos últimos mayor peso para explicar la conducta, y al parecer se requiere de algún factor que actúe como detonante para que se desencadene la acción apropiada.

En el marco de este trabajo intentamos reconocer las distintas necesidades de atención de la población que es o debería ser destinataria de los Servicios de Salud.

La necesidad está históricamente condicionada y es un determinante significativo la inserción de la población en el circuito productivo a través del trabajo. Por su parte, el trabajo asalariado cada vez más escaso da paso a otras formas de trabajo o no trabajo que determinan niveles de inserción social diferenciales.

En el proceso que va de la integración a la desafiliación según Robert Castel (1997) o de la inserción a la exclusión según otros autores, está la vulnerabilidad social "zona intermedia inestable que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad". En nuestro país esta "zona" de población está en paulatino crecimiento y se caracteriza por inestabilidad, incertidumbre, desdicha. "Caer" aquí es la condena de "vivir al día". En tal sentido, la pelea diaria de estas familias que viven al margen es por no desaparecer, por no volverse "inexistentes sociales" o convertirse en excluidos.

Desde la perspectiva de los autores de este estudio, reconocer distintas necesidades es, entre otras cosas, conocer las familias vulnerables. En este sentido, con respecto a la población destinataria del estudio, las áreas vulnerables corresponden a las marginales urbanas y zona rural. A estas áreas delimitadas y homogéneas hacia el interior debemos sumarle familias que pertenecen a otros barrios lindantes al Centro de Salud y que atraviesan por este proceso.

De esta manera, los interrogantes que motivaron el presente trabajo son los siguientes:

¿Es compatible la idea de prevención enunciada desde el sector salud con la necesidad de vivir al día de los sectores vulnerables?

¿Cómo se modifica la percepción del proceso salud-enfermedad con los niveles de urgencias, de inestabilidad?

¿Es posible programar la atención de estas familias cuando están impedidas de programar un día de sus vidas?

¿Pueden buscarse estrategias que superen la intervención ante el síntoma de enfermedad?

¿Son capaces los Servicios de Salud de brindar una oferta heterogénea a partir de reconocer las distintas necesidades?

¿Cuáles serían las estrategias incluyentes?

Objetivos

General

- Indagar los patrones de utilización de los Servicios de Salud para la prevención y recuperación de los problemas de salud de la comunidad; su relación con las visiones que ésta construye sobre el proceso salud-enfermedad, y las necesidades de atención teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Específicos

- Conocer la percepción de morbilidad/necesidad de atención de la población en estudio en cuanto al proceso de salud-enfermedad.
- Relacionar el tipo y la forma de utilización con este reconocimiento de necesidad y con la demanda de atención médica.
- Investigar los obstáculos y facilitadores en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.
Conocer las prácticas comunitarias de prevención y autocuidado.

Propósitos

- Modificar las prácticas de los equipos tendientes a superar la programación normativa con intervenciones de mayor impacto sobre la salud y la calidad de vida.
- Ajustar el Servicio a las necesidades de la población. Viabilizar estrategias incluyentes y por tanto equitativas.

Contexto del estudio

El Centro de Salud "El Gaucho" cuenta con una zona de influencia rural y una urbana. Dentro de la zona rural se incluye la zona de quintas y la zona urbana está compuesta por distintos barrios (Bo.): Bo. Nuestra Sra. del Rosario, Bo. El Gaucho, Bo. Hume, Bo. Tío Rolo, Bo. Buena Nueva, Bo. Plata y zona de asentamientos irregulares Villa La Cariñosa.

Existen condiciones materiales y sociales diferenciales en los distintos barrios, las cuales se describirán resumidamente a continuación:

Barrio Nuestra Señora del Rosario:

Es un barrio nuevo construido por la Fundación del padre Santidrián. Cuenta con 306 viviendas de 2 dormitorios y 30 dúplex, con una capacidad total aproximada de cobijar a 1700 personas. Los pobladores que lo ocuparon pertenecían a las zonas inundables de la cortada El Mangrullo. Muchas de estas familias volvieron a su lugar de origen por disconformidad con su nueva situación, ya que si bien por una parte encontraban solución al problema de la vivienda, por otra parte se

agravaba la situación de subsistencia dado que la mayoría de los pobladores erradicados tenían como estrategias de supervivencia la pesca y el "cirujeo". En tal sentido, la lejanía del río y del espacio físico para guardar los carros y la competencia de la villa en esta actividad, fueron factores decisivos para su traslado.

Barrio El Gaucho:

Este barrio fue construido recientemente por la Dirección Provincial de la Vivienda. Cuenta con 344 viviendas habitadas por un promedio de 5 personas cada una, lo que arroja un total aproximado de 1720 habitantes. Para conseguir una vivienda los aspirantes debieron en su momento presentar recibo de sueldo, debiendo abonar \$140 mensuales. Las casas cuentan con 2 o 3 dormitorios con espacios verdes alrededor. Dentro de este barrio hay personas que cuentan con obra social o algún tipo de cobertura social.

Barrio Hume:

Es el barrio circundante al Centro de Salud, en el cual se encuentra inserto. Las casas son de material con patio, espacios verdes, cercanía de las vías del ferrocarril y los límites, sin bordes netos, se pierden en las zonas de quintas. La población de este barrio vive mayoritariamente del trabajo en las quintas y de la instalación de pequeños comercios.

Barrio Tío Rolo:

Es una zona urbana circundante a la zona de quintas. Constituye un barrio precario con una vecinal del mismo nombre que los nuclea. Cuatro veces por semana asiste un médico y una enfermera a dicha vecinal para atención de la salud de los pobladores del barrio.

Barrio Buena Nueva:

Es un barrio todavía en construcción por la Fundación del padre Santidrián y se va poblando con los habitantes de la Villa La Lata. Por la distancia geográfica con el Centro de Salud "El Gaucho" dicha población acude más asiduamente a la vecinal Tío Rolo o al Centro de Salud San Vicente de Paul.

Barrio Plata:

Es un barrio que comparte la zona de influencia del Centro de Salud con una vecinal llamada Bo. Plata, la cual presta servicios médicos a los socios de la vecinal mediante el pago de una pequeña contribución. Es uno de los barrios más antiguos de la zona con viviendas de material.

Villa La Cariñosa:

Es una zona de asentamientos irregulares que empieza en el área de influencia del centro de salud y crece a lo largo de las vías del Ferrocarril Belgrano, en un solo sendero con apenas una apertura reciente y en constante crecimiento.

Según datos censales provistos por la Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario la población estimada al 30/06/99 para el sector delimitado por las calles Uriburu, Ovidio Lagos y Av. Circunvalación, es de aproximadamente 6912 personas, producto de la aplicación de la fórmula intercensal en la que no estarían incluidos los movimientos migratorios. Sumándole a este

número las poblaciones de los barrios de reciente construcción daría una población total estimada de 10000 personas.

Con respecto a los servicios públicos de la zona, cuentan con agua potable (de muy baja presión en la zona de villa), con luz eléctrica y contenedores de basura sin ingreso del camión recolector. El tema de transporte está en estudio, contando con una línea de colectivo que llega al Centro de Salud.

En los alrededores funciona actualmente la escuela N° 154 "Julio Bello" con anexos en distintos barrios.

Zonas de vulnerabilidad social. Algunas aproximaciones

Zona rural:

La población de este sector habita en casas de material pero en muy mal estado, hacinados, sin agua potable. Trabajan la tierra del patrón, que les da la casa. Se las conoce como quinteros medieros; el pago es el de la mitad de lo producido. Proviene de otras provincias o países vecinos (Salta, Jujuy, Corrientes y Bolivia). La mayoría son "golondrinas". Es la población más distante del Centro de Salud. La lluvia anega los caminos de tierra fácilmente y no poseen alumbrado público. El patrón es el que suele brindarle movilidad en caso de alguna urgencia en salud. Con marcados niveles de precariedad y explotación, presentan algún grado de integración sostenido por el trabajo de la tierra. Se tornan vulnerables al concluir la cosecha y tener que emigrar a los lugares de origen. Los niños son asistidos por comedores escolares. La falta de agua potable predispone a altos niveles de parasitosis que junto con la escasa incorporación de carne a la dieta contribuyen a provocar anemias.

Existen en este sector distintos niveles de violencia y sometimiento hacia la mujer, principalmente en el ámbito del hogar. Presentan además los más altos índices de analfabetismo. No realizan una programación consciente de los embarazos. Se dispone de escasa información en cuanto a prácticas de prevención y autocuidado y necesidades en salud no satisfechas.

Villa de emergencia:

La población vive en ranchos o en construcciones precarias, pequeñas, de poco terreno y separación entre ellas. Tienen agua potable de red clandestina, con poca presión, sobre todo en verano. Están conectados al alumbrado público. Algunas familias viven de "changas"¹, otros pasan largos períodos sin trabajo y algunos renunciaron a su búsqueda. Están sostenidos por la asistencia social de comedores escolares o cajas de comida.

Los niños desnutridos que asisten al Centro de Salud corresponden en su mayoría a la villa. A las enfermedades por contaminación ambiental (parasitosis, escabiosis, diarreas) se suman altos niveles de alcoholismo, deserción escolar, predisposición a accidentes, violencia doméstica y callejera.

1 Trabajos inestables de corta duración, poco calificados.

Diseño metodológico

Se concibió una primera etapa que tuviera el carácter de estudio piloto a los fines de ampliar o sustituir las categorías temáticas que constituyeron punto de partida del equipo investigador. En el mismo sentido interesaba problematizar las técnicas de recolección de datos propuestas.

La estrategia metodológica por la que se optó fue de carácter cualitativo, entendiendo que es la que mayores posibilidades ofrece de generar hipótesis sustantivas que permitan explicar el problema en estudio. La técnica de recolección de datos utilizada fue el desarrollo de entrevistas semiestructuradas con los siguientes ejes temáticos:

- Modalidades de identificación de las necesidades de atención para el grupo familiar;
- Experiencias previas de atención y prácticas de autoatención;
- Proceso de toma de decisiones y participación en el proceso de toma de decisiones (redes) respecto al proceso de atención;
- Comportamientos de búsqueda de atención;
- Obstáculos para la búsqueda de ayuda;
- Percepción de satisfacción.

No obstante se intentó mantener la suficiente flexibilidad como para dar lugar a categorías nuevas que surgieran del discurso de los informantes en el transcurso de las entrevistas.

En su mayoría, las entrevistas se desarrollaron en el domicilio de los participantes, posibilitándose en tal sentido, a través de la observación, una aproximación a las condiciones materiales de vida de las familias en estudio.

Se constituyó un equipo integrado por dos investigadores, uno responsable de conducir la entrevista y otro responsable del registro escrito de las mismas.

Resultados

Se realizaron en total 19 entrevistas correspondientes a familias de cada uno de los sectores que integran el área de influencia del Centro de Salud (siete en total). Excepto en uno de los casos, en que participó de la entrevista un matrimonio de tercera edad, todas las informantes fueron mujeres. Del total de familias participantes, 5 pertenecen al sector de villa, tres pertenecen a la zona rural, 3 familias pertenecen al Bo. El Gaucho, 4 corresponden al Bo. Nuestra Sra. del Rosario, tres son de Bo. Plata y una corresponde a Bo. Tío Rolo.

La inserción laboral de las mujeres de los grupos domésticos es variada. En el caso de las familias de zona rural, los padres e hijos mayores del grupo doméstico participan en el trabajo en las quintas de la zona.

Dos de las familias del Bo. El Gaucho cuentan con un miembro con trabajo estable (la mujer en uno de los casos, el hombre en el otro). En el caso de la tercera familia, el hombre perdió su trabajo recientemente y se encuentra en una situación de trabajo inestable, colaborando con su suegro en ventas.

Las familias que fueron relocalizadas provenientes de El Mangrullo viven del "cirujeo" y "changas".

Con respecto a las familias pertenecientes a la Villa, en cuatro de los casos, los hombres hacen

"changas", uno de los casos corresponde a un matrimonio de tercera edad que no cuenta con ningún aporte salvo alguna ayuda proporcionada por sus hijos.

Una de las familias de Bo. Plata, es dueña de un kiosco y en las dos restantes, los hombres trabajan en "changas".

La mayor parte de las doce mujeres entrevistadas no supera los estudios primarios siendo en algunos casos, analfabetas funcionales (fundamentalmente sector de villa, zona rural y erradicados de El Mangrullo). Para el caso de las mujeres de Bo. El Gaucho, se constata en dos casos nivel primario completo y la mujer restante, con estudios terciarios completos. En el caso de Bo. Tío Rolo, también se constata primaria completa. En Bo. Plata, una de las mujeres tiene primaria incompleta y dos tienen primaria completa.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas no cuenta con ningún tipo de inserción laboral quedando relegada al trabajo estrictamente doméstico. En dos casos se constata trabajo extradoméstico sistemático (docente y kiosquera). Algunas de las mujeres desarrollan trabajos en el ámbito doméstico para colaborar con sus parejas (venta de pan, "jaimitos" -jugos congelados preparados con esencias artificiales-, etc.)

A los fines de describir los hallazgos se organiza la exposición en función de categorías temáticas, algunas de las cuales estaban previstas en el momento del diseño y otras que emergieron en el proceso de codificación del material empírico recolectado.

Se partió de una primera consigna en la que se pedía que el entrevistado describiera el último episodio de enfermedad que había padecido cada uno de los integrantes de la unidad doméstica (padre, hijos, mujer).

Percepción de morbilidad / prácticas de atención

Un primer hallazgo pareciera vinculado a la identificación de un gradiente de enfermedades. Una de las entrevistadas, habitante de una villa de la zona, ante nuestra pregunta respecto de si recordaba cuando había sido la última ocasión en que se había enfermado, refería "De enfermedad, enfermedad? Y... hará dos años: me tuvieron que operar de la columna. Quedé toda enyesada, no podía ni moverme". En tal sentido, la percepción de enfermedad para el caso de sectores populares, aparece ligada a la imposibilidad o limitación del movimiento corporal, constituyendo un síntoma indicador de cuadros que revisten el carácter de gravedad. Estas percepciones quedan en general ligadas al comportamiento de búsqueda de atención en Servicios de Salud.

"No podía moverme. Estaba muy mal. Me estaba muriendo."

"Se quebró. Se ponía mal porque no podía trabajar en la cosecha del tomate. " (en referencia a su marido)

"Si hay algo grave, dolores de columna, para." (en referencia a su marido)

"Me agarró así como caída. Estaba en la cama. No podía caminar. La tuve que llamar a mi mamá para que me lleve al Centro. No podía escuchar la música porque me hacía ruidos. Yo quería agarrar y se me caía todo. Me movía y parecía que se me caía todo encima"

Otros cuadros identificados como enfermedades son visualizados desde otra óptica de gravedad en la medida que no interfieren con el desarrollo de actividades cotidianas, gripe, anemia, resfrío, colitis, fiebre.

Para este segundo grupo de síntomas o cuadros percibidos, no catalogados como graves o bien que

presentan un carácter de cronicidad, se desencadena habitualmente un proceso activo de autoatención asentado en experiencias previas. Cabe señalar también que este proceso de autoatención es habitualmente generado y sostenido por la mujer e involucra tanto el acceso a recursos de la medicina formal como a prácticas alternativas.

"El usa Ventide siempre porque este problema lo tiene desde chico"

"Yo me enfermé por angina, pero tomé antibióticos y se me pasó. Un antibiótico que tenía en mi casa y me habían dado vez pasada, Oximar"

"Otra cosa que me da a veces es gripe, cuando me siento engripada tomo Bayaspirina."

"Uno de los problemas que él tiene es que es alérgico al polvo de la cal. Cuando tiene problemas por eso yo le pongo Aloe y se le pasa..."

"Mi marido cuando tiene un problema siempre me pregunta ¿qué me puedo poner?"

"Una vez escuché por la radio que el Aloe hace crecer la carne, por ejemplo si tenés una quemadura. Una vez, una nena del barrio se quemó y le dije a la madre que le ponga Aloe, y le creció la carne, al día siguiente nomás, era delgada como una capa de cebolla y después se fue haciendo más fuerte."

"Yo experimento primero conmigo misma. Las cosas más feas son las que más curan. Y yo fui aprendiendo a preparar muchas cosas con yuyos. Hago quemadillo con ambae, níspero, eucalipto macho, corteza de chañar... Por eso me dicen bruja"

"Un día yo estaba atacada de los bronquios y probé, lo más fuerte. Y me limpió todo... Ahora cuando mi marido tiene alguna gripe me dice "Prepará alguno de esos mejunjes... Viste cómo es, la necesidad tiene cara de hereje... Para los problemas de estómago también preparo una mezcla con buscapína, burrito, yerba lucero y laurel. Lo que pasa es que yo me crié con una vieja yuyera. Era muy buena, yo aprendí mucho..."

Finalmente existe un tercer grupo de problemas que en realidad no son percibidos como procesos mórbidos en la medida que no parecen provocar ningún tipo de interferencia en la vida cotidiana, por lo tanto no suelen desencadenar ninguna acción de cuidado o búsqueda de atención. En este grupo se incluyen muchos problemas dentales como caries, parasitosis, desnutrición, etc.

- "Los chicos nunca se enferman..."

Encuestadora: - ¿Han tenido parásitos?

- "Sí, la nena largó unos bichos así..."

"Está bajo de peso, pero ninguna otra enfermedad..."

Prácticas de cuidado y pertenencia de género

Se visualiza un comportamiento diferencial frente a los problemas de salud condicionado por la pertenencia de género. Una informante lo refería de la siguiente manera:

"No, los hombres no van al médico, las mujeres somos distintas..."

En líneas generales los hombres se presentan con una mayor resistencia a acceder a los Servicios de Salud, independientemente del sector social de pertenencia.

"El es duro para ir a los médicos. Un día pasaron por acá para vacunar y se escondió y no apareció, no quería saber nada."

"Le tiene pánico al dentista también. Tiene la boca a la miseria y no va. Toma algo para que se le

pase el dolor y sigue... Yo le digo, te puede pasar algo malo, pero igual... A él le duele algo y no habla, te grita, se pone muy malo..."

"Yo lo entiendo. A mí cuando me agarró el dolor de cintura, recién ahí lo entendí... Porque antes, cuando él se quejaba del dolor yo pensaba, ¿será que tanto le duele o es tan cobarde...?"

"Se trató así nomás. No le gusta ir al médico a él..."

De todos modos, es necesario resaltar que la participación de la mujer queda restringida fundamentalmente a la gestión del cuidado del grupo familiar, más que al cuidado de su propia salud.

"Cuando me siento mal, cuando ya no doy más, recién ahí voy de los médicos."

"Una pierna no la siento, pero bueno, no puedo sentarme y decir "Ayyy!, me duele!!!! Hay que pensar, o dejás caer el armatoste o lo sacás adelante... Yo no lo voy a dejar caer tan fácilmente, mi cuerpo no es una farmacia..."

En algunos casos, surge en la entrevista la identificación de problemas ligados al campo de la salud mental asociados a los hombres. Ninguna de las situaciones desencadenó sin embargo la búsqueda de atención específica, en dos casos particularmente, esta problemática fue referida o bien con tono de humor o bien con tono irónico.

"El año pasado estuvo mal porque se vino a pique el trabajo, ahora se puso con el hermano."

"En el '84 se quebró jugando al fútbol. Estuvo 4 meses con yeso. Se vino abajo del todo. Todos lo hablaban, se ponía mal porque no podía trabajar en la cosecha del tomate, puso reemplazo."

"Nunca estuvo enfermo, una vez que toma nomás (risas). Cuando tiene plata...Él nunca se enferma, salvo que tome..."

"El nació enfermo... Le falla esto (gesto). Pero no va a los médicos..."

Prácticas de prevención

En líneas generales los comportamientos ligados a prácticas preventivas no están ampliamente desarrollados en la población entrevistada. Cuando estas prácticas se presentan están ligadas al campo de la salud materno-infantil y a la noción de control. Este tipo de prácticas, por otra parte parecen responder a una conducta activa iniciada desde los servicios de salud. El acceso a estas prestaciones de carácter preventiva (Papanicolau, vacunas), no parece configurada con el carácter de una elección, y por tanto no se constata una apropiación real de esas prácticas. De hecho, toda mujer que accede a una consulta ginecológica es sometida a Papanicolau, sin embargo, los resultados de tales estudios se acumulan en el Centro sin que las mujeres los retiren. De la misma manera en el caso de niños, se evidencia un acceso a los "controles" durante el período en el cual el equipo de salud impulsa activamente los controles periódicos (período que se corresponde con la entrega de leche). Una vez pasado este período, empiezan a disminuir las consultas de niños perfilándose un patrón semejante al de la consulta de adultos, es decir, búsqueda de atención desencadenada por la aparición de síntomas.

"Me hacía controles ginecológicos y tomaba pastillas para cuidarme, pero hace poco me empezaron a hacer mal. A sí que me pusieron un DIU y ahora me controlo."

"Al nene lo controlo de peso y me dijeron que estaba bien."

"La última vez hace bastante, 1 año, tuvo anemia. Me lo dijo el doctor en un control"

"Los más grandes sólo tienen la vacuna, no van al Centro de Salud."

"El nene de 12 años fue operado hace mucho (no recuerda cuando) de los pulmones y después no se controló más."

"Hace 2 años, cuando estaba Oscar, me coloqué un DIU; después nunca más me controlé."

"Al dentista no fui nunca... al cepillado dental nunca fue nadie..."

Criterios de utilización de efectores de salud

Los efectores seleccionados para acceder a la consulta son variados e intervienen diversas razones en la elección. En los pocos casos en las que se constata la pertenencia de los usuarios a alguna Obra Social, pareciera privilegiarse el consumo de los servicios brindados por ese tipo de cobertura. Se acude a los efectores públicos, sólo en los casos en que razones fundamentalmente de orden económica (falta de dinero para el transporte, órdenes, etc.) imposibilitan la llegada a la atención privada. Estos usuarios parecieran preservar una distancia crítica respecto de la oferta pública actual. En algunos casos, esta distancia crítica se sostiene en información difundida desde los medios respecto a problemas en la atención de efectores públicos.

"A los nenes los hago atender desde chicos por el pediatra del CEMEC (es un Centro de Salud Privado de IAPOS). Yo solía ir al Hospital H, porque es más cómodo. Como él trabaja ahí saca turnos y no tengo que hacer cola. Si no fuera así; tendría que ir demasiado temprano. Pero ahora no voy a ir más al Hospital H. Vió lo que pasó? Se murió una chica joven por un virus o no sé que, así que por ahora no voy a ir más ahí.. Lo dijeron en la radio y en el noticiero..."

"Y para hacerme atender voy al Hospital 1, por mi obra social IAPOS la usamos mi marido y yo. Lo que pasa es que a veces no tenemos ni para las órdenes ni para el transporte."

En uno solo de los casos (el de una familia que había perdido hace poco tiempo su cobertura social, por despido del marido de su trabajo), se explicitó una crítica a la Obra Social, revalorizando la atención en el efector público.

"La Obra Social era un desastre, teníamos la UOM, pero vos ibas y te daban turno para quince días después Hace poco empecé a ir a "El Gaucho", la atención es muy buena."

En el caso de familias carentes de cobertura social que sólo acceden a efectores públicos, se observan comportamientos diferenciales respecto a la elección del efector donde radicar la consulta, dependiendo esto de diversos factores.

El uso preferencial de efectores hospitalarios aparece relacionado con la percepción particular de morbilidad. En algunos casos, en circunstancias caracterizadas como de urgencia y revistiendo cierta gravedad se prioriza el acceso a hospitales, fundamentalmente en aquellos horarios en que el Centro permanece cerrado.

"Si estoy muy mal, sábado o domingo, me llevan al Hospital X"

"Si es feriado vamos al Hospital en bicicleta. Hay que esperar, pero atienden bien. A veces tenemos que comprar los remedios"

"Al Hospital los llevo cuando están jodidos, por tos o resfrío van al Dispensario..."

"En el Hospital H, la atención es buena pero vamos sólo de urgencia."

Se identifican casos en los cuales el Centro de Salud, es referencia importante de atención de situaciones de urgencia.

"Yo voy al Centro de Salud solamente si es por algo grave (si los chicos se cortan, o tienen un golpe fuerte, o por vómitos)."

"En general, voy a la Vecinal Tío Rolo para control desde hace 2 años. Cuando tienen una urgencia y la Dra. no va a Tío Rolo, los llevo al Centro El Gaucho"

Otros elementos que parecen intervenir en la decisión acerca del efector a utilizar, son el acceso libre a algún tipo de insumo material (medicamentos, leche, vacunas, etc.) y la condición de gratuidad en la atención. Estos elementos plantean diferencias con otras ofertas de la zona, en las cuales no necesariamente se cumplen estas dos condiciones (centros vecinales).

"Retiro pastillas del dispensario desde que le saqué la teta a la nena..."

"Las vacunas se las coloco en El Gaucho y ahí retiro las pastillas anticonceptivas."

"Antes iba a Bo. Plata para atenderme. Hay que pagar \$1 cada vez que te atienden, pero después me dijeron que pertenecía a "El Gaucho", por donde vivía. Si no tenía plata me atendían igual"

"Nunca tuve que comprar medicamentos; siempre uso los del Centro."

"Llevo a los chicos para control cuando están sanos. También retiro la leche."

Otra dimensión que resulta significativa a la hora de definir preferencias en la utilización es la valoración de diferentes aspectos de la atención traducida en diferentes grados de apropiación del efector, dependiendo de las particularidades de las experiencias previas de utilización.

La apropiación en el caso particular del Centro de Salud está mediatizada en algunos casos por lazos afectivos con los profesionales integrantes del equipo de salud, más allá del reconocimiento de la capacidad técnica resolutoria de los profesionales. El sentido de apropiación se transfiere aún al espacio físico del Centro de Salud.

"Yo voy siempre al Centro, es como mi casa. Yo voy y les cebo mate. Todos han sido muy buenos conmigo. Me enseñaron muchas cosas..."

"Mí marido me dice que el Dispensario es mi casa. Debe ser bueno porque a mí; cuando me hacen caritas, me voy enseguida... Tengo que esperar como cualquiera, pero es lógico."

"Cuando yo me voy, pido a la Dra. que me atienda porque yo me acostumbro a los médicos."

"Así que me siguió atendiendo la Dra. Sonia. Después se fue y me atendió Guillermo, pero después Guillermo también desapareció... la Dra. Silvia, Sara, todos esos ya no están."

"En El Gaucho estoy conforme, cuando me atienden, porque hay veces que no consigo turnos"

La familiaridad que supone el equipo y el espacio físico del Centro de Salud para algunas informantes, contrasta con la percepción de ajenidad en el caso de los efectores hospitalarios.

"Primero me fui a la Guardia, y me hicieron sacar sangre y luego directamente a la Sala. Después tuve que hablar con la Inspectora, el padre no lo podía llevar a la escuela; si no voy a hablar yo, él no los lleva. Me dieron un papel grande y todo, inyecciones y remedios y me pude volver a casa"

"Tuve que llamar a mi familia para que me lleve ropa. Fui a pedir plata a un vecino porque no tenía plata para el colectivo. No sabía qué hacer, estaba nerviosa, justo no tenía pañales, y en el hospital no te reciben si no vas con los pañales. No sabía qué hacer, si me iba a quedar o no me iba a quedar..."

Obstáculos en la accesibilidad

"En el barrio somos pobres, pero buenos"

(relato de una mujer de la villa)

La categoría tiempo como organizador de la vida cotidiana

En líneas generales se pueden establecer tres tipos de unidades domésticas. Uno de ellos conformado por familias con antecedentes de inserción laboral estable y cobertura social, en general escolarizados, que cuentan con una gama de recursos simbólicos. Otro grupo, sin historia de empleo ni cobertura social, con escasos recursos, estudios primarios incompletos o analfabetos funcionales. Finalmente un tercero, conformado por las familias de zona rural.

Estos grupos evidencian distintas realidades cotidianas y muestran patrones de utilización diferenciales con diferentes grados de adecuación a la oferta prestacional del efector.

En las familias rurales, la actividad productiva se despliega en el hábitat familiar y se trata en efecto de una producción familiar, por lo que trabajo y familia no están escindidos. El tiempo libre está, en gran medida, reglado por los ciclos naturales. Esta relación entre trabajo, vida familiar y tiempo libre condiciona una particular manera de representarse la realidad. En tal sentido, cuando se preguntaba a una mujer habitante de las quintas por las circunstancias de consulta al efector de salud, ella refería:

"Voy para llevar a mis hijos, después en invierno o ahora que comenzó la escuela, por el sol, empiezan con tos..."

Otra realidad cotidiana la conforman las familias desocupadas que pugnan por la supervivencia. El tiempo de no trabajo ocupa su tiempo libre y el tiempo familiar. No existe organizador de la vida cotidiana. La organización del tiempo por lo tanto, adquiere un carácter particular en aquellas familias sin historia actual ni pasada de inserción formal en el proceso de trabajo. Refería una paciente, habitante del sector de villa miseria, cuando se le pregunta por la fecha de la última consulta:

"Yo me fui; al Centro de Salud, con el sol, no con la lluvia, porque se iba a enfermar mas..."

Refiere Menéndez (1994) que la situación de pobreza debe vincularse a la estructura de la vida cotidiana, es decir, reconocer los tiempos de vida que los grupos sociales marginales invierten para lograr la supervivencia, limitando el tiempo real para organizarse colectivamente y superar esta condición. En este contexto, es decisivo preguntarse cuánto tiempo pueden mantener esta capacidad organizativa.

Resulta sorprendente además observar como operan otros factores en la decisión y el momento de efectuar la consulta. En algunos casos, la no disponibilidad de pañales descartables operó como factor de demora para la efectivización de la consulta. En otros casos, fundamentalmente en madres con varios hijos pequeños, la consulta se efectiviza en aquellas mañanas en que logra bañar a todos los niños.

Desde el efector de salud se ofertan dos modalidades organizativas de atención: una a través de lo que se denomina sistema de turnos programados y otra, llamada de turnos de urgencia o del día. Los programados, más ligados a la práctica de control de salud y las segundas, ligados a la intervención frente a sintomatología aguda.

Al respecto pareciera encontrarse una disyunción entre la propuesta organizativa del efector y la organización cotidiana de muchas de las familias usuarias. Esta disyunción podría enmarcarse en los diferentes organizadores de la experiencia del tiempo (ciclo trabajo/descanso; ciclo climático). Para el caso de aquellos grupos familiares más vulnerables (sin historia de inserción laboral estable, con viviendas precarias en territorio fiscal), fuertemente atravesados por la necesidad de la pura

supervivencia, resulta complicada una adecuación a los ritmos organizativos que se plantean las instituciones de salud (turnos programados).

"Yo no daría turnos programados. Es una pérdida de tiempo, llamás y no hay nadie, mucha gente no va y lo pierden otros que sí necesitan. Para mí; es así te llaman y si vos no estuviste, fuiste. Porque si no caés a cualquier hora"

Por su parte, el interjuego entre trabajo, familia y tiempo libre para otras familias con trabajo estable, aparece escindido. El tiempo libre se configura como tiempo libre de trabajo, y es vivido como tiempo familiar o bien como "tiempo propio" (A.Quiroga, 1981). Si bien, este último parece una opción sólo para el hombre ya que el ama de casa en esta organización social, no tiene tiempo libre. Las familias se organizan con los ritmos de la producción y los horarios de trabajo del sostén familiar, por lo cual suele resultar más sencillo adecuarse a las programaciones que realizan los Servicios de Salud.

"Los turnos programados no los utilizo. En una ocasión saqué un turno programado pero el día que me tocaba me olvidé de ir. Me dio tanta vergüenza que no volví a usarlos más"

"En el Dispensario a veces no consigo turnos.... Turnos programados es mejor"

"Los turnos programados los uso con la más chiquita. Si no, saco turno a las 8- 8.30 después de dejar los chicos en la escuela; los chicos que van a la tarde se quedan durmiendo"

La inseguridad como barrera de acceso

El problema de la seguridad como así también el factor climático se constituyen muchas veces en obstáculos para el acceso al Centro:

"Yo voy sola muchas veces (a El Gaucho). Pero en el invierno, con el horario, yo solita tengo miedo, muchos perros... Si llueve, no salimos, tengo miedo de resbalar... para ir ya tengo que buscar compañero."

"Los turnos para odontología vamos a las 4 de la mañana, si no, no se consiguen. A veces vamos en grupo con algunas vecinas, caminando. A veces hay gente que va a las 2 de la mañana"

"Para ir a El Gaucho, es lejos, es muy oscuro, peligroso, roban bicicletas, por eso van caminando, van en grupo, para lo único que hay que ir temprano es para el dentista, para el médico a las 7 son muchos, pero si no conseguís para uno, conseguís para otro"

Percepción de satisfacción

Indudablemente la percepción de satisfacción con los Servicios es un fenómeno complejo en el que intervienen diferentes dimensiones. La gratuidad de las prestaciones como así también el acceso libre a determinados insumos (medicamentos, leche, etc.) constituyen sin lugar a dudas, elementos valorados por la población, por lo tanto cuando no se cumplen estas condiciones se altera la valoración positiva de las prestaciones:

"A la gente le cobran \$1, de atender, nunca nos atendemos ahí.." (En referencia a la atención en un Centro de Salud de una Vecinal"

"La gente se enoja a veces pero no porque Uds. lo atiendan mal, sino cuando no hay remedios y uno se agarra con el que tiene enfrente..."

"Otra cosa que está mal para mí es que le saquen la leche a los mayores de 5 años. En muchos casos no es justo. Averiguá primero donde vive, cómo vive y después decidí si corresponde sacársela..."

Si bien en muchos casos entrevistados las circunstancias de la espera, las colas, los horarios aparecen como elementos naturalizados inherentes a la dinámica de las instituciones públicas, algunas entrevistadas lo referían claramente como elementos de insatisfacción:

"Aparte lo que no es bueno es el favoritismo del teléfono. Todas las personas tienen que ir a sacar el turno al Dispensario como corresponde. Porque si no, se favorece a la gente que tiene teléfono y muchos acá no tenemos teléfono"

"Es una falta de respeto a las personas. En el Hospital H., vos vas ya las 3 de la mañana hay gente durmiendo, esperando el turno..."

"A El Gaucho no los llevo porque hay que esperar mucho. Una amiga mía me contó que va a las 5 de la mañana con el termo preparado y la gente se sienta a esperar."

"Yo, no me gusta esperar, demasiado esperé..."

"La atención no es mala pero por ejemplo, cuando necesito certificados, no hay alguien que te diga algo seguro y uno pierde mucho tiempo y moviliza mucha gente"

"Yo no cuestiono el tipo de atención porque es bueno, pero lo que me molesta es la falta de responsabilidad, que no cumplan con lo que ellos mismos te dicen"

Las características que adoptaron las experiencias previas en los Servicios, sin duda condicionan las expectativas y la percepción de satisfacción respecto de los Servicios:

"Al Hospital H fui durante un tiempo a hacer un tratamiento para ver si podía tener un bebé. Pero una vez, la Dra. me puso mal el espéculo y cuando me lo sacó tuve una hemorragia que no podía parar y de ahí no volví más."

Ya se mencionó anteriormente la importancia asignada por algunas entrevistadas/os al lazo afectivo que se establece con los profesionales y correlativamente la sensación de familiaridad que otorga el Centro de Salud.

Redes solidarias y estrategias de supervivencia

"La comida siempre cae, cae del cielo para mí..." (relato de una mujer de la villa)

Se considera relevante recuperar pequeñas experiencias de la vida cotidiana de los grupos de sectores populares que dan cuenta de la existencia, en circunstancias críticas, de redes de solidaridad que posibilitan afrontar la problemática de salud/enfermedad. En aquellas familias con condiciones de pobreza extrema, se identificó también la implementación de una serie de estrategias puestas al servicio de la supervivencia cotidiana.

Las redes solidarias se entretejen entre vecinos o bien al interior de la familia ampliada:

"Un día, yo estaba muy mal, ya me estaba muriendo. Había quedado pálida, mi marido me preguntaba, qué te pasa? Yo estaba muda... Justo llegó mi vecina, mi vecina es... no es una amiga porque para mí la amistad es algo muy importante, no a cualquiera llamo amiga, pero es como mi hermana... Ella me encuentra así, casi morada estaba ya. Me arrancó de la cama, me hizo parar y me sacó todo el algodón del yeso. Estaba agusanado en la espalda. Yo le debo la vida. Ella hizo cosas por mí que nadie hace, me higienizaba toda, hasta los pañitos me cambiaba. Ni mi marido hacía eso. Después me agarró diabetes..."

"Mi hermana me consiguió que la monjita nos prestara la casa. Ella daba clase acá"

"El hambre que te agarra a la noche, yo no se lo deseo a nadie. Te lo digo por experiencia, y el

hambre que te agarra a esa hora, te lastra... Algunos chicos no toman la leche y la retiran, y esa mamá la vende porque con eso le compra otra comidita... O a veces vienen y me dicen: ¿no me cambia un paquete de leche por dos paquetes de azúcar? Como yo hago jaimitos con leche para vender, es para que no les haga mal a los chicos como los comprados. Yo los preparo con leche..."

"A esas madres no se las puede culpar, acusar. Con la platita de la leche compran carne, pan, cebolla y hacen un guisito, y eso llena más. Esto no me lo contó nadie. Yo la veo todos los días acá en el barrio... No es como se dice que venden la leche para comprar vino, habrá algunos casos, yo no te digo, pero la mayoría la vende para comprar comida"

Otras líneas estratégicas se tienden en relación a diferentes instituciones del Estado, aunque no siempre resultan eficaces.

"Sé leer y escribir. No sé multiplicar y dividir. Hasta 5° iba a la noche, por ahí iba, por ahí no iba. Mi marido cuidaba el nene. Embarazada también iba. Yo traía facturas, comida de la escuela... Después dejé, con los 3 ¿cómo iba a hacer?..."

"Sí me gusta cocinar, pero a veces tenemos algo y a veces no tenemos... Anteayer hice un guiso... A veces cuando no tenemos, voy a la carnicería y pido huesos para los perros. O a veces el vecino nos da carne... Recibo el bolsón de la Iglesia también, acá estaban dando la caja, yo me fui a anotar y me dijo que no, que yo no podía..."

"Hay cosas que a mí me duelen mucho que pasan a mi alrededor. Una vez fui a pedir una caja porque mi marido no tenía laburo. Y me dijeron: ¿Vos tenés hijos? No, les dije yo... Entonces no te corresponde. Eso quiere decir que los grandes se tienen que morir... Pero si no están los viejos, ¿Quién va a dirigir a los chicos?"

"Yo también fui a pedir una Caja. Me dijeron tenés que ir a Promoción Social. Fui. Me dijeron tenés que ir a la Comisaría y pedir un Certificado de Pobreza. Fui Volví Promoción Social. Me hicieron volver una vez y otra vez y otra vez más hasta que ya no tenía más plata para el colectivo y no fui más..."

Cabe señalar por último la existencia de estrategias de supervivencia que operan en un marco de marginalidad:

"Yo cuando tenía 17 años me vine y después me volví a Tacuarembí. Ahora, el 19 de julio va a hacer 3 años que me vine. El es de acá pero también la familia de él es del Norte. Yo no quiero saber más nada, porque sino me vuelvo al Norte. Porque cuando estaba solo, choreaba y así ayudaba a la familia... Y por ahí vienen las broncas, porque yo no lo mando a robar, yo lo saqué de eso. Yo no lo mando a robar para darle de comer a mis hijos. Yo trabajé en casas de familia, cosechaba el algodón, todos trabajos buenos. Yo aprendía trabajar por las buenas, no por las malas..."

Conclusiones

"La ignorancia es lo que te mata y yo me doy cuenta cuando alguien se está riendo de vos"
(Relato de una mujer de la villa)

Como se mencionaba en el inicio de este estudio, nuestros efectores de salud son homogéneos en cuanto al modo de producir servicios. Por su parte, confluyen diversas lógicas como condicionantes de la modalidad de organización de las prestaciones. Una de ellas, emanada fundamentalmente

desde los niveles de decisión política, está ligada a cierta noción del "deber ser" de las Instituciones de Salud. Por ejemplo, se esperaría que las Instituciones del primer nivel de atención se abocaran fundamentalmente a prácticas de prevención y promoción de salud; por otro lado se esperaría que las Instituciones del tercer nivel de atención focalizaran sus prestaciones en la atención de urgencias o problemáticas que requieran de alta complejidad tecnológica. Una interpretación distorsionada de esta modalidad de organización del sistema sanitario lleva a homologar rápidamente la atención en el primer nivel con una atención de bajo costo y baja calidad, a diferencia de lo que ocurriría en el tercer nivel, altos costos y alta calidad de atención. En este marco interpretativo, el recurso humano destinado a trabajar en el primer nivel podría ser recurso no tan calificado como sí se exigiría en el tercer nivel.

En la intimidad de los efectores suele primar, sin embargo una modalidad de atención que ha sido denominada "queja-conducta", o, tomando las nociones de Sousa Campos (1997), el modelo de la "Clínica degradada", es decir un modelo de atención que propone intervenciones puntuales como respuesta a aquellos problemas que son decodificados como quejas, o si se prefiere, síntomas. Puros síntomas sin sujeto. Este modo de intervención degradará, según Sousa Campos, el potencial de la Clínica para resolver problemas de salud.

Huelga señalar que el efecto de este modo organizacional no es otro que la efectivización de respuestas fragmentadas, de bajo grado de eficacia dirigidas a aquellos sectores que todavía logran algún nivel de acceso a la red de servicios.

En los casos estudiados, se pudo visualizar un comportamiento diferencial en lo que hace a la percepción de morbilidad y conductas posteriores relacionadas al cuidado de la salud, diferencias asociadas con lo que podría llamarse condiciones de vulnerabilidad. Se mencionaba anteriormente que se podrían considerar distintos grupos de unidades domésticas, entre ellos, uno constituido por aquellas familias en las cuales el hombre se encuentra actualmente desocupado, sin historia previa de inserción laboral estable, con viviendas precarias situadas en terreno fiscal, escolaridad primaria incompleta, habitualmente familias numerosas. Otro grupo conformado por familias en las cuales independientemente de que exista una condición actual de desocupación, hay una historia reciente de inserción laboral estable, cobertura social actual o historia previa de cobertura social, propietarios de viviendas y mayor nivel de escolaridad de los adultos.

Se trata entonces de grupos que plantean condiciones materiales y simbólicas de existencia diferenciales. Estas diferencias, desde el punto de vista de los autores, operan como condicionantes de patrones diferenciales en lo que hace a la percepción de morbilidad y también de acceso y utilización de los servicios de salud. Otro eje que opera como condicionante es, como ya se mencionó, la pertenencia de género.

Coherentemente con los planteos de Boltanski (1975), los sectores más vulnerabilizados otorgan otro grado de interés y atención a las sensaciones corporales y al cuidado del cuerpo. En estas familias pareciera otorgarse valor a la noción de "fuerza física". Esta valoración funciona además muy especialmente en relación a la condición masculina. Recordamos el testimonio de una informante cuando ante la expresión de dolor de su marido refería: " cuando él se quejaba del dolor yo pensaba, ¿será que tanto le duele o es tan cobarde...? Este testimonio evidencia en qué medida, la resistencia al dolor es considerada un atributo de la masculinidad.

Valoración posiblemente ligada al hecho de que el cuerpo se constituye como herramienta de

supervivencia en actividades que requieren de despliegue de fuerza física mucho más que de otro tipo de destrezas: tirar de un carro de cirujeo, trabajar en la construcción, trabajar la tierra, etc. En este contexto, toda señal del cuerpo es vivida inicialmente como interferencia antes que como señal de alarma. Percibida como interferencia, inicialmente tiende a ser suprimida, y solo en circunstancias en que su intensidad imposibilita el movimiento incapacitando para el trabajo, parece desencadenar un comportamiento de búsqueda de atención.

La valoración diferencial que se hace respecto del cuerpo en los sectores más marginalizados involucra también un concepto estético diferente. Una informante, habitante del sector de villa miseria nos refería: "Lo único que yo quiero es engordar, porque el Dr. me mintió, porque yo le pregunté ¿si tomo pastillas voy a engordar? Y me dijo que sí. Yo no quiero ser flaca, quiero ser rellenita para sentirme bien... Lo poco que tengo es gordura natural, no es hinchazón. Pero yo me quedé así con la nena, porque con los otros quedé redondita..."

La pertenencia de género pareciera trazar también comportamientos diferenciales en lo que refiere a la percepción de morbilidad a la vez que opera demarcando funciones diferenciales al interior de la unidad doméstica. Sin embargo se enfatiza que si bien las mujeres parecen tener un registro más agudo y variado de las sensaciones ligadas al propio cuerpo, fundamentalmente para el caso de mujeres de sectores más vulnerabilizados, esta percepción no se corresponde con un comportamiento activo de cuidado o búsqueda de atención. Por el contrario, tal como se infiere de distintos testimonios, queda relegado el propio cuidado en función del sostén de otras funciones preeminentes tales como la organización de la vida doméstica, o en todo caso el cuidado del resto de los miembros del grupo familiar. (Prece, Di Liscia, Piñero, 1996)

Como administradora del cuidado es la mujer quien implementa una serie de estrategias de atención ante problemáticas de salud caracterizadas como no graves. Los recursos que intervienen en estas estrategias corresponden, como se mencionaba antes, tanto a conocimientos propios de la medicina occidental como a aquellos enmarcados en un saber popular. De este modo una amplia gama que va desde la administración de medicamentos (antibióticos, analgésicos, antifebriles, etc), nebulizaciones, hasta el uso de un variado conjunto de recursos de la medicina popular, forman parte del arsenal de recursos que posibilitan una instancia de autonomía de los grupos familiares en lo que hace al cuidado de su salud. Eduardo Menéndez (1994) reflexiona en torno a este fenómeno de carácter creciente, ligándolo a la necesidad de supervivencia antes que a determinados atributos culturales de los grupos subalternos. Vale decir que se trataría de una tendencia creciente, si bien mediatizada por lo cultural, a apelar a todo tipo de recursos al alcance de la mano para poder sobrevivir.

Como se desprende de los resultados la realización de prácticas preventivas tiene lugar de un modo muy acotado, restringiéndose a niños pequeños y a la mujer en edad reproductiva. Adolescentes y adultos varones no están involucrados en este tipo de prácticas. Es de suponer que esta situación reconoce como condicionamiento fuerte el recorte que los propios Servicios de Salud plantean en lo atinente a ofertas preventivas. Planteaba Cristina Zurutuza, de qué modo en el sistema de salud subyace una concepción de la mujer por la cual se la refuerza en su rol reproductor y de "cuidadora". Este recorte mantiene en condiciones de invisibilidad toda otra problemática que exceda la esfera reproductiva de las mujeres. Así, los problemas de violencia, adicciones, patologías de la pobreza, no constituyen objeto de estrategias preventivas sistemáticas implementadas desde

los Servicios, aún a pesar de su alta incidencia epidemiológica en países del tercer mundo. Por otra parte merece reflexionarse sobre el nivel de apropiación real de prácticas preventivas por parte de la población y en particular de las mujeres, objeto de estas prácticas. En el caso del Centro bajo estudio, es llamativo el hecho de que la mayoría de las usuarias no retiran los resultados de los análisis de Papanicolaou. Cabe suponer, como se mencionaba anteriormente, que no se trata de un reconocimiento consciente de la importancia de la prevención en el cuidado de la salud, sino más bien de una aceptación pasiva de una oferta inducida desde el Sistema de Salud. La baja frecuencia de consultas de control en niños mayores de 10 años y adolescentes (no beneficiarios de la entrega de leche), parece dar cuenta también de la subordinación de las prácticas preventivas a lógicas que divergen con aquellos ideales que operan en Servicios de Salud.

Para el caso del centro de Salud bajo estudio es evidente el sentido de apropiación que tienen los vecinos respecto del efector, fundamentalmente aquellas familias de sectores más carenciados, habitantes de quintas o sectores de villa. Al respecto hay una fuerte valoración del grado de familiaridad que prima en las modalidades vinculares de los usuarios con el equipo de salud. Se constata además un reconocimiento a la resolutivez técnica del Centro. En relación a los efectores hospitalarios prevalece por el contrario el registro de "lejanía" entendido en una doble significación: lejanía geográfica, lo que los torna utilizables sólo en circunstancias ligadas a problemáticas catalogadas como graves, acontecimientos de fines de semana o días feriados; pero lejanía entendida también en términos de distancia vincular con los equipos profesionales, marcada por un trato despersonalizado.

Planteaba E. Nájera (1994) la importancia de diferenciar Salud de Servicios de Salud, para reflexionar acerca de que las inversiones fuera del Sector pueden ser más necesarias que las propias del Sector, si se trata efectivamente de producir salud. Esta afirmación introduce directamente en la discusión acerca de qué concepción de salud subyace a determinadas modalidades organizacionales que rigen los Servicios. Por otra parte, esta discusión resulta central en los procesos de gestión de los Servicios de Salud, fundamentalmente si se acuerda con que la gestión supone a la vez una dimensión política y una dimensión técnica. Tal como planteaba Jorge Lemus (1994) la gestión "... no puede ser eficaz si, por ejemplo, no se especifican y comprenden bien los deberes que incumben a cada posición, si el recurso humano no está capacitado, si los vínculos son defectuosos, si no se determinan normas y procedimientos y se ignoran las necesidades de evaluación de resultados, impacto y proceso". Siguiendo nociones de este autor, se acuerda con la idea de que la gestión involucra la orientación de programas, organizaciones y sistemas. El concepto de orientación subsume la noción de direccionalidad. La gestión entonces comprendería todas aquellas acciones implementadas en dirección a una meta. Huelga señalar la necesidad de evaluar el proceso que va teniendo lugar para alcanzar esa meta. Evaluación necesaria para reforzar, rectificar o ampliar las estrategias de intervención que garanticen la concreción de las metas.

En nuestro país no parece una práctica habitual o al menos sistemática la de evaluar acciones en salud. Mucho menos incorporar en la práctica evaluativa la perspectiva que la población tiene respecto de los Servicios de Salud. En tal sentido, el presente estudio pretendió constituir una primera aproximación a un proceso de problematización de nuestras propias prácticas, intentando para ello escuchar aquello que la población tiene para decir respecto de la oferta que les brinda el Centro de Salud.

En esta dirección, una primera reflexión retoma el planteo de Nájera acerca de que en muchas ocasiones las inversiones que trascienden el ámbito específico del sector salud pueden resultar en mayor impacto y eficacia en lo que hace a producir salud. El hecho de haber llevado a cabo las entrevistas en los propios domicilios de los informantes permitió acceder al reconocimiento directo de las condiciones ambientales y edilicias en las que se desenvuelve la cotidianeidad de estas familias. Fundamentalmente para el caso de familias del sector de villa, huelga señalar las condiciones ambientales en que se encuentran inmersos. Organizada su economía en torno al "cirujeo", es habitual la coexistencia permanente con la basura. En ese contexto cabe preguntarse acerca de las estrategias de prevención pertinentes, el rol que le cabe al sector salud en la concreción de esas estrategias y la necesidad de articulación de este sector con otras instancias gubernamentales y no gubernamentales.

Otro aspecto central que surge como hallazgo del trabajo tiene que ver con la necesidad de profundizar en la complejidad del concepto de accesibilidad, sobre la interrelación entre las tres dimensiones involucradas (económica, geográfica y cultural) y acerca de otros obstáculos no considerados habitualmente. Podría decirse que en líneas generales, lo geográfico no opera como obstáculo a la accesibilidad para el caso del efector en estudio, exceptuando específicamente el sector de quintas, donde la distancia en algunas circunstancias junto a las condiciones climáticas, puede operar como barrera de acceso. Sin embargo, si se amplía la perspectiva de la que implica por ejemplo la dimensión de lo cultural, aparecen otros elementos a integrar en la discusión, sobre todo si puede reconocerse lo cultural y lo económico como aspectos estrechamente entrelazados en el entramado de la vida cotidiana de los sujetos. Se mencionaba anteriormente la percepción diferencial del tiempo y los efectos que esto tiene en la organización de los ritmos cotidianos. Según se desprenden de los testimonios de las informantes, el tiempo en aquellas familias en condiciones de alta precariedad, parece adoptar el carácter de presente continuo. Primando la necesidad de resolver lo inmediato imprescindible para la supervivencia, por ejemplo comer, no hay condiciones para inscribir una perspectiva de futuro. Es en ese marco que la estrategia de turnos programados o las acciones de prevención/promoción propuestas desde los Servicios de Salud, no llegan a tener impacto en este sector. En tal sentido, el escaso conocimiento por parte de los equipos de las características de la población que tiene que abordar (vida cotidiana, redes, lugares de origen, tramas vinculares, etc.) opera como una barrera de accesibilidad por el sesgo que imprime en la organización de los servicios.

Un nuevo aspecto vinculado a los obstáculos en la accesibilidad, está relacionado con la problemática de la seguridad y la violencia como telón de fondo de las relaciones sociales en la sociedad actual. El temor a los robos y las agresiones complica el acceso a los efectores, si se tiene en cuenta que este acceso debe darse en horarios de madrugada para poder asegurarse turnos de atención. La situación de inseguridad se incrementa además por las características geográficas del área en el que se inserta el efector (terrenos descampados, autopista de circunvalación a la ciudad, etc.).

Finalmente, cabe resaltar toda la gama de estrategias que ponen en marcha los sectores populares para el logro de su reproducción social. Indudablemente las redes intra y extrafamiliares que van construyendo operan como soporte de su supervivencia. Es en la intimidad de estas redes, redes de intercambio material y afectivo, -quizás mucho más que en la lectura de las ofertas del Estado en

materia de salud o acción social - donde puedan probablemente identificarse las razones por las cuales las pobres sobreviven, aún en condiciones que parecen incompatibles con la vida. Desde nuestra responsabilidad como integrantes del Sistema de Salud, cara visible del Estado, se constituye como principal desafío la reformulación de la organización de los servicios, para que los mismos acompañen las estrategias de los sectores más vulnerables, fortaleciendo el carácter incluyente de los mismos, condición esencial para aproximarse a la meta de equidad, para no reforzar la dirección en el sentido que señalaba una informante de la villa cuando refería: "Como siempre, el poder de una persona es el que habla primero..."

Agradecimientos

- A la comunidad del Centro de Salud "El Gaucho" por habernos brindado su tiempo para la realización de las entrevistas.
- Al Area de Investigación en Salud por habernos posibilitado la ejecución del trabajo iniciado en el marco de los cursos de Introducción a la Metodología de Investigación.

Bibliografía general

- Aday, A.; Andersen, R. "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica" Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS, 1992.
- Boltanski, L. "Los usos sociales del cuerpo" Ed. Periferia, Buenos Aires, 1975.
- Castel, R. "Las metamorfosis de la cuestión social" PAIDOS, 1997.
- Dever A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". OPS-OMS, 1991.
- Donabedian, A. "Los espacios de la salud" Capítulo 7. Aspectos fundamentales de la organización de la Atención Médica. S.S., México, 1988.
- Frenk, J. "El concepto y la medición de accesibilidad". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N°534. OPS, 1992.
- Kasl, S. y Cobb, S. "Health behavior, illness behavior and sick-role behavior", citado en Rosenstock, I.: "Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud"- Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS, 1992.
- Kohn y White, citado en Navas-Moiso: "Modelos conceptuales para la investigación de necesidades en salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas". Cuadernos Médico Sociales N° 69, 1994.
- Lemus, J. "La Epidemiología en la gestión de servicios de salud: un método para una práctica". Epidemiología y Servicios de Salud. Publicación N° 38, OPS/OMS, 1994.
- Mechanic, D. et al. "Public Expectations and Health Care: Essays on the changing Organization of Health Services", citado en Aday, A., Andersen, R.: "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS, 1992.
- Menéndez, E. "Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza". Publicar, año III, N°4, junio 1994.
- Najera, E. "Epidemiología, ¿para qué?, ¿para quién?". Epidemiología y Servicios de Salud.

Publicación N° 38, OPS/OMS, 1994.

- Pichón Riviere, E.; Quiroga, A. P., de "Enfoques y perspectivas en Psicología Social". Ediciones Cinco - 3° edición, 1990.

- Prece, G.; Di Liscia, M. H.; Piñero, L. "Mujeres Populares. El mandato de cuidar y curar". Ed. Biblos, Buenos Aires, 1996.

- Quiroga, A. P., de "Crítica de la vida cotidiana", Ed. Cinco, 1981.

- Rosenstock, I. "Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1992.

- Sousa Campos, G. W. "La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada". Mimeo, 1997

- Suchman, sin datas de edición.

- White, K. Williams F., Greenberg B. "La ecología de la atención médica". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1992.

- Zola, I. "Illness behavior of the Working Class: implications and recommendations", citado en: Rosenstock, I. "Por qué la gente utiliza los Servicios de Salud". Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1992.

- Zurutuza, C. "Modelo para la Promoción de la Salud y de los Derechos de las Mujeres y Jóvenes de sectores populares", en Género y Salud, Coord. Graciela Zaldúa, EUDEBA, 2000.

Algunas reflexiones acerca de la contribución de la Antropología a la problemática de la alimentación y la salud*

Garrote, Nora Lina **

Introducción

La identidad disciplinaria es una construcción histórica que se produce en relación a otras disciplinas y esencialmente a su correspondencia con los campos de aplicación de sus pretendidas propias producciones. La disciplinariedad o el surgimiento de las disciplinas como ciencias específicas y separadas responden a paradigmas científicos cuya determinación histórica ha promovido sus desarrollos. De allí que la segmentación del conocimiento no ha sido una necesidad científica, sino una condición de determinado contexto sociohistórico de la ciencia. Tal análisis escapa a mis posibilidades por lo que me limitaré a algunos aportes de la antropología alimentaria, cuya inclusión en el campo de la salud disputan la problematización de la alimentación como proceso social.

Los antropólogos y el problema de la alimentación

Los antropólogos comenzaron a relevar datos alimentarios como parte de la explicación de las relaciones sociales entre los hombres y de éstos con su ambiente, en la construcción simbólica de sus culturas y estructuras sociales (Messer,H;1984).

Los primeros análisis, estuvieron referidos a los aspectos rituales y sobrenaturales del consumo, destacando los efectos solidarios del comensalismo y la dimensión moral de la distribución del alimento sagrado realizados en el siglo XIX por James Frazer y Robertson Smith. Radcliffe-Brown continuó estos enfoques, desde una perspectiva funcionalista, subrayando el hecho de que entre los habitantes de las Islas Andaman, la actividad social más importante era la obtención de alimentos y que ésta, contribuía a la socialización de los individuos como miembros de su comunidad y cuya función social era el mantenimiento del sistema (Goody, J.: 1995). La atribución expresiva al alimento y el énfasis en el aspecto simbólico, no fue sin embargo una limitación de todas las contribuciones funcionalistas.

Audrey Richards en "Hunger and Work in a Savage Tribe: a functional study of nutrition among the southern bantu", del año 1932, sostenía que la nutrición como proceso biológico era más fundamental que el sexo y la relacionó con otros aspectos de la organización social. Incluso Malinowski destacó en su prefacio al citado libro la relevancia que Richards le daba a los alimentos y a la comensalidad en la cooperación para la producción. Uno de los aspectos más interesantes es

* Trabajo presentado en la mesa redonda "Antropología y alimentación" del VI Congreso Argentino de Antropología Social (Mar del Plata, setiembre de 2000).

* * Lic. en Antropología, Prof.Adj. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario (U.N.R.)

su tesis de que las actitudes culturales hacia el alimento eran una de las fuerzas de cohesión más importantes entre los miembros de la comunidad. Así como Malinowski había mostrado en "Sexual Life of Savages" que los impulsos biológicos individuales eran modelados en relación a necesidades de sobrevivencia del grupo social, ella analizó como las relaciones sociales eran determinadas por las necesidades nutricionales y como estas mantenían unidos a los miembros de un grupo.

La satisfacción de las necesidades humanas era un tema apropiado para la aplicación del paradigma funcionalista de base biológica, característico de algunos enunciados generales de Malinowski. Pero Richards no se interesaba solamente por la nutrición, ya que si bien se orientó hacia el proceso de consumo en sí mismo, abordó también el contexto social y psicológico del alimento, su producción, preparación, y la manera en que estos procesos se vinculaban al ciclo vital, a las relaciones interpersonales y a la estructura de los grupos sociales, así como al problema del alimento como símbolo. Para Richards, la producción de comida y sus reglas de distribución eran elementos centrales de la estructura social.

Otro teórico destacado por su interés en la comida, es Claude Lévi-Strauss, que si bien se hizo conocer por el análisis de las instituciones concernientes al sexo, también prestó atención a la temática de la cocina como otro elemento básico de los grupos humanos. En su estudio de rasgos culinarios buscó una homología entre las estructuras profundas de la mente humana y la saciedad. Sus nociones de "crudo" y "cocido" desempeñan un papel central, utilizando el campo de la cocina para demostrar la validez de un enfoque basado en el binarismo lingüístico (Goody, J.: 1995). La aplicación de este enfoque lingüístico a la cocina como forma de reconocer rasgos distintivos y contrastarlos, con una intención claramente comparativa en un nivel abstracto, marca la centralidad que cobra lo culinario como objeto de estudio de la antropología. Los límites del planteo levistraussiano por sobreestimar la unidad de "culturas" dejó fuera de sus análisis "las relaciones entre consumo, producción y orden socioeconómico" y las aspectos de "la cultura vinculados con las diferencias sociales e individuales" (Goody, J: 1995:45).

Otra contribución que también importa citar es la de Mary Douglas, quién se interesó principalmente por los aspectos simbólicos del alimento. Planteé descifrarlo como un código que expresa relaciones sociales. En la introducción a "Pureza y Peligro" en 1966 afirma: "algunas contaminaciones se emplean como analogías para expresar una visión general del orden social... Creo que muchas ideas acerca de los peligros sexuales se comprenden mejor si se interpretan como símbolos de la relación entre las partes de una sociedad, como configuraciones que reflejan la jerarquía o la simetría que se aplican en un sistema social más amplio. Lo que vale para la contaminación sexual, vale igualmente para la contaminación corporal. Los dos sexos pueden servir como modelo para la colaboración o la diferenciación de las unidades sociales. De igual modo, los procesos de ingestión de alimentos pueden también retratar la absorción política".

Con similar enfoque Marshall Sahlins en "Cultura y Razón Práctica" de 1976, sostiene que la comunicación y el intercambio de significados es la esencia del consumo, rechazando explicaciones derivadas de la interacción con fenómenos sociales y biológicos.

Todos estos aportes adolecen de priorizar ciertos aspectos sobre otros con la pretensión implícita de autonomizar los factores sociales. Goody, J.(1995) cree que este aislamiento conceptual está asociado con la intencionalidad de construir campos disciplinares independientes, descuidando en todos estos desarrollos la contextualidad histórica y espacial de la alimentación.

Dentro de nuevos y diferentes esfuerzos para restituir a la alimentación sus conexiones con otros ámbitos se destaca Marvin Harris que ofrece un punto de vista totalmente diferente al propuesto por Mary Douglas, postulando que las reglas dietéticas de las grandes religiones indican, no una cuestión simbólica acerca de las configuraciones sociales, sino una respuesta cultural adaptativa a las condiciones ecológicas de esas sociedades. Si para Douglas, la religión explica la dieta y, a través de ella, esa misma religión condicionaría la ecología, Harris sostiene que determinados actos y creencias religiosas constituirían respuestas a condiciones ecológicas determinadas y, así los tabúes sobre la ingestión de carne animal, contenidos en muchas religiones y la simultánea preeminencia de la agricultura, serían el resultado del aumento progresivo de los costos energéticos de la carne animal. Frente a la diversidad de hábitos alimentarios Harris responde que existen "buenas y suficientes razones prácticas" (Harris, M.:1989:12) para que la gente elija sus alimentos. Todo su esfuerzo estará orientado a polemizar con aquellos que sostienen que los hábitos alimentarios son producto de la casualidad o expresiones de mensajes derivados de valores arbitrarios o de creencias religiosas inexplicables. No niega que los alimentos puedan transmitir mensajes o posean significados simbólicos, pero esto sería posterior a la elección que un grupo hace, basándose en razones prácticas. de allí que se discrimine entre "bueno para comer" y "bueno para pensar" y critique a Levi-Strauss por priorizar esto último.

Según su propuesta explicativa el hombre elige sus alimentos a partir de una relación de costos y beneficios prácticos más favorables que presentan los alimentos; relación fundada en primera instancia en las ventajas nutricionales (energía, proteínas, vitaminas y minerales) que brindan los alimentos para el mantenimiento de una vida saludable. Esta relación, tal como él la presenta, está generalmente modificada o alterada por razones ecológicas. Esto convierte sus explicaciones en una búsqueda incesante de factores ecológicos que puedan dar cuenta de las preferencias y evitaciones de alimentos para el mantenimiento de la vida del grupo en su hábitat .

Se pueden aceptar de Harris el esfuerzo que hace por la defensa racional de las elecciones alimentarias, el pormenorizado análisis de las tradiciones históricas y el inteligente tratamiento de los factores biológicos y ecológicos, pero a condición de que sean parte de argumentaciones más amplias, que incluyan una mediación de construcción entre lo biológico y lo simbólico y un mayor reconocimiento de las diferencias en las sociedades complejas, tal como él mismo lo recomienda, cuando dice: " Las preferencias y aversiones dietéticas surgen a partir de relaciones favorables de costes y beneficios prácticos; pero no afirmo que la relación favorable sea compartida de forma equitativa por todos los miembros de la sociedad... en aquellas sociedades en las que existen clases y castas, la ventaja práctica de un grupo puede ser la desventaja práctica de otro...Todo esto quiere decir que no es fácil calcular los costes y beneficios que subyacen a las preferencias y evitaciones alimentarias. Se debe insertar cada producto alimenticio desconcertante en el marco de un sistema global de producción alimentaria, distinguir entre las consecuencias a corto y a largo plazo, y no olvidar que los alimentos no son sólo fuente de nutrición para la mayoría, sino también de riqueza y poder para una minoría"(1989:15).

A pesar de lo disímil o aparentemente contradictorias propuestas, tanto en el aspecto simbólico, sostenido a ultranza por el estructuralista americano Marshall Sahlins, como el aspecto instrumental y ecológico sostenido por Harris, son importantes para la conformación del campo problemático de la alimentación. Como sostiene Sidney Mintz: "...Sahlins imputa cierta medida de irracionalidad a

la conducta humana, y ... Harris le imputa cierta medida de racionalidad. Puede decirse que los dos tienen en parte razón y que en parte están equivocados (Mintz, S.; 1999: 12). Ambas dimensiones constituyen necesariamente parte del proceso alimentario y obligan a una complejidad que está lejos de satisfacer una elección alternativa. La expresión de sistemas simbólicos a través de la comida, el condicionamiento ecológico y la determinación económico-política del alimento en su obtención, preparación, distribución y consumo son aspectos que deben ser analizados en forma conjunta, si se pretende abordar el proceso alimentario (Mintz, S.; 1996).

La perspectiva ecológica presentada por Jerome, Kandel y Peltó en "Nutritional Anthropology" en 1980, intenta hacerlo planteando el estudio de la alimentación considerando el hombre, como un ser inteligente, tecnológicamente equipado y culturalmente condicionado como actor biológico, viviendo en sistemas abiertos con otras unidades del ambiente. De este modo el tratamiento de la alimentación incluiría la transferencia de energía entre los componentes de un ecosistema, los condicionamientos ecológicos que inciden en los requerimientos nutricionales y su relación con los problemas de salud. La aparente contribución de este enfoque radica en su insistencia por relacionar los factores biológicos y culturales en un mismo nivel de análisis. Así, un estudio sobre la desnutrición infantil en los países subdesarrollados incluiría la estructura familiar, las técnicas de crianza, las comidas principales, las técnicas de cultivo, los niveles de infección parasitaria crónica, de educación y de ingreso, como factores de igual magnitud. En forma similar estudiar los niveles epidémicos de obesidad en los países desarrollados dentro de una matriz que incluyera los niveles de colesterol, cócteles, stress, estilos de vida sedentarios y las técnicas propagandísticas de consumo (Jerome, Kandel & Peltó; 1980). Sin embargo esta multiplicidad de factores estudiados difícilmente contribuyen a la construcción de la alimentación como objeto integral y complejo sujeto a condicionamientos y determinaciones sociales.

Un punto importante en la teoría ecológica es que la experiencia humana no es sólo biocultural sino evolutiva. Esto significa que las transferencias ambientales eventualmente producen transformaciones cuando se llega al límite de la supervivencia tanto biológica como cultural. Así, la dieta juega un papel crucial en la evolución biológica, sustentando nuestro hábito omnívoro, nuestros 8 aminoácidos esenciales y la tolerancia a la lactosa y la sal en las diferentes poblaciones (Contreras, J.; 1996). Esta perspectiva diacrónica permitió el estudio de las relaciones entre los cambios en la producción de alimentos que ha precipitado un rápido aumento poblacional, y la creciente complejidad en los sistemas de organización social requerida. Ha mostrado que, las transformaciones entre lo cultural y lo ambiental, pese a ser un proceso susceptible a modificarse por la voluntad humana, nos ha sacado irreversiblemente de nuestro pasado de cazadores y recolectores y lanzado hacia las sociedades complejas (Cordón, F.; 1981).

En las últimas décadas se han realizado una cantidad de estudios en las sociedades complejas que han consistido en el análisis detallado, según diversos modelos teóricos, de la organización de la producción alimentaria en diferentes sociedades y de sus transformaciones a través del tiempo (Jerome, N. et al.; 1980; Ainsworth Harrison, G. et al; 1988).

Cabe destacar también las contribuciones que la antropología nutricional o alimentaria ha hecho en el área de la salud, desde el estudio de las relaciones de los procesos socioculturales con la nutrición, los enfoques de la epidemiología social, los análisis simbólicos, los estudios acerca de los sistemas de cuidados de salud, la evaluación de programas de atención, etc; incorporando

perspectivas tanto micro como macrosociales, unidisciplinarias, pluri e interdisciplinarias (Pelto, G.; 1988; Fischler, C. y De Garine, I.; 1988; Scrimshaw, S. y Hurtado, E.; 1988).

Los planteos acerca de la alimentación postulan una mayor complejidad y una multiplicidad de relaciones sociales que suponen el estudio de la cultura, en su sentido más amplio, incluyendo tanto el aspecto técnico-económico-ambiental, como la estructura económico-social y la ideología. Sin olvidar que el hombre biológico y el social o cultural, están "estrechamente ligados y recíprocamente implicados" (Contreras, J. 1993). El interés en aspectos tales como la identidad sociocultural proporcionada por la comida en el marco de los movimientos migratorios (Kaplan, G. y Carrasco Pons, 1999), la publicidad alimentaria, la integración social, los cambios en la producción y el consumo, la intervención sociosanitaria, demuestran la gran potencialidad de la investigación en este campo (Carrasco Pons, S. 1997).

Los estudios antropológicos no sólo han consolidados sus aportes acerca de los momentos de la producción y el consumo del proceso alimentario y de sus efectos o resultados, sino también del momento de la circulación, del intercambio y donación de bienes alimentarios. Actualmente recobran interés los estudios de Malinowsky en el año 1922, acerca del tipo de relaciones reguladas y permanentes que se estructuraba en el kula entre culturas diferenciadas y las consideraciones de Mauss acerca las donaciones como conjuntos de derechos y deberes recíprocos que mantienen lazos espirituales, que crean uniones indisolubles entre los que intercambian, promoviendo la estabilidad en las relaciones y la redistribución de bienes alimentarios.

Temática recuperada por Godelier (1998) en un intento por profundizar el proceso mismo de la donación en la actualidad, al igual que Godbaut J. (1997), quien plantea su vigencia dentro de la familia y en las relaciones con el Estado y el Mercado, contribuyendo a la comprensión del alimento en los procesos de reproducción social.

Alimentación/Nutrición

La Antropología tiene una extensa tradición en el estudio de la alimentación y los sistemas alimentarios, cuyas diferencias dan cuenta de la historia en la búsqueda de alimentos, el proceso de selección y la adopción por parte de los grupos, que hacen del alimento una forma especial de apropiarse del mundo y otorgarle identidad. Como sostienen dos expertos en antropología nutricional: "Sin el beneficio de las ciencias nutricionales, las sociedades humanas han desarrollado una variedad de estrategias para proveer a sus miembros con alimentos. La amplia variedad en las culturas contemporáneas e históricas es función de los determinantes culturales y ecológicos del sistema alimentario humano, junto con las características fisiológicas y genéticas de nuestra especie" (Pelto, P. and Pelto, G. 1988; 175).

De acuerdo a lo que dije al principio, la identidad disciplinar de las contribuciones se verifican en los campos de aplicación de las mismas y en el caso de la alimentación y la salud deberíamos atender a las características de las concepciones del alimento que se han ido estructurando en el campo del saber y la práctica médica.

En este campo somos herederos de visiones producidas por la revolución científica de los siglos XVI y XVII, que modificaran la imagen de la naturaleza que tenía el hombre de ese tiempo. Con el advenimiento de la máquina de vapor y su poderío en la producción y el trabajo surgieron nuevas

interpretaciones del mundo, que lo mostraron como materia manejable y explotable. La metáfora de la máquina se deslizó hacia la concepción del hombre, traduciéndolo como una estructura mecánica (Easlea, B. 1981).

La concepción del recurso nutricional se cristalizó en su propio discurso, se dejó de nombrar el cuerpo, y su alimento, se comenzó a hablar de la máquina y su combustible, de los gastos energéticos y del valor calórico de los nutrientes. La comida se transformó en una dieta o ingesta y se hicieron esfuerzos por universalizarla y cuantificarla (Garrote, N.;1987).

La adecuación de la dieta comenzó a ser evaluada de acuerdo a los requerimientos del metabolismo basal, la acción dinámica específica y el trabajo y convertida en raciones calóricas determinadas mediante tablas patrones (Martone, F. 1972).

Este modelo, propio de las llamadas "ciencias duras", fue la carta de ciudadanía científica del alimento; hizo de la comida una dieta calculada, medida y prescrita universalmente para todos los "bien alimentados" del mundo (c.f.r. Esteva G.,1988:127).

Muchos antropólogos y científicos sociales se ocuparon de cuestionar la validez universal de los principios de normalidad, reivindicando los recursos alimentarios y culturales y las condiciones de vida de las poblaciones no modernas ni occidentales en cuanto a los resultados sanitarios obtenidos (c.f.r. Paul, B., 1977:233; asimismo, c.f.r. Cassel, J., 1977:236 y c.f.r. Dubos, R., 1977:31). Sin embargo el desarrollo de las ciencias médicas y en forma paralela y subsidiaria de las ciencias de la nutrición iniciado por Lavoisier, expresa el proceso de medicalización (Conrad, P. & Schneider, J.; 1985) de la alimentación. El surgimiento de los saberes nutricionales se produce junto al fortalecimiento de la ciencia positiva, quedando el alimento instituido en el campo del saber y la práctica médicos, heredando así la espectacularidad de sus descubrimientos (Lowenberg et al,1970: 35), pero ceñido a las limitaciones medicalizadoras del modelo: la biologización y patologización de la alimentación (Menéndez, E. 1981).

El complejo fenómeno de la alimentación quedó reducido al concepto médico-biológico de nutrición. Lo alimentario se organizó bajo el eje nutrición/malnutrición desarrollándose los conocimientos acerca de una multiplicidad de patologías relacionadas con el déficit de nutrientes (Meneguello, J.;1988). De las producidas por carencias, la desnutrición proteico calórica se constituyó, en el campo alimentario, en un enigma (Kuhn, 1. 1985) relevante. La incumplida "profecía" de Malthus (Harris, M., 1996:152) y la resolución de la crisis de los años 30 después de la segunda guerra mundial, con la "revolución verde", marcan de alguna manera la entrada de los economistas y los demógrafos al campo alimentario reforzando junto al concepto de enfermedad, el de la escasez (Moore Lappé, F. y Collins, J. 1982).

El creciente poder del capitalismo, especialmente el norteamericano y su expansión, exigió aumentar la producción a nivel mundial. Grandes extensiones cultivables se robaron a los sembrados tradicionales para el mercado; se introdujeron tecnologías de los países centrales, fortaleciendo la dependencia y mejorando sus ventajas en el comercio (Freyre, P.;1 973); se probaron los claros inutilizando regiones enteras, se pagaron las cosechas con un circulante para adquirir alimentos sustitutivos baratos (Weiss, A.; 1980) y de escaso valor nutritivo.

El tema del hambre invadió todo el campo alimentario y se fue consolidando una versión individualista de su responsabilidad; Scott J. calculaba que la mitad de la población del planeta sufría hambre y consideraba que las hambrunas eran tragedias innecesarias "... manifestaciones de

mala administración de su medio por el hombre", posibles de solucionar con tecnología y educación (1971:13). Lovvenberg decía que "La causa es sencilla: falta de alimentos suficientes y para resolverlo proponía tres recursos: aumentar la producción de alimentos y regular la explosión demográfica, motivar a la población para que cambie y proporcionar recursos suficientes para comprar alimentos"(1970:182).

A pesar de que el análisis histórico muestra claramente una situación de reparto desigual, algunos expertos en nutrición respondían "el hambre es producto de técnicas agrícolas atrasadas... pero también es menester aumentar la educación del pueblo" (Martone, F.; 1972:9). Sin problematizar la distribución y circulación del alimento, fundó su perspectiva general de solución en la capacidad familiar, ya sea productiva o educativa, cuyos miembros presentaran carencias nutricionales.

La historia ha mostrado que el increíble aumento de la productividad alimentaria a nivel mundial ha sido acompañado de la falta de alimentos en vastas regiones del planeta; que persisten y aumentan las enfermedades debido a la malnutrición pese al avance inusitado del conocimiento y la tecnología médicos (c.fr. Moore Lappe, F. y Collins, J. 1982). El magistral estudio que propone McKeown acerca de los orígenes de las enfermedades humanas se orienta en ese sentido, revelando el papel que tuvo el mejoramiento de las condiciones de vida, y dentro de ellas la mejora de la nutrición, para explicar el descenso de las enfermedades infecciosas (1990) restringiendo de hecho el papel de la intervención médica (1982).

La clínica y especialmente la pediatría, se ocuparon de normatizar el crecimiento y desarrollo de los seres humanos en aras de resolver este problema. Sin asumir sus limitaciones se han adjudicado el poder de prescribir su solución resaltando la educación de la población como factor principal de su causación y por ende de su solución (Meneguello, J., 1988; Cedrato, A. et al 1992; Nelson, W., 1989).

"En otras palabras, se oficializa.. la transferencia hacia el ámbito de la medicina de problemas cuya determinación - y en consecuencia, su electiva solución- extrapolan, claramente, el campo de la medicina" (Barros, J. A., 1984:27).

La inclusión en este campo de los conceptos de hábitos y cultura, ha servido, generalmente, para justificar la malnutrición o enmascarar el "mal" desempeño de las madres o su falta de dedicación al niño:

"Dentro de la etiología multifactorial del síndrome, los aspectos culturales, económicos, sociales y psicoafectivos son considerados por todos como los determinantes de la desnutrición primaria, ya que existe un niño, y existe una madre que lo debe alimentar, y para ello ha de contar con los medios indispensables para tener acceso a los nutrientes, reconociendo por un proceso de enseñanza-aprendizaje lo vital de su suministro, y **fundamentalmente**, debe **querer** al niño en la medida suficiente como para concebir lo trascendental de su actitud" (Cedrato, A. et al 1992; 90). (Lo destacada es de la autora).

Conclusiones

Lo alimentario, en su aspecto sociocultural, es pensado, en la concepción médica tradicional, como factor externo o ambiental que "trastorna" (Nelson, W. 1989: 144) o "perturba" (Cedrato, A. 1992:53) la normal fisiología del organismo y carece de un reconocimiento, más allá de fundar,

etnocéntricamente (Scheper-Hughes, N. 1993: 340-444), la necesidad de una "buena" prescripción. Dentro del campo alimentario la problemática se vio limitada a la cuestión de la incapacidad productiva y a la enfermedad carencial, y se proclamó la urgencia de su resolución económica y/o educativa. Quedó así obturado un tratamiento más comprensivo de la cuestión, ignorando en ambos casos la complejidad del campo alimentario

-nutricional y en especial el carácter sociocultural de sus fenómenos y sus determinaciones económico-políticas. La atención de los problemas alimentarios y particularmente, de la alimentación infantil, se constituyó en una práctica "sistemáticamente" prescriptiva, y por ende "colonizadora", como bien dice Habermas (1990) del mundo de la vida. Estas prácticas son el resultado, como dije anteriormente, del desarrollo histórico dentro del campo y devienen del carácter biológico, individual, patológico, ahistórico y asocial del Modelo Médico Hegemónico (Menendez, E. 1981).

Esta actitud prescriptiva es reconocida e incluso, preocupa a los actores del campo, por las sucesivas y contradictorias modificaciones que han sufrido, "La alimentación del lactante ha atravesado por cambios profundos... en la década de 1960 se indicaban semisólidos a partir del mes de vida., en épocas más recientes... los lactantes recibían como único alimento la leche de madre hasta el año de edad... basado en el principio aristotélico: "hay un motivo detrás de cada fenómeno de la naturaleza", pensamiento que implica que cada especie de mamífero tiene una composición de leche propia, que es la que su cría necesita para alcanzar una velocidad de crecimiento normal (Cedrato, A. y Koltan, A. 1992: 70-71).

La consolidación de estas prácticas prescriptivas, centradas en el conocimiento médico y/o nutricional provocaron un desinterés por la diversidad de las normativas dietéticas y apuntaron a su aceptación por parte de las poblaciones atendidas. De allí que la aceptación y correcta aplicación de las recomendaciones se haya transformado en el problema prioritario del campo nutricional.

Acerca de esta cuestión, interesa recordar a Mead M., cuando sostenía:

"... en la ciencia de la alimentación y la nutrición los hechos han parecido excesivamente simples: se trataría de obtener cantidades suficientemente grandes de los alimentos adecuados, distribuidos entre la población que los necesita, enseñarles a dejar de comer los alimentos dañinos y comenzar a comer los beneficiosos. Llenar la brecha entre los métodos tradicionales y no planificados por los cuales las sociedades humanas se alimentaron y las formas de producción de alimentos, distribución y consumo que reflejaría el presente conocimiento técnico sobre el alimento y la nutrición, ha sido simplemente juzgado como un cambio de la forma "errónea, esto es precientífica de hacerlas cosas, al modo "correcto" o por lo general aceptado y científico de efectuarlas" (1971: 98).

La crisis de eficacia y costos, los cambios del perfil epidemiológico, las nuevas concepciones de la medicina social, la interdisciplina y la postulación de la Atención Primaria de la Salud (APS) como única opción viable de principio del milenio, ha reabierto la necesaria participación de la antropología en las problemáticas alimentarias.

Después de 20 años de trabajar en ellas, desde la investigación en poblaciones subalternas (Rosario y La Plata), la formación de recursos humanos en salud (Facultad de Ciencias Médicas UNR y Postgrado de la UN de San Juan) y la atención en hospitales y Centros de APS (Rosario, La Plata, San Martín de Los Andes y Puerto San Martín) creo, que nos debemos, disciplinaria e interdisciplinariamente, una amplia discusión en el campo alimentario acerca del proceso de salud -

enfermedad - alimentación.

En este sentido considero necesario construir un espacio de reflexión que problematice la alimentación y la nutrición como "núcleos claves de la vida social"... "definiendo su carácter social como globalidad" reconociendo... "las especificidades entre procesos "psicológicos" y "biológicos"... "los procesos de construcción social" y "los procesos socioeconómicos y políticas histórico-concretos"; que considere "las relaciones de poder", las disputas en el campo y el análisis de nuestra propia práctica; que prevea "niveles de intervención de los sujetos de estudio" y consolide nuestras producciones desde lo macro y lo micro, lo cuali y cuantitativo, etc. (Grinberg, M., 1995: 40-47).

Bibliografía general

- Ainsworth Harrison, G et al "Carencia Alimentaria. Una Perspectiva Antropológica". Serbal UNESCO, 1988.
- Barros, J. A. "Medicalización y Salud". Cuadernos Médicos Sociales N° 28. Rosario, Argentina, 1984.
- Carrasco i Pons, S. "Reflexiones de partida para el estudio sociocultural de la alimentación y su desarrollo en España". En Antropología y Práctica Médica. Comp- Marcelo Alvarez. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires, 1997.
- Cassel, J. "Social and Cultural Implications of food and food habits". In Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology. Comp-Davida Landy. Macmillan Publishing Co. Inc. New York, 1977.
- Cedrato, A. et al "Pediatria". El Ateneo Editorial, Buenos Aires, 1992.
- Conrad, P. y Schnneider, J. "Deviance and Medicalization. From badness to sickness". Merril Publishing Company Columbus. Ohio, 1985.
- Contreras, J. "Antropología de la Alimentación". EUDEMA S. A. Madrid, 1993.
- Cordan, F. "Cocinar hizo al Hombre". Tusquets editores. Barcelona, 1981.
- Douglas, M. "Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de Contaminación y Tabú". Ed. Siglo XXI. Madrid, 1973.
- Dubos, R. "Determinants of Health and Disease". In Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology. Comp- Davida Landy. Macmillan Publishing Co. Inc. New York, 1977.
- Easlea, B. "La Liberación Social y los Objetivos de las Ciencias Humanas". Edición Siglo XXI. Madrid, 1981.
- Esteva, G. "Detener la ayuda y el desarrollo: una respuesta al hambre". En Carencia Alimentaria. Una Perspectiva Antropológica. Serbal - UNESCO, 1988.
- Fischler, C. y de Garine, I. "Ciencias Humanas y Alimentación: tendencias actuales de la investigación europea". En Carencia Alimentaria. Una Perspectiva Antropológica. Serbal - UNESCO, 1988.
- Freyre, P. "¿Extensión o Comunicación?. La concientización del medio rural". Ediciones Siglo XXI, 1973.
- Garrote, N. "Una propuesta para el estudio de la alimentación: las estrategias alimentarias". En Antropología y Práctica Médica. Comp. Marcelo Alvarez. Instituto Nacional de Antropología y

Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires, 1997.

- Godelier, M. "El enigma del don". Ed. Paidós. 1ra. edición en español. Buenos Aires, 1998.

- Godbout, J. "El Espíritu del Don". En colaboración con Alain Caille. Siglo XXI Editores. Madrid, 1997.

- Goody, J. "Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada". Editorial Gedisa. Barcelona, 1995.

- Grimberg, M. "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en Antropología y Salud". En Cultura, Salud y Enfermedad. Temas de Antropología Médica. Comp. M. Alvarez y V. Barreda. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires, 1995.

- Habermas, J. "Teoría de la Acción Comunicativa II. Crítica a la razón funcionalista". Ediciones Taurus. Buenos Aires, 1990.

- Harris, M. "Vacas. Cerdos, Guerras y Brujas". Los enigmas de la Cultura. Alianza Editorial. Madrid, 1989.

- Harris, M. "Bueno para Comer". Alianza Editorial, 1989.

- Harris, M. "Antropología Cultural". Alianza Editorial. Madrid, 1996.

- Jerome, N.; Pelta, G. & Kandel, R. "An Ecological Approach to Nutritional Anthropology" in Nutritional Anthropology. Contemporary Approaches to Diet & Culture. Redgrave Publishing Company. New York, 1980.

- Kaplan, A. y Carrasco, S. "Migración, Cultura y Alimentación. Cambios y continuidades en la organización alimentaria, de Gambia a Cataluña". Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 1999.

- Kuhn, T. "La estructura de las revoluciones científicas". Fondo de Cultura Económica. Mexico, 1985.

- Lowenberg, M. et al "Los Alimentos y el hombre". Ediciones Limusa. Mexico, 1970.

- Malinawski, E. "Los Argonautas del Pacífico Occidental. Comercio y aventura entre los indígenas de la Nueva Guinea Melanésica". Editorial Península. Barcelona, 1995.

- Martone, F. "Alimentación. Ciencia de la Nutrición". Ediciones Macchi. Buenos Aires, 1972.

- Mauss, M. "Ensayo sobre los Dones. Razón y Forma del Cambio en las Sociedades Primitivas". En Sociología y Antropología. Tecnos, Madrid, 1971.

- McKeown, T. "Los Orígenes de la Enfermedades Humanas". Editorial Crítica. Barcelona, 1990.

- Mead, M. "Contextos Culturales de las pautas de nutrición". En La antropología y el mundo contemporáneo. Siglo XX. Buenos Aires, 1971.

- Meneghello, J. et al "Pediatria". 3ra. Edición. Vol. N°1. Publicaciones Técnica Mediterráneas. Santiago de Chile, 1988.

- Menéndez, E. "Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la Enfermedad en Yucatán". Ed. de la Casa Chata N° 13, Mexico, 1981.

- Messer, E. "Anthropological Perspective on Diet". Ann. Rev. Anthropology, 1984.

- Mintz, S. "La comida como un campo de combate ideológico". Edición a cargo de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español. Conferencia del VIII Congreso de Antropología. Santiago de Compostela, 1999.

- Moore Lappé, F. y Collins, J. "Comer es Primero. Más allá del Mito de la Escasez". Ediciones

Siglo XXI. Mexico, 1982.

- Nelson, W. "Tratado de Pediatría". Vol. N° 1. R. Behrman, V. Vaughan. Senior Editor Waldo Nelson. 13° Edición. Interamericana S. A. Mexico, 1989.

- Paul, B. "The role of beliefs and Customs in Sanitation Programs". In Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology. Comp - Davida Landy. Macmillan Publishing Co. Inc. New York, 1977.

- Peltó, G. "Tendencias de la Antropología Nutricional". En Ciencia Alimentaria. Una Perspectiva Antropológica. Serbal-UNESCO, 1988.

- Richards, A. "Hunger and Work in a savage Tribe: a functional study of nutrition among the southern bantu". The Free Press, Glencoe, Illinois. USA. First American Edition, 1948.

- Sahlins, M. "Cultura y Razón Práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica". Editorial Gedisa. Barcelona, 1997.

- Scheper Hughes, N. "Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil". University of California Press. USA, 1993.

- Scott, J. "Hambre. La lucha del hombre por su alimento". Editores Asociados. S. de R. L. Mexico, 1971.

- Scrimshaw, S. y Hurtado E. "Procedimientos de Asesoría Rápida para Programas de Nutrición y Atención Primaria de la Salud. Enfoques Antropológicos para mejorar la Efectividad de los Programas". Centro de Estudios Latinoamericanos de UCLA. California, 1988.

- Weiss, B. "Nutritional Adaptation and Cultural Maladaptation: An Evolutionary View". En Nutritional Anthropology. Redgrave Publishing Co. New York, 1980.

Diabetes: una forma alternativa de tratamiento en el Hospital I. Carrasco*

Bartolomeo, Mirta** ; Blanco, Carlos***

Introducción

La diabetes es una de las enfermedades mejor y más ampliamente documentada en la historia de la medicina. El término diabetes, que en griego significa "Correr a través", fue introducido por Aretaus de Capadocia en el siglo II A. C., a quien se le debe también una descripción precisa de la enfermedad: "la Diabetes es una delicada enfermedad en la cual las carnes se funden por la orina..., los pacientes no paran de beber..., su vida es corta y dolorosa..., padecen náuseas, inquietud, sed ardiente y no tardan mucho en expirar".

Constituye una de las enfermedades más frecuentes en la clínica médica. Afecta alrededor del 5% de la población de EE.UU. y Europa, predominando ligeramente en las mujeres, en una relación aproximada de 1,2 a 1. En las últimas

décadas se ha producido un aumento importante de las personas enfermas de diabetes, como consecuencia de un envejecimiento global de la población, aumento de la obesidad, aumento del consumo de azúcares refinados y la mayor esperanza de vida del diabético (1).

En Argentina diversos estudios permiten estimar que cerca del 6 % de la población general está afectado por diabetes, proporción que se reduciría a la mitad de considerar las personas con diagnóstico confirmado. Por otra parte, alrededor del 30 % de los que conocen su enfermedad no sigue ningún tipo de tratamiento y el 66% posee un control metabólico pobre (2), lo que hace presumible una alta prevalencia de complicaciones crónicas de la enfermedad.

La diabetes es causa del 48 % de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, del 15 % de los infartos de miocardio agudo y es responsable del 13 % de los pacientes que requieren tratamiento renal sustitutivo. Es, además, la primera causa de ceguera no traumática del adulto y ocupa un lugar importante como causa de accidentes cerebrovasculares.

La aparición de complicaciones crónicas y agudas, un rasgo típico de esta enfermedad, conduce a un aumento significativo del ausentismo laboral y ubica a la enfermedad dentro de las primeras causas de jubilaciones prematuras por discapacidad. Según una publicación mexicana (3), la diabetes tipo II es la principal causa de incapacidad prematura y la tercera causa de muerte en mayores de 40 años.

Para el propio paciente diabético, el sufrir los avatares que le origina ser enfermo de un mal crónico

* Proyecto elaborado en el marco de los Cursos de Introducción a la Metodología Científica que desarrolla el Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública. Contó con la asesoría y participación de la Est. Zulema C. Torres de Quinteros y de la Lic. Laura Gutiérrez.

* * Bioquímica, Subjefa Laboratorio Hospital I. Carrasco.

* ** Lic. en Producción de Bio-imágenes. Servicio de Radiología, Hospital I. Carrasco.

que le produce un desgaste físico, psíquico y económico, conduce a menudo la interrupción y hasta el abandono del tratamiento.

En consecuencia, la diabetes tiene un elevado costo social derivado de sus complicaciones y frecuente asociación a factores de riesgo. Al respecto, los costos comparativos de atención muestran que toda inversión destinada a mejorar la atención y prevenir las complicaciones tiende a optimizar la relación costo-beneficio (4).

Desde una perspectiva asistencial, la diabetes es responsable de la ocupación de alrededor del 8 % de las camas de los hospitales públicos, obligando a estadías más prolongadas y costosas que las de pacientes con otras patologías (5).

La enfermedad

Como proceso mórbido, la Diabetes puede definirse como un trastorno crónico, etiológicamente multifactorial, en el que estarían implicados una base genética, un determinado tipo de respuesta inmunitaria y quizá, en algunos casos, un agente infeccioso externo (virus). Se caracteriza por dos tipos de manifestaciones:

- Un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia y alteraciones del metabolismo de los lípidos y las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo de la acción de la insulina.
- Un síndrome vascular que puede ser macro o microangiopático y que afecta a todos los órganos, pero en particular al corazón, la circulación cerebral, los riñones y la retina.

Las formas de presentación de la diabetes son muy variadas y pueden oscilar desde un coma cetónico a una glucosuria asintomática descubierta en un examen de rutina. Otros síntomas de presentación frecuente son también astenia, marcada pérdida de peso, falta de cicatrización de las heridas, como así también la predisposición a las infecciones.

El consumo de azúcares refinados, el sedentarismo, la multiparidad y quizás el estrés podrían considerarse factores etiológicos ambientales implicados en la presentación de la diabetes. En ese sentido, se ha observado una mayor incidencia de diabetes entre personas de una misma raza cuando residen en áreas urbanas, entre individuos obesos, una mayor ocurrencia de alteraciones hidrocarbonadas entre mujeres multíparas, etc.

La diabetes incluye diversas formas clínicas:

Diabetes tipo I (insulina-dependiente), Diabetes tipo II (no insulina-dependiente) y Diabetes Gestacional, que implican modalidades de intervención singulares.

El tratamiento

Por ser una enfermedad que compromete la totalidad del organismo, el tratamiento de la diabetes requiere, más que cualquier otra afección crónica, un abordaje multidisciplinario, trascendiendo a la clínica, articulando las intervenciones de los oftalmólogos, cardiólogos, nefrólogos, obstetras, la colaboración del laboratorio y la aplicación de algunas técnicas modernas no invasivas para su diagnóstico, control y seguimiento de la enfermedad y prevención de sus complicaciones.

Los objetivos del tratamiento deben orientarse a:

- Corregir el trastorno metabólico para que la situación se aproxime lo máximo posible a la fisiología normal.
- Prevenir o retrasar la aparición de complicaciones.
- Conseguir una buena adaptación psicológica a las limitaciones impuestas por la enfermedad.

Bajo una perspectiva más integral, el tratamiento debiera incluir además una regulada actividad física y educación, a favor de una más rápida estabilización del proceso mórbido y así prevenir el deterioro que provoca la enfermedad.

La atención en el Hospital "I. carrasco" (HIC)

Este efector de salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, cuenta con atención médica en distintas especialidades de la medicina por medio de consultorios externos y servicios de internación.

Los consultorios externos son utilizados por un vasto sector poblacional generando una demanda anual aproximada de 100.000 consultas por diversas patologías, entre ellas diabetes, que significa el 2,5% del total de consultas.

Junto con la Guardia Médica de Urgencias, los servicios que ofrecen atención médica para el paciente diabético son el de Clínica Médica (SCM) y el Centro de Atención al Diabético (CAD), ambos bajo diferentes modalidades de intervención.

Las prácticas asistenciales en el SCM pueden encuadrarse en un modelo de corte tradicional, predominando un enfoque hacia el individuo como ente aislado, que busca las causas de la enfermedad en los niveles fisicoquímico y biológicos y que actúa, en consecuencia, sobre las manifestaciones biológicas, signos y síntomas de la misma [\(6\)](#).

Los pacientes son tratados por médicos clínicos, para quienes la diabetes es una más de las tantas enfermedades a la que deben dar respuesta.

No hay un programa estandarizado de acciones complementarias, éstas dependen básicamente del criterio del médico tratante en relación con el estado del paciente. En general, se prescribe el tratamiento, se indican medidas de profilaxis, citando al paciente según criterio o gravedad de la enfermedad. Cuando se requieren derivaciones a otros especialistas, en muchos casos no existe un trabajo conjunto entre las diferentes profesionales intervinientes. En relación con el tratamiento prescrito, no siempre son consideradas las condiciones socioculturales-económicas del paciente, que pueden interferir en su cumplimiento, atribuyendo al paciente la condición de responsable de su enfermedad y por ende del tratamiento y control de la misma.

Bajo esta modalidad asistencial operan, además, las dificultades institucionales propias de un hospital público (falta de turnos para las interconsultas por el cúmulo de derivaciones de otras especialidades y efectores, la no-disponibilidad de la medicación indicada, retrasos de los horarios otorgados para estudios complementarios, etc.) y extrainstitucionales, como la imposibilidad de cumplir con la dieta indicada, incompatibilidad con los horarios laborales de las pacientes para acudir a la consulta, etc.

Finalmente, al no ser un servicio especializado, no dispone de un registro único de pacientes diabéticos que permita monitorear el proceso de atención y el resultado de los tratamientos aplicados.

Una forma alternativa de atención la constituye la del CAD, que comenzó sus actividades en marzo de 1996. Partiendo de una concepción más amplia de salud-enfermedad, en lo que refiere a diabetes reconoce que tanto la producción de la enfermedad como las posibilidades de su control se sustentan y son el resultado de una integralidad bio-psico-social del individuo que la padece. Conjuntamente con el tratamiento médico, atendiendo a manifestaciones biológicas y físicas del problema, el programa implementado por el CAD pone su énfasis en lo preventivo, a través del apoyo psicológico a los pacientes y sus familias y de la llamada educación diabetológica. Las estrategias básicas para lograr sus objetivos pueden resumirse en: un abordaje interdisciplinario, articulación entre especialidades y principalmente una participación social y grupal de las personas con diabetes en una interacción permanente con los profesionales intervinientes. En esta modalidad de tratamiento cobran importancia fundamental el trabajo en grupos de reflexión y autoayuda, destinado a la internalización del problema por parte del paciente y su grupo familiar, tendiendo a lograr un mejor autocuidado y optimizar la calidad de vida del sujeto. Del mismo modo, la educación diabetológica, tanto grupal como individual, tiene la finalidad de modificar hábitos, costumbres y actitudes para obtener un mejor control y prevenir las complicaciones, partiendo de la toma de conciencia y aceptación de la enfermedad por parte del individuo. En este tipo de tratamiento existe una rutina semanal de visitas al servicio, con el objeto de controlar la regularidad con la cual el paciente toma la medicación, la evolución de su peso corporal, el cumplimiento de la dieta indicada, un control permanente de los valores de glucosa en sangre, tanto por el sistema de autocontrol o por análisis de laboratorio bioquímico, monitorizando así la forma en que el paciente cumple con las medidas de profilaxis indicadas. El CAD organiza los turnos para la consulta médica según la gravedad del paciente, destinando para la primera entrevista un tiempo más prolongado de atención, 60 minutos. Luego, ese tiempo es reducida gradualmente a 30 o 15 minutos, según sea, para la evaluación de tratamiento o sólo control de rutina. Este control se realiza primero en forma semanal, luego quincenal hasta llegar a un control mensual cuando se logran estabilizar las manifestaciones de la enfermedad. El Centro posee además una relación fluida con la farmacia del hospital, con la que se ha consensuado un vademecum ad hoc, lo que asegura al paciente el acceso inmediato a los medicamentos. Al trabajar interdisciplinariamente, también se asegura al paciente el acceso a la consulta especializada, ahorrándole tiempos de espera y traslados adicionales a la institución. Conjuntamente con la consulta médica, el paciente diabético participa de una serie de actividades, principalmente las reuniones del grupo de autoayuda y las clases de educación diabetológica, que tienen tres objetivos específicos:

- Concientizar al diabético sobre la necesidad de un control periódico, monitorea y respeta de las pautas alimentarias, cumplimiento del tratamiento indicado.
- Favorecer la demanda espontánea por parte de los pacientes ante el reconocimiento de signos y síntomas que ameriten atención.
- Difundir entre los familiares y comunidad en general el conocimiento acerca de factores de riesgo de aparición de diabetes.

Otra actividad es la de un grupo de teatro que funciona con regularidad y cuya finalidad es integrar al paciente y sus familiares. Con menor frecuencia, se llevan a cabo reuniones con especialistas

médicos que disertan sobre las distintas patologías que afectan al paciente con diabetes y la manera de prevenirlas, en las que se proyectan videos a diapositivas para una posterior discusión con los participantes.

Para instruir en la preparación de los alimentos permitidos, se desarrollan sesiones mensuales que culminan con una reunión donde los pacientes consumen los alimentos preparados por ellos mismos.

Finalmente, entre los contactos con distintos profesionales cabe mencionarse las reuniones con el podólogo del servicio, a fin de lograr que el paciente diabético realice una adecuada profilaxis de sus pies y las sesiones semanales de yoga a cargo de una especialista.

Este enfoque asistencial, cuyo rasgo fundamental es que jerarquiza las actividades dirigidas a una efectiva contención del paciente diabético, actualmente lleva más de tres años, desde su implementación en 1996.

Desde sus comienzos ha sido preocupación permanente del equipo de profesionales responsables del CAD el conocer los posibles efectos de esta modalidad innovadora de intervención, inquietud que derivó en el emprendimiento del presente estudio.

Considerada como experiencia preliminar, la propuesta investigativa estuvo orientada a analizar los logros y obstáculos de la estrategia del CAD en el control de parámetros biológicos y en la prevención de complicaciones en los pacientes asistidos, en relación con los resultados que obtiene el SCM bajo prácticas más tradicionales de atención.

De este modo, el propósito fue contribuir a la revisión de las actuales intervenciones, en favor del mejoramiento futuro de la calidad de atención desde la perspectiva del CAD.

Objetivo general

- Efectuar una evaluación preliminar comparativa de los resultados obtenidos a través de las dos modalidades de atención al diabético en el Hospital "I. Carrasco": la del Centro de Atención al Diabético (CAD) y la del Servicio de Clínica Médica (SCM).

Objetivos Específicos

- Analizar la permanencia de los pacientes bajo una y otra modalidad de atención, en un período de 3 años, según sexo, edad y antigüedad en la patología.
- Entre los pacientes que permanecieron bajo tratamiento todo el período en estudio valorar comparativamente: a- el cumplimiento del tratamiento en términos de asistencia a la consulta y cumplimiento de la dieta y la medicación; b- algunos resultados, como la estabilidad de los niveles de glicemia y la aparición de complicaciones.

Metodología

Se estudiaron los pacientes diabéticos que trataron su enfermedad durante el período Junio de 1996 a Junio de 1999 - todos diabéticos tipo II - y que concurrieron espontáneamente a los consultorios externos del SCM o CAD.

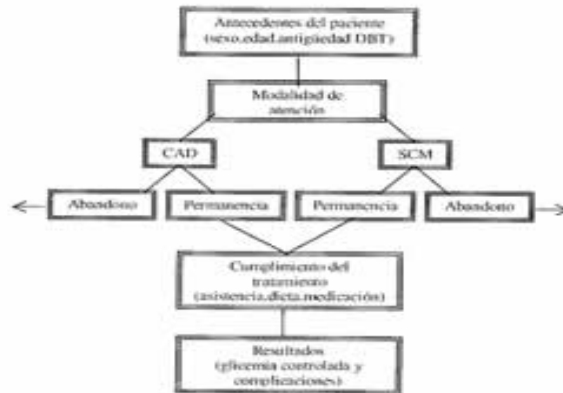
Las condiciones de inclusión de los pacientes fueron:

- poseer historia clínica actualizada,

- registrar un tiempo mínimo de tratamiento de tres años, adaptando el período de observación al tiempo de funcionamiento regular del CAD,
- antigüedad de la enfermedad desde su diagnóstico no menor a 7 años, dando lugar al desarrollo de posibles complicaciones en el período de estudio.

El esquema que resume la línea de análisis seguida para el estudio se muestra en la Figura N° 1.

Figura N° 1



Del conjunto de rutinas indicadas por los profesionales tratantes, los tres parámetros seleccionados para valorar el cumplimiento del tratamiento (asistencia, dieta, medicación), fueron medidos a través de los siguientes criterios:

- Asistencia a la consulta, cumplida cuando el paciente concurrió al 70 % o más de las visitas programadas.
- Dieta cumplida, cuando el paciente respetó la dieta en el 70 % o más del tiempo indicado.
- Medicación respetada, cuando el paciente tomó la medicación prescrita durante el 70 % o más del tiempo indicado.

En cuanto a resultados, la glicemia fue considerada como controlada cuando los niveles se mantuvieron dentro de un rango aceptable de normalidad por un tiempo mayor a 25 meses (70 % del período de estudio).

Las complicaciones refieren a las afecciones causadas por la diabetes y desarrolladas durante el período en estudio, considerándose hipertensión arterial, vasculopatías, retinopatías, lesiones dermatológicas, insuficiencia renal y otras complicaciones adquiridas por el paciente.

Resultados

El grupo bajo estudio quedó constituido por 110 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 47 (42.5 %) concurrieron al SCM, 47 (42.5%) al CAD y 16 (14.6%) lo hicieron en forma alternada a ambos servicios durante el período estudiado. Estos últimos fueron excluidos del análisis.

En el Cuadro N° 1 se presentan los antecedentes de los pacientes concurrentes a ambas modalidades de atención, clasificados según su permanencia bajo tratamiento en el período.

Cuadro N° 1. Permanencia de los pacientes atendidos en el CAD y en el SCM según antecedentes

	Centro de Atención al Diabético CAD		Servicio Clínica Médica SCM	
Antecedentes	Siguieron (30)	Abandonaron* (17)	Siguieron (42)	Abandonaron* (5)
Sexo	Masc= 26.6% Fem= 73.4%	Masc= 76.5 % Fem= 23.5 %	Masc= 28.6% Fem= 71.4%	Masc= 40% Fem= 60%
Edad (en años)	Mna= 55 Mín-Máx= 38-72	Mna= 63 Mín-Máx=34-83	Mna= 60 Mín-Máx= 39-80	Mna= 54 Mín-Máx= 48-65
Antigüedad DBT (en años)	Mna= 10 Mín-Máx= 7-46	Mna= 8 Mín-Máx= 7-26	Mna= 11 Mín-Máx= 7-28	Mna= 11.5 Mín-Máx= 7-13

*esta categoría incluye los pacientes fallecidos

En el grupo de diabéticos asistidos por el CAD se observó el mayor porcentaje de abandonos; en este grupo fallecieron dos pacientes, mientras que entre los atendidos en SCM falleció uno.

Los pacientes diabéticos estudiados fueron, en su mayoría, de sexo femenino, no encontrándose diferencias para la distribución por sexo entre ambas modalidades asistenciales (Chi-Cuadrado de Pearson=2,2305, gl= 1, p= 0,1353).

Sin embargo, al analizar los abandonos las mujeres se destacaron por una mayor permanencia en el CAD.

Con respecto a la edad no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes, SCM y CAD (U Mann-Whitney= 893,0, p = 0,1095). Sí se observó que en el CAD la edad mediana de los pacientes que siguieron bajo tratamiento fue menor respecto de los que abandonaron. Por el contrario, en el SCM, la edad promedio fue mayor para los que siguieron este tratamiento durante el período en observación.

El tiempo de antigüedad de la enfermedad no presentó, en general, diferencias entre pacientes de ambas modalidades (U Mann-Whitney = 890,0, p= 0,6665). Tampoco hubo diferencias entre quienes permanecieron o abandonaron el tratamiento del SCM, aunque para el CAD la antigüedad de la patología fue levemente mayor entre los que permanecieron a lo largo de los tres años.

En cuanto al cumplimiento del tratamiento y resultados preliminares, el análisis quedó restringido a los pacientes que permanecieron durante todo el período, o sea: 30 para el CAD y 42 para el SCM. Con referencia a la Asistencia a las Consultas programadas, 19 pacientes concurren regularmente al CAD (63,3%) y 22 al SCM (52,4%).

Con respecto a la rutina de toma de Medicamentos, ésta fue cumplimentada por 18 (60,0 %) de los pacientes del CAD y 17 (40,5 %) del SCM.

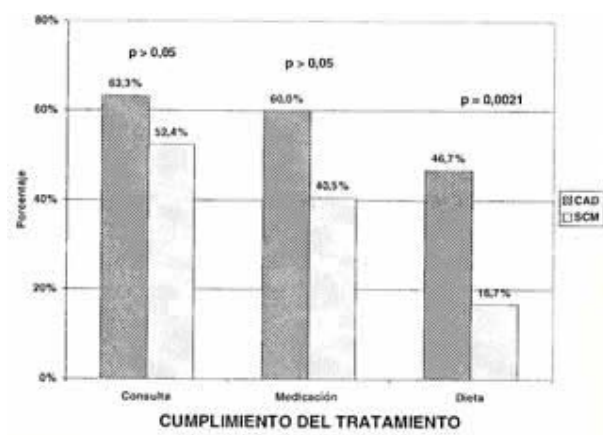
Para ambos resultados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades de atención, posiblemente debido al número limitado de casos en estudio. Sin embargo, éstos orientan a un mejor cumplimiento de los pacientes bajo la atención del CAD.

El cumplimiento de la dieta sí se presentó asociado con la modalidad de atención (Chi Cuadrado Observado= 7,6235, gl= 1, p= 0,0057), siendo más frecuente entre pacientes asistidos en el CAD. En efecto, los porcentajes obtenidos fueron de 46,7 % para el CAD (14 pacientes) y 16,7 % para SCM (7 pacientes).

En el Gráfico N° 1 se presentan los tres indicadores que refieren al cumplimiento del tratamiento

según modalidad asistencial.

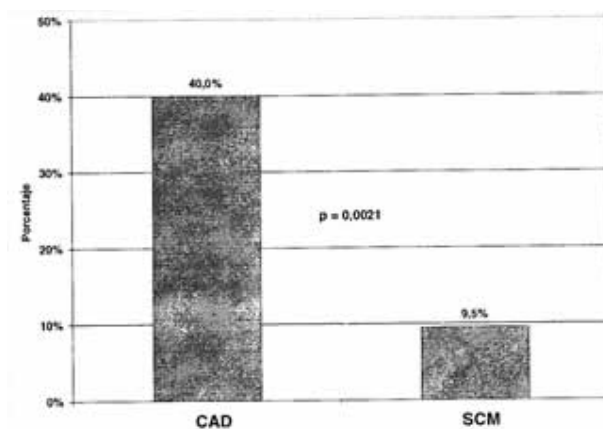
Gráfico N° 1: Cumplimiento de pautas de tratamiento según modalidad de atención



Los resultados preliminares que podrían atribuirse a la efectividad de la estrategia implementada por el CAD son los siguientes:

La glicemia se mantuvo estable mayormente entre los pacientes concurrentes al CAD (12 casos; 40,0 %), respecto de los pacientes atendidos en los consultorios del SCM (4 pacientes; 9,5%), verificándose una fuerte relación entre el control de la glicemia y el tipo de tratamiento (Chi Cuadrado Observado= 9,4041, gl = 1, $p=0,0021$).

Gráfico N° 2: Estabilidad de la glicemia según modalidad de atención



Respecto de las complicaciones surgidas en el periodo bajo estudio, la hipertensión arterial fue significativamente más frecuente entre los pacientes del SCM (Chi Cuadrado= 4,9959, gl= 1, $p= 0,0254$). Del 81,0 % observado en este servicio, el porcentaje descendió a 56,7 % para los pacientes del CAD. Otras complicaciones manifestadas en mayor proporción entre pacientes del SCM, fueron las lesiones dermatológicas (Chi Cuadrado Observado= 5,6341, gl= 1, $p= 0,0176$). Frente al 54.8 % (23 pacientes) observado en SCM, el porcentaje se redujo a 26,7% para el caso de los asistentes al CAD (8 pacientes).

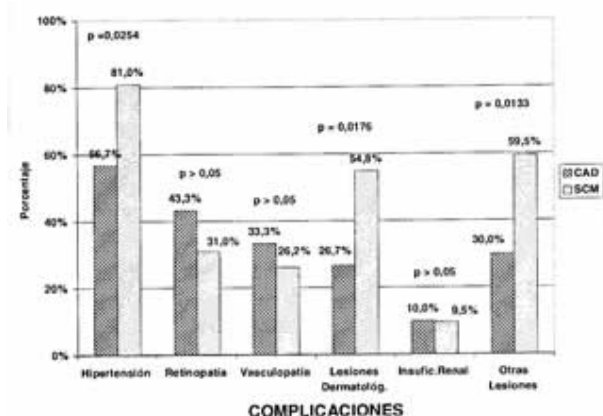
Las retinopatías, vasculopatías e insuficiencia renal no plantearon variaciones en su ocurrencia

según la modalidad de tratamiento.

Otras lesiones menos frecuentes fueron consideradas globalmente, presentándose en 9 (30%) pacientes atendidos por el CAD y en 25 (59,5 %) de los concurrentes al SCM, resultada que también alude a una mayor efectividad de una asistencia más integral de los pacientes (Chi Cuadrado Observado= 6,1205, gl= 1, p= 0,0133).

En el Gráfico N° 3 se resumen los hallazgos en relación con la ocurrencia de complicaciones.

Gráfico N° 3: Desarrollo de Complicaciones según modalidad de atención



Conclusiones

Los resultados logrados hasta ahora son coherentes con la hipótesis de partida. Esto es, que el tratamiento brindado por el CAD a pacientes diabéticos, que integra asistencia médica con apoyo psicológico al paciente y su entorno familiar, a través de una serie de actividades (grupos de reflexión, educación alimentaria, etc.), aumenta el cumplimiento de la dieta, ayuda a la estabilización de la glucosa y disminuye el número de complicaciones, respecto de los resultados que logra el tratamiento prescripto en los consultorios del SCM.

Sin embargo, caben destacar algunas limitaciones surgidas durante el estudio que restringen su alcance, por la que hasta ahora se trata de conclusiones preliminares.

En primer lugar, merecen destacarse las dificultades encontradas para relevar pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos en la estrategia metodológica. Esto impidió conformar un grupo bajo observación en un número más satisfactorio a las fines del análisis.

En segundo término, el surgimiento durante el desarrollo del estudio de un tercer grupo de pacientes, que alternativamente concurrió al CAD y al SCM, grupo que al ser excluido del análisis redujo aún más el número de pacientes en consideración.

Finalmente, el importante número de abandonos observados, en mayor grado entre pacientes del CAD, introdujo otra limitante en la validez externa de los resultados obtenidos.

Sin embargo, respecto de los abandonos, el estudio abre una línea de profundización hacia los factores que intervienen en la adherencia o no al tratamiento impulsada por el CAD. Hasta el momento los resultados refieren una mayor adaptación por parte de las mujeres y de los pacientes de menor edad.

Para el limitado grupo de pacientes que permanecieron los tres años bajo observación, la verificado

estadísticamente en favor de una mayor efectividad del CAD se reduce al cumplimiento de la dieta, entre las tres rutinas estudiadas.

Sin embargo, los resultados vinculados al mayor cumplimiento de una asistencia regular a las consultas y a la toma de la medicación, hacen presumible los supuestos de partida, la que amerita su puesta a prueba con un número mayor de casos en estudio.

Del mismo modo, en esta línea de investigación cabría incluir otros aspectos que refieren al cumplimiento de las rutinas indicadas por el servicio, como también establecer otros indicadores que superen una valoración nominal de dicho cumplimiento.

Un importante resultado fue el mantenimiento, a la largo de los tres años, de los niveles de glucosa en un rango de normalidad aceptable, significativamente mayor entre los pacientes del CAD. La importancia de este hallazgo radica en el rol que juega este parámetro biológico en la reducción del riesgo de desarrollar complicaciones crónicas derivadas de la diabetes, tanto del tipo I como II (7). Del mismo modo, cabe destacar lo hallado respecto del control de la presión arterial, por su eficacia para reducir la mortalidad total y la incidencia de enfermedades cerebrovasculares y complicaciones microvasculares según lo demostrado por dos estudios recientes (UKPOS y HOT) (8).

Los resultados permitieron confirmar una mayor proporción de crisis hipertensivas en el grupo asistido en el SCM durante el período, como también de lesiones dermatológicas y de otras lesiones variadas, señalando las bondades de una atención más integral de los pacientes a través de la estrategia implementada por el CAD.

No obstante, en relación con la aparición de complicaciones en general y particularmente las de evolución crónica, éstas no podrían asumirse como efectos directos de una u otra modalidad de intervención, dado el breve período de los tres años a que estuvieron expuestos los sujetos bajo estudio. En este aspecto, el valorar la posible efectividad del CAD en la prevención de la ocurrencia de complicaciones requeriría de estudios longitudinales de mayor alcance en el tiempo y con un diseño metodológico más riguroso.

Comentarios Finales

El estudio realizado ha servido de gran estímulo para continuar con el esfuerzo emprendido ya hace más de tres años, significando también la incorporación de dos nuevos profesionales con formación especializada en diabetes y una enfermera en consultorio externo.

Actualmente, además de la atención a los pacientes estables, el servicio recibe numerosas interconsultas de la guardia médica y de otras especialidades de la institución, de centros médicos periféricos e incluso de otras ciudades, provenientes principalmente del sur y sudoeste de la provincia de Santa Fe, Santiago del Estero, Chaco y Corrientes. Con respecto a los pacientes del interior de Santa Fe, el CAD se encarga del desarrollo y evaluación del tratamiento, articulando las acciones con el médico derivante, quien se hace cargo del control y seguimiento en su lugar de origen.

Un hecho a destacar es que durante el transcurso del estudio fue puesta en vigencia la ley nacional N° 23756 (9) por medio del decreto reglamentario 1271/98. Esta ley establece los requisitos mínimos e indispensables para el desarrollo de las actividades de prevención y tratamiento de pacientes diabéticos en establecimientos asistenciales oficiales. Además, puntualiza los elementos con que deben contar los consultorios médicos, las normas y controles con los que deben cumplir

los servicios de apoyo, las acciones educacionales y asistenciales, de vigilancia epidemiológica, la cantidad y calidad del recurso humano, las normas de atención y registro.

Sobre la base de esta legislación, en el ámbito nacional fue creado el Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (PRONADIA) (10), cuyos propósitos son: mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de los costos directos e indirectos a través de un programa prioritariamente preventiva y de control, con intervenciones adecuadas sobre factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones.

La provincia de Buenos Aires creó a su vez el Programa de Prevención y Atención del paciente diabético (PRODIABA) (11) cuyos principales objetivos son: prevenir el desarrollo de la Diabetes Mellitus en la medida de lo posible en individuos y comunidades susceptibles; detectar precozmente la diabetes según criterios diagnósticos consensuados por organismos nacionales e internacionales y realizar el tratamiento inicial de la enfermedad.

Los objetivos del CAD, formulados unos años antes, resultan coincidentes con los que plantean estos programas, encuadrados en las pautas generales establecidas por la ley N° 23756. Del mismo modo, su funcionamiento responde, en general, en forma adecuada a las normas de atención y requisitos de su reglamentación. Sin embargo, actualmente se está en un proceso de revisión al interior del servicio, para ajustar en mayor grado los aspectos operativos del proceso de atención y aquellos vinculados al sistema de registro.

Finalmente, el CAD recientemente se ha integrado, a través del PRODIABA, al Programa Francés para el Restablecimiento del Paciente Diabético (DIAB CARE) (12) a partir de lo cual se han derivado una serie de responsabilidades y actividades a cumplir por el servicio. Entre ellas, la participación del CAD en un trabajo de investigación que supone el seguimiento durante un año de 28 pacientes y el dictado de cursos de formación diabetológica para personal no médico (enfermeros, podólogos y educadores).

La actual proyección del CAD más allá de la demanda de pacientes que tiene acceso directo al Hospital I. Carrasco y el emprendimiento de proyectos que vinculan al servicio a una red asistencial y de investigación en el campo de la diabetología, bajo concepciones y objetivos comunes, dan nuevos impulsos para proseguir en esta línea de trabajo.

Agradecimientos

A nuestros compañeros de trabajo que hicieron posible el desarrollo, del estudio: Dra. F. Mandorlini, Psic. S. Echarte, Lic. en Trabajo Social N. Ciminari y al Lic. en Psicología E. Berón.

A la Dra. M. Toralbo, quien fue nuestro referente directo en el Centro de Atención al Diabético por su asesoría y permanente colaboración.

Al Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública, por los Cursos de capacitación científica que despertaron la inquietud por una mirada más reflexiva sobre nuestra tarea cotidiana.

Referencias Bibliográficas

- (1) WHO. Technical Report, Series 727, 1985. Diabetes Mellitus Report of a WHO Study Group.
- (2) Gagliardino, J., Olivera, E. "Cost of DM in Latin America. The economics of diabetes and diabetes care". A report of Diabetes Health Economic Study Group, IDF/WHO, 1997.

- (3) Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Asociación de Medicina Interna de México. Sociedad de Nutriología. "Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes Tipo II". Artículo especial de "La Revista de Investigación Clínica", pág. 326, Vol. 52 N° 3, Mayo-Junio 2000, México.
- (4) Lapertosa, S; Sereday, M. et al. "Encuesta de diabéticos hospitalizados". Revista Asociación Argentina de Diabetes, 1996.
- (5) Gagliardino, J.; Olivera, E.; Barragan, H; Puppo, A. "A simple economic evaluation model for selection diabetes Health care strategic". Diabetes Medicine, 1993, 10351-4.
- (6) Menéndez, E. "Morir de Alcohol, Saber y Hegemonía Médica". Alianza Editora Mexicana, 1992, México DF.
- (7) Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, Asociación de Medicina Interna de México, Sociedad de Nutriología. "Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes Tipo II". Artículo especial de "La Revista de Investigación Clínica", Estudios citados en Capítulo 1, pág. 327, Vol. 52 N° 3, Mayo-Junio 2000, México.
- (8) Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, Asociación de Medicina Interna de México, Sociedad de Nutriología. "Consenso para a prevención de las complicaciones crónicas de la Diabetes Tipo II". Artículo especial de "La Revista de Investigación Clínica", Estudios citados en Capítulo 1, pág. 329, Vol. 52 N° 3, Mayo-Junio 2000, México.
- (9) Ley Nacional N° 23756 (Ley del Diabético), reglamentada por Decreto N° 1271/98 del Poder Ejecutivo Nacional, 1998.
- (10) PRONADIA, Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, por intermedio de la Secretaría de Programas de Salud, Marzo de 1999.
- (11) PRODIABA, Programa Provincial de Prevención, Atención y Tratamiento del paciente Diabético, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 1998.
- (12) DIAB CARE, Programa Europeo para Diabetes (Europa, Francia).

Bibliografía general

- Ander - Egg, E. "Técnicas de investigación Social". Editorial Humanitas, Bs. As., 1990.
- Concha E.; Zabala, C. "Alimentación en diabetes. Perspectivas y Prioridades". Editorial Universitaria, Santiago, Chile 1985.
- Escudero, P. "Tratado de la diabetes". El Ateneo, Bs. As, 1985.
- Gagliardino, J.; Assal, D.; Domenech, I. "Educación del paciente diabético". Editorial Akadia, 1994.
- Grupo Diabetólogos Rioplatenses. Informe Técnico. Colonia, Uruguay. Agosto 1979.
- "Introducción a la Metodología de la Investigación". Cuadernillos de Clase. Área de Investigación en Salud, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, 1997.
- Keen, H.; Jarret, J. "Complicaciones de la diabetes". Salvat, Barcelona, 1980.
- Organización Mundial de la salud. Diabetes Mellitus. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de informes técnicos, Ginebra 1985.
- Pineda, E.; Alvarado, E. L.; Canales, F. H. "Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo del personal de salud, OPS., Washington, 1994.

Estrategias alimentarias de familias con niños desnutridos recuperados de 1 a 5 años y 11 meses, del barrio Las Flores Sur, bajo programa alimentario y control médico*

Adán, María A.^{**} ; Alonso, Hilda D.^{**} ; Kussianovich, Verónica^{**} ; Maltaneres, Alicia^{***}

Introducción

El presente trabajo de investigación se desarrolla desde el Centro de Salud "Las Flores", dependiente de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Dicho Centro se encuentra ubicado en el Barrio Las Flores (Distrito Sudoeste) que presenta características propias:

- El 55% de las viviendas son precarias.
- Si bien el barrio cuenta con red de agua y cloacas, estos servicios son deficitarios.
- No posee red de gas natural utilizando gas envasado o leña como combustible.
- Las calles poseen mejorado asfáltico y deficiente sistema de alumbrado público.
- Cuenta con una población aproximada de 10.000 habitantes, con un alto porcentaje de familias con N.B.I. (Necesidades Básicas Insatisfechas)

Según la información obtenida en el Censo de Población y Viviendas del INDEC y el censo 1995 del PROMIN, la mayor parte de la población (76%) nació en Rosario, aunque uno de cada cuatro habitantes proviene de las provincias de Corrientes, Entre Ríos, Chaco y otras poblaciones de la provincia de Santa Fe.

En lo que se refiere a la situación ocupacional de la población, ésta se caracteriza por alta precarización del empleo (changas, trabajo por hora, cirujeo, participación en programas de empleo), con un elevado índice de desocupación.

El efector de A.P.S. (Atención Primaria de la Salud), entre otras actividades, opera realizando controles médicos de niños sanos con diagnóstico nutricional, también atiende y realiza seguimiento de niños desnutridos, asignando leche como complemento alimentario dentro del Plan Materno

* Trabajo distinguido con el Segundo Premio en el Concurso Anual 1998 al trabajo de Investigación más destacado en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública (Resolución 230).

* * Psicólogas Centro de Salud "Las Flores".

* ** Trabajadora Social, Centro de Salud "Las Flores".

Infantil de la Nación.

La problemática de la desnutrición preocupa a los trabajadores del Centro de Salud desde hace tiempo. Si bien se trabaja en función de producir efectos para lograr una disminución en la cantidad de casos, no siempre se logran los resultados esperados.

A lo largo de 20 años de funcionamiento del Centro, han sido múltiples y variados los "Programas Alimentarios" implementados para dar respuesta a la problemática de la desnutrición, debatiéndose en distintas oportunidades los efectos y alcances de cada uno. Del análisis destacamos los siguientes obstáculos: dificultades en la accesibilidad, contradicciones en la implementación y rigidez en las normativas.

Dada el carácter de transitoriedad y focalización de las metas planteadas en los distintos programas, no han podido observarse hasta ahora cambios significativos en las familias respecto de la problemática en estudio.

Por otra parte, desde la concepción de las llamadas "Políticas Sociales" se tiende a relacionar la desnutrición únicamente con la falta de alimentos, considerando este factor como la causa principal; de tal modo que las acciones se orientan hacia la asistencia a través de la entrega de alimentos. Entendiendo la urgencia que genera la extrema pobreza y desempleo, nos interrogábamos acerca de la "iatrogenia" que podían generar estas mismas políticas, al someter a la población a una posición demandante.

En 1995 comienza a implementarse otro Programa Social: "Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)". Incluye aspectos de salud, desarrollo infantil, nutrición, capacitación y comunicación social para la rehabilitación de la embarazada y del niño desnutrido contemplando un sistema de monitoreo y evaluación periódicas.

La implementación de este Programa generó cierto malestar en los profesionales del efector, por la sobrecarga en las tareas diarias que implicaba. Asimismo, esta "sobreexigencia" en el equipo de salud se traducía en aprehensiones y prejuicios respecto a la actitud de las familias destinatarias del mismo. Ante la expectativa de un nuevo Programa de distribución de alimentos, se interrogaban acerca del efecto en los tratamientos ya implementados con niños desnutridos.

Por otra parte, también parecía significativa la cantidad de ayuda alimentaria en el barrio, proveniente de diferentes instituciones: Centro de Salud Municipal, Centro de Salud Provincial, Comedores escolares, Centro de Desarrollo Infantil, Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, Iglesia Itatí, Acción Social de la Provincia de Santa Fe.

Si bien la problemática de la desnutrición ha sido abordada en el Centro de Salud en forma permanente, la coyuntura generó interrogantes:

- ¿Por qué habiendo tantos programas alimentarios en el barrio es tan persistente la problemática de la desnutrición infantil?
- ¿Por qué existen familias con niños desnutridos que estando bajo programa alimentario, algunos se recuperan y otros no?
- ¿Cuál es la causa por la que en una familia con más de un hijo, sólo uno se desnutre?

A partir de la discusión de estos interrogantes, y teniendo en cuenta nuestra práctica profesional, destacamos la importancia que la singularidad tiene para la utilización de los recursos, lo que nos

lleva a analizar las estrategias alimentarias que se dan las familias ante la problemática de la alimentación.

Objetivos del proyecto

- Conocer las estrategias alimentarias de las familias con niños desnutridos recuperados.
- Conocer el papel que juegan los Programas Alimentarios en el conjunto de esas estrategias.
- Analizar cómo se relaciona el vínculo entre la madre, o persona a cargo, y el niño con su recuperación.

Referentes teóricos

La desnutrición es una problemática recurrente que ocupa la atención de las Políticas Sociales y sobre todo de las Políticas Sanitarias. Innumerables planes, programas, proyectos fijan como objetivo de sus acciones disminuirla.

En la problemática de la desnutrición se entrecruzan diferentes procesos sociales, psicológicos, educativos, culturales, económicos y ambientales que hacen que trascienda la concepción biológica. Estos procesos devienen asimismo del tipo de organización social, la distribución del poder y los valores dominantes en cada grupo social.

Si consideramos que alimentación y nutrición no son sinónimos es porque partimos del supuesto que la primera, la alimentación, es un fenómeno común a todo ser vivo, que aparece como una necesidad básica inherente a la vida cotidiana y propia de toda cultura.

En cuanto al segundo concepto, el de nutrición, creemos que se podría considerar como una dimensión de la alimentación, que tiene que ver más con los aspectos fisiológicos de la misma y el calor energético de los alimentos. Su función biológica es la de proporcionar nutrientes a las personas para cubrir sus necesidades de crecimiento y actividad. Se entiende por desnutrición al estado fisiopatológico resultante de una ingesta inadecuada de proteínas y de energía para satisfacer las necesidades individuales durante un período prolongado de tiempo que sobrepasa los mecanismos adaptativos de ayuno (Boletín CESNI. Vol2. Abril de 1989).

La desnutrición infantil es una construcción humana, que no habría existido sin que alguien la reconozca y defina. Los médicos, desde hace tiempo se han ocupado de describir sus síntomas y signos, asignando a la familia y al estado las responsabilidades de evitarla, reconociendo sus límites para intervenir en la problemática.

La desnutrición primaria en niños, "desnutrición infantil", por su alta incidencia y sus consecuencias sobre el crecimiento, el desarrollo y hasta la supervivencia de los afectados es uno de los problemas prioritarios para las organizaciones internacionales, los gobiernos y las ciencias de la salud en general.

En la declaración mundial de la Conferencia Internacional sobre Nutrición se establece que "la pobreza, la desigualdad social y la falta de educación son las causas radicales de la malnutrición y se insiste en que el mejoramiento del bienestar humano, incluido el nutricional, ha de ser el eje de los esfuerzos de desarrollo social y económico".

En torno a esta problemática se tejen diversas representaciones sociales. En tal sentido, partimos del concepto de D. Jodelet sobre representaciones sociales para analizar aquellas modalidades de

conocimiento práctico orientadas para la comunicación y para la comprensión del contexto social, material e ideativo en el que vivimos.

Según esta autora, son formas de conocimiento que se manifiestan como elementos cognitivos, imágenes, conceptos, categorías, teorías, pero que no pueden reducirse sólo a sus componentes cognitivos. Son, en realidad, mucho más complejas.

Siguiendo a Parsons (1976), pensamos que el sistema de salud es para la población una fuente legítima de definiciones sobre salud-enfermedad. Basta que algo ingrese en la esfera de la atención médica para que el concepto de enfermedad se generalice.

Parsons señala que al médico se le asigna un rol controlador en una función de intervención activa, comprometida a "tratar" mas que a definir o estudiar. El médico estaría "obligado" a buscar y encontrar la enfermedad para darle curación. Tendrían así el monopolio del saber y tratar lo relacionado con la enfermedad.

Aparecería así el concepto de curación o recuperación. Recordamos que este concepto de "curación" en esta línea de análisis adquiere mayor peso que el de "prevención".

En nuestra sociedad, aquellos que ejercen la medicina prescribiendo un tratamiento, se ven abocados fundamentalmente a la tarea de curar enfermos y dar consuelo a los afligidos. La idea de prevención aparece al incorporarse en el ámbito de la salud otras disciplinas, sobre todo de las ciencias sociales (Antropología, Psicología, Trabajo Social, Ciencias de la Educación).

Giovanni Berlinguer (1994) señala: "La dificultad para distinguir quién está sano y quién enfermo, resulta complicada por dos factores. Uno es el poder: en realidad, la decisión de establecer si un individuo pertenece a uno u otro grupo, no está en manos del interesado sino en las del médico. Es otro, en consecuencia, reconocido como competente, y habilitado por la ley. Solo él tiene el poder de establecer si uno está enfermo o sano. El otro factor es la técnica: a veces el control y la revelación de los síntomas están viciados, inconscientemente por la presencia misma del especialista."

Según este autor, coexisten diferentes concepciones de salud-enfermedad: "En el fenómeno de la enfermedad se entrecruzan, cuando se trata de la especie humana, por lo menos tres componentes: a) un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable; b) una mayor o menor conciencia individual del mal; c) una idea de una medida derivada de los conocimientos, los prejuicios y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa". La enfermedad es la incapacidad permanente o transitoria de mantener la homeostasis, es decir el equilibrio entre las funciones del organismo, y es un proceso: tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Así, afirma que sería mejor hablar de un ciclo continuo salud-enfermedad, que se desarrolla no sólo en el interior del organismo, sino entre él y el medio ambiente.

"La salud es un bien colectivo, que atañe a toda la sociedad, pero eso no anula las características individuales de las enfermedades. Por el contrario, la dimensión social de los fenómenos sanitarios es la suma y la síntesis de las necesidades, de los requerimientos y de las particulares condiciones de cada hombre o mujer. La enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de poder o dignidad humana, que se traduce en preponderancia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales." (G. Berlinguer, 1994).

Desde la Epidemiología clásica se contribuye también a la concepción de la desnutrición infantil

como enfermedad, definiendo los tipos de personas que la experimentan.

Se clasifican en ella los grupos de riesgo por sexo, edad, condiciones de vida, inserción laboral de los padres, lugares de residencias, estrategias alimentarias familiares, cultura, etc.

Si bien no fueron exclusivamente la pobreza y cultura las que determinaron esta clasificación, se abordaron las mismas como indicadores naturales del riesgo de que los niños se enfermen de desnutrición.

Estas categorías utilizadas por algunos epidemiólogos son incorporadas por la sociedad y el Estado para organizar acciones y controlar la enfermedad. Las acciones tienen que ver con campañas educativas y un sin número de programas verticales.

Se focalizan entonces, desde hace tiempo, las propuestas y los programas de recuperación en los grupos de riesgo. Al interior de los mismos, la medicina fundamentalmente atiende a las conductas que deberían ser modificadas para evitar enfermarse, tales como controlarse frecuentemente con el médico, alimentarse de determinada manera, estimular al niño, etc. y los gobiernos procuran subsidiar las necesidades alimentarias que los cambios de conducta implican, entregando leche, cajas o bolsones con alimentos, vitamínicos, etc.

De esta manera, la medicina y el Estado comparten responsabilidades en la recuperación del desnutrido.

Si bien no puede desconocerse la necesidad del alimento para no morir, tampoco es sólo con alimento que podemos hablar de un niño sano "bien nutrido".

Susana Hintze (1989) plantea que la problemática alimentaria de los grupos sociales desposeídos forma parte de un amplio espectro de determinaciones entre las que se destacan aspectos tales como salarios, empleo y precios de los alimentos, elementos que definen en muy fuerte medida la existencia o no de desnutrición.

Ante la presencia de niños desnutridos y eutróficos en grupos sociales con cierta homogeneidad, se plantea el interrogante sobre nuevas categorías explicativas y que es necesario indagar.

Nora Garrote (1997), desde la perspectiva antropológica plantea a la alimentación infantil "como un proceso mediador entre el niño y su familia", cuyo resultado tiene incidencia en el estado nutricional del mismo, por lo que no puede reducirse a múltiples ingestas.

Este "proceso alimentario" está sujeto a dimensiones estructurales "que determinan la producción, distribución y consumo de los productos alimenticios" definiendo a la participación de los grupos sociales por su inserción en dicha estructura, por el espacio que ocupa y por el nivel de complejidad que presenta.

Es decir, que un estado nutricional no puede explicarse sólo desde el "acceso a los recursos" sino que debe analizarse desde la relación acceso-usos de los recursos lo cual constituirá las acciones alimentarias. Estas acciones alimentarias se realizan en el ámbito de una familia.

Asimismo, definimos conceptualmente a una familia como un conjunto de personas que residen en un lugar común, con relaciones de parentesco, unión matrimonial, participación total o parcial de sus integrantes en instancias de ingreso-egreso necesarias para la reproducción (Borsotti, Torrado Saénz, Di Paula 1995).

Las acciones alimentarias de una familia tienen que ver con la organización y desempeño de roles y relaciones entre sus integrantes. Además estas acciones se realizan en interacción con parientes, vecinos, grupos de pertenencia comunitarios, etc.

Por otra parte, los actores sociales no operan solos, ni exclusivamente por motivaciones individuales (J. Habermas, 1990), están inscriptos en condiciones de vida (P. L. Castellanos, 1992) a partir de las cuales producen conjuntos de prácticas, complejos de acciones que tienen que ver con todas las necesidades en su conjunto (Galtung, 1966). Las acciones aparecen como "estrategias" construidas para enfrentar y controlar las situaciones alimentarias.

Las estrategias que las familias de estos sectores generan para satisfacer sus necesidades alimentarias sólo pueden ser comprendidas dentro del espacio macrosocial que determina sus condiciones de reproducción como integrantes de la sociedad. Se entiende por estrategia, los arreglos y procedimientos que implementan los agentes sociales a fin de lograr su reproducción a través de la optimización de sus condiciones materiales y no materiales de existencia (Torrado, 1981).

Las estrategias se construyen en el campo de la cotidianeidad y son el resultado de una enorme cantidad de comportamientos elaborados y recreados a lo largo de la historia de la familia.

El tipo de estrategias de reproducción implementado está condicionado por el estilo de desarrollo vigente en el país, que determina las características del mercado de trabajo y de consumo, el accionar del estado y las condiciones de vida de la población (Rodriguez, 1988)

Pero también por el proceso político y las determinaciones ideológicas que configuran para estos sectores un espacio de participación social determinado.

Las estrategias no se refieren únicamente al uso de recursos materiales, sino a otros como el saber, la solidaridad y la experiencia. Según N. Garrote, "Una estrategia supone un conjunto de comportamientos producidos en las instituciones y que da como resultado la reproducción de éstas y de los actores". El concepto de estrategia permite entender la acción alimentaria como resultado de la interacción social. Supone una elección entre varias opciones posibles.

Las estrategias resuelven de manera particular la relación "accesouso" de los recursos.

Dadas ciertas condiciones de vida, los grupos organizan de cierta manera el consumo alimentario para su reproducción a través de comportamientos familiares que connotan valores y creencias sobre sus miembros y sobre los alimentos" (Garrote, 1997).

El alimento puede estar disponible a nivel familiar pero esto no garantiza la nutrición del niño, por eso es importante conocer los canales de acceso de éste al alimento y quiénes asumen el rol de dadores.

El lugar que ocupa el niño en la familia estará condicionado por la composición familiar, las actividades de los integrantes, las relaciones entre ellos, las mediaciones socioculturales (creencias, valores, conocimientos, etc.), lo cual está atravesado por la subjetividad de cada uno de los miembros de la familia, precediendo al nacimiento del niño y configurando su lugar.

Dentro de la composición familiar es fundamental poder pensar el vínculo primario entre la madre (o persona en función materna) y su hijo, desde qué lugar esta madre recibe a ese hijo, porque es en función de este lugar que lo va a alimentar, por ejemplo.

Como sostiene Piera Aulagnier (1978), toda comunicación interhumana es sentida e imaginada por el bebé. Su cuerpo es el asiento de necesidades, de aportaciones y rechazos que lo ligan al mundo, proceso en el cual quien lo alimenta es el mediador.

Podemos pensar así a esta madre como mediadora con el mundo, y la alimentación como uno de los principales modos de intercambio del niño con la madre y con su entorno.

Metodología

Se trata de un estudio retrospectivo, exploratorio y con una metodología cualitativa, en el cual cada momento del proceso investigativo se interrelaciona con los otros dialécticamente.

Tomamos como unidad de análisis familias con chicos desnutridos recuperados de 1 a 5 años y 11 meses atendidos en el Centro de Salud "Las Flores", con control médico periódico, beneficiarios de Programas Alimentarios.

Se trabajó con la totalidad del universo que son 16 casos de familias con niños desnutridos recuperados, según los criterios de recuperación del PROMIN: tres controles eutróficos consecutivos, durante el período comprendido entre abril '96 a abril '97. Esta información fue recogida de los datos obtenidos en el Centro de Salud y procesados por el PROMIN.

Además dicha información se corroboró con las Historias Clínicas con la colaboración de una médica pediatra del efector.

La propuesta metodológica incluyó entrevistas semidirigidas en profundidad realizadas a las madres o personas a cargo de los niños recuperados, por profesionales de las áreas de Trabajo Social y de Psicología, debido a que la especificidad de cada una de estas disciplinas permitiría un enfoque más amplio de esta problemática. Estas entrevistas se llevaron a cabo con una guía de ejes temáticos elaborada para darle una direccionalidad a los encuentros. Los mismos se efectuaron en el domicilio de los niños. Este contexto permitió la observación tanto de las condiciones ambientales como de las relaciones vinculares, y la participación de más de un miembro de la familia.

Los ejes temáticos propuestos para el desarrollo de las entrevistas fueron:

- Situación socio-económica: vivienda, trabajo, educación, situación ambiental, lugar de procedencia, años de residencia.
- Recursos alimentarios de las familias: planes, programas, recursos propios y comunitarios.
- Representaciones acerca de la desnutrición y de la alimentación: significados, opiniones, saberes.
- Vínculos familiares en relación al niño: composición familiar, tipo de familia, persona a cargo del niño, relación madre-hijo, funciones parentales.

Resultados respecto a las líneas de análisis planteadas

Condicionantes socio-económicos, educativos y migratorios: La precarización laboral

Consideramos importante analizar las estrategias alimentarias dentro de un espacio macro-social donde confluyen diferentes aspectos de la realidad socio-económica.

Se ha relevado el lugar de procedencia y los años de residencia en el barrio por considerarlos fundamentales en las capacidades desarrolladas por estas familias para la inserción a las nuevas redes sociales y reubicación en los circuitos laborales de esta ciudad. La mayoría de las familias entrevistadas provienen del norte del país (Chaco, Corrientes, norte de Santa Fe) y los otros son oriundos de Rosario. El tiempo de residencia y permanencia en el barrio es mayor a 15 años.

En cuanto a la escolaridad podemos observar que en general los padres han asistido a la escuela primaria y que la mayoría han completado este nivel. Existen algunos casos en que se cursó la

secundaria en forma incompleta. También se pudo observar que los niños pertenecientes a estas familias concurren a la escuela en forma regular.

La que caracteriza la situación laboral de los jefes de estas familias es la precarización del empleo (changanines, albañiles, portuarios o beneficiarios de programas de empleos), y unos pocos poseen trabajo estable, no hallándose ninguno totalmente desocupado. Las madres, en su mayoría, son amas de casa y unas pocas trabajan de manera inestable (venta de productos, empleada doméstica, beneficiaria de un programa).

Estas familias responden al modelo nuclear y en la mayoría de los casos con más de tres hijos.

Todas poseen vivienda propia, la cual no es compartida con otros familiares. Las casas, en general, no son precarias y se observa que poseen buena higiene (sin insectos, ni acumulación de basura).

Recursos alimentarios: la reciprocidad familiar y las instituciones en los recursos alimentarios

Podemos agrupar estos recursos en dos clases: los recursos alimentarios institucionales y los recursos alimentarios familiares.

Recursos alimentarios institucionales

En el barrio se cuenta con:

- Centro de Salud Municipal: caja de leche y complemento alimentario PROMIN (CAF, PAI).
- Comedores escolares (2 escuelas estatales, 2 parroquiales).
- Centro de desarrollo Infantil (CDI) (2 municipales y 1 provincial): desayuno/merienda y almuerzo.
- Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario: caja de alimentos, bolsón de verduras, caja PRANI, huertas comunitarias y criadero de pollos y conejos.
- Iglesia Itatí: copa de leche, comedor, caja ASOMA.
- Acción Social de la Provincia de Santa Fe: copa de leche.

En primer lugar, al ser familias que se encuentran dentro de la zona de influencia del Centro de Salud, todas recibieron la caja de ayuda alimentaria y las cajas de leche según programas vigentes. Los entrevistados consideran esta ayuda como importante para la recuperación de la desnutrición. "Es buena, traía bastante." "Me parecía bueno el contenido, por lo menos a mí me alcanzaba."

"Antes recibía la caja CAF, que me servía."

Aunque todos los niños estaban en edad de asistir al CDI, sólo algunos utilizaban el mismo, en el cual desayunaban o merendaban, y almorzaban. En general, la opinión sobre el servicio alimentario es buena y solo manifiestan críticas en relación a la modalidad de la institución y a la accesibilidad. "La comida del CDI le hace bien a los chicos; la carne, los bifos, las lentejas y el hígado." "Desde que va al CDI empezó a aumentar de peso, allá come cosas que acá no." "Antes íbamos a buscar la comida al comedor del Supercoop, pero dejamos de ir porque mi marido no quería porque cambiaron la modalidad, antes se retiraba la comida para la familia y ahora los chicos de 2 a 5 años

deben asistir al CDI, mi marido no quiere que vayan porque dicen que los chicos se escapan". "En algunas ocasiones las nenas asisten al CDI porque es muy lejos y se cansan." Todos los chicos que asisten al CDI reciben la caja PRANI.

La apreciación que se pudo obtener en relación a los comedores escolares, en general, no es buena ya que presentan quejas en cuanto a la calidad de la comida y de la organización del servicio. "A una de mis hjas esa comida la enfermaba. Además los chicos se pelean, se pegan, no quieren ir más por eso. La comida que le dan ahora es buena pero antes era comida de chanchos..."

Además de estos recursos, algunas familias acceden a otros tales como: bolsón de verduras, caja de alimentos de Promoción social, copa de leche, comedor de la Iglesia.

Recursos alimentarios familiares

La mayoría de las familias refieren contar con algún tipo de ayuda familiar. "Comen al mediodía de los abuelos paternos. A veces llevamos algo para compartir". "Mi suegra me ayuda con cosas que a mi me faltan y si yo tengo, la ayudo yo". "La nena a veces come en la casa de la abuela".

"Almorzamos en la casa de mi mamá, llevando alimentos que tengan en ese momento". "Recibo ayuda de mi suegro, que a veces nos trae pescado o nos invita con una comida especial". "Mi cuñada nos trae verduras de la quinta de su casa". "Las abuelas de los chicos nos mandan comida hecha o frutas". "Mi cuñada me pasa leche porque retira 2 ó 3 kg por el más chico."

Solamente en uno de los casos consumen los animales que ellos crían. Ninguno refiere tener huerta familiar ni participar en huertas comunitarias.

Representaciones acerca de la desnutrición y de la alimentación

En relación a las representaciones que las mamás tienen de la desnutrición de sus hijos, expresan más frecuentemente como causa la presencia de parásitos. "Bajó de peso cuando estaba con los bichos". "... tiene parásitos y dos por tres baja de peso". "La doctora le dijo que podía ser por la fiebre y angina, y por los parásitos ya que él comía tierra".

En general, la desnutrición es relacionada con la debilidad y con las anemias. Esto se vincula con la visualización de un niño enfermo como aquel que está pálido, inactivo, delgado, en contraposición con la idea de un niño sano. "Es una anemia muy grande. Es una enfermedad que se le van las defensas". "A ella le hace falta calcio en los huesos". "... lo veo flaco, tendría que subir un poquito". "... Antes, cuando estaba desnutrida, no jugaba, estaba quietita. Ahora juega, está más viva". "Ahora está más grande y no se enferma más. Está más 'cara rosada'. La veo más gordita". "Mis suegros siempre me dicen que lleve al chico al hospital porque lo ven muy flaquito y puede estar enfermo". "Cuando estaba desnutrido tenía mucho sueño, estaba distraído. Ahora esta más activo, come bien". De este grupo, unos pocos no reconocen el estado de desnutrición en el que el niño se encontraba. "... no estuvo desnutrida, la doctora le dio la caja porque le faltaba hierro". "A lo mejor era la condición de ella porque yo era flaquita y la hermana también era chiquita". "Debe tratarse de un error,... nunca fue desnutrido."

En varias de las entrevistas se pudo observar lo determinante de la palabra del médico en relación a la problemática y a su recuperación, sin interrogarse acerca de esto. "Le hice todo el tratamiento para los parásitos como digo la doctora, le daba todo lo que ella decía, le daba los remedios y le preparaba todo lo de la caja." "La doctora del Centro de Salud me dijo que a lo mejor come

poco". "Hace tres meses que la doctora me dijo que salió de la desnutrición". Hay un saber acerca de la alimentación que coincide con los mensajes recibidos de los profesionales de la salud y los emitidos por los medios de comunicación en relación a los alimentos que nutren. "Uno de los mejores alimentos para que crezca bien es la lenteja con chorizos... me lo dijo la doctora". "Cuando tiene diarrea le hago la comida que le da la doctora". "Cuando ella estaba desnutrida le dábamos la 'comida especial' que decía la doctora que le haga". "Considero que lo mejor para que mi hijo crezca sano es la carne y la verdura..., lo sé porque lo dicen los médicos, la televisión y me lo enseñó mi madre". "El mejor alimento es la leche... dicen en la tele que aunque sea un vasito por día hay que tomar".

Existe coincidencia en señalar a la carne, las lentejas, las verduras y la leche, como los mejores alimentos para consumir, aunque lo que más ingieren son tortas fritas, guisos, sopas y estofados.

Vínculos familiares en relación al niño procesos de cambio y roles:

a) Amamantamiento y destete:

Es la alimentación uno de los principales modos de intercambio del niño con la madre y su entorno, y esto a su vez va configurando un espacio propio donde el niño se desarrollará. Se corroboró a través de las entrevistas ciertas dificultades en las madres con el tema del amamantamiento y el destete; la mayoría de los niños tomó pecho hasta pasado el año, algunas hicieron referencia a que ésta fue una de las causas por las cuales su hijo se desnutrió. "... Tomó el pecho hasta el año y medio, se lo seguía dando porque él lo pedía. Le di la mamadera después de la teta, pero no le gustaba mucho. Empezó a desnutrirse cuando dejé de darle el pecho". "Yo hacía de todo para que la dejara, le ponía sal pero la sacaba, hasta que el padre se enojó, le dijo que era grande para la teta y lo hizo dormir al lado de él, después se olvidó de la teta." "Tenía poca leche y mi leche no era alimento, a mí me pareció que me arruinaba yo y ella no crecía." "Tuve que dejar de darle el pecho porque empecé a trabajar." "Tuve un embarazo muy difícil... le di el pecho hasta los diez días, luego le di leche maternizada." "Le di el pecho hasta los tres años, se lo dejé de dar porque nació mi otra hija"

b) Vínculos familiares: Roles parentales y organización familiar:

Se encuentra en gran parte de los casos un vínculo muy marcado entre las madres de estos niños con sus propias madres: "Al mediodía cocina mi mamá, comemos todos en su casa, nos sentamos todos a la mesa." "A la noche cocina la abuela, que es quien sirve..." "Me doy cuenta que dependo mucho de mi mamá, para todo le pido permiso. Yo no puedo quedarme en mi casa, siempre estoy en la casa de mi mamá."

En varias oportunidades, al visitar el domicilio de las familias no se hallaba a sus integrantes, refiriendo los vecinos que se encontraban en la casa de la abuela materna. En algunos de los encuentros las abuelas participaban de las entrevistas.

En general las familias valorizan poder compartir al menos una de las comidas con la totalidad de la familia, sentarse todos a la mesa, compartiendo todos la misma comida. "Cocino a la noche, comemos todos juntos la misma comida, cada uno tiene su plato y ninguno quiere comer lo que le sobra del plato del otro". "A la noche comemos todos juntos, si falta alguien a la mesa, no comemos

hasta que estemos todos, comemos lo que los chicos deciden. Hay que tener en cuenta lo que le gusta a ellos".

A excepción de uno de los casos, los padres no participaban de las entrevistas, apareciendo el papel del padre en el relato de las madres: "Mi marido no quiere que vaya al CDI". "Es mañero para la comida" "Mi marido le exige que coma" "Se puso mal porque extrañaba a su papá que se tuvo que ir a trabajar a otra provincia " "... hasta que el padre se enojó, le dijo que era grande para la teta, y lo hizo dormir al lado de él... " "Mi marido no quiso que los mandara al comedor, decía que era mejor que comieran lo que nosotros podemos darle". "El padre le da de comer en la boca como forma de mimosearla "

c) Vulnerabilidad ante los cambios:

En uno de los casos el cambio de vivienda coincide con el episodio de la desnutrición y en otro se produce una migración durante el embarazo de la madre, desnutriéndose, por lo cual la hija nace con problema de desnutrición. También se marcaron como importante los cambios en relación a quién da la comida: ".. se desnutrió cuando nos mudamos al barrio, antes vivíamos con su abuela, era ella la que la cuidó hasta los dos años..."

Surge como evidencia, en la mayoría de los casos, el niño desnutrido recuperado es el menor de varios hermanos en familias numerosas.

Conclusiones

A través de las entrevistas realizadas con las madres de estos niños desnutridos recuperados, pudimos notar que las representaciones sobre la desnutrición están determinadas por su propia percepción ("flaquito", "pálido", "quieto") y por lo establecido por el discurso bio-médico, ya que éste es el que señala cuando un niño esta desnutrido o no.

En relación a lo determinado por este discurso, percibimos una reproducción por parte de las madres, que al sentirse responsabilizadas de la situación de sus hijos responden linealmente a las prescripciones médicas.

Giran alrededor de la problemática de la desnutrición innumerables creencias que atraviesan a los profesionales de la salud, que asocian a la problemática con la falta de alimentos, el bajo nivel de instrucción, el desempleo, la falta de higiene y la precariedad de la vivienda.

Pero más allá de estas presunciones en las entrevistas surgen que estos aspectos no son totalmente deficitarios en estas familias, pero a su vez se pudo observar que los mismos (tales condiciones) han influido de una manera u otra en la recuperación de sus hijos.

El tratarse de familias nucleares en las cuales está presente la figura materna y paterna contribuye a la delimitación de roles y funciones. Observamos que la determinación de roles y funciones es cultural, pero el modo en que se llevan a cabo es determinado por la subjetividad de la mamá y del papá. La primera, dando lugar a la palabra del padre, y éste a su vez pudiendo decidir en relación a la crianza del niño, la cual también incluye el estado nutricional del mismo. Por otra parte, es significativo el vínculo de dependencia que sostienen las madres de estos niños con sus propias madres.

Es manifiesta la importancia que estas mujeres otorgan al momento del destete como causa de la desnutrición de sus hijos, observándose la relación que existe en estos casos con la prolongación del

período de lactancia más allá del año y la dificultad en favorecer el proceso de desarrollo de sus hijos. Esta relación de dependencia que la mamá tiene con su hijo posee una similitud con el vínculo que sostienen con sus propias madres. Pero es muy importante rescatar que este modo de relacionarse no obstaculiza el hecho de que el padre se pueda ubicar en su rol.

Podemos observar que las situaciones de cambio que atraviesan la historia familiar (mudanzas, migraciones, alejamiento de algunos de los miembros de la familia, cambio de la persona a cargo del cuidado del niño) también influyeron en el estado nutricional del niño.

No se evidencian lazos solidarios importantes entre vecinos relacionados con la alimentación, pero sí se destaca la fortaleza de los lazos familiares (abuelos, tíos, hermanos) en este aspecto.

El prolongado tiempo de residencia en el barrio de estas familias se constituye en un facilitador de accesibilidad a los recursos, debido al conocimiento de las ofertas institucionales y la identificación de las circuitos formales e informales. La ayuda alimentaria es considerada por las mismas como de buena calidad, aunque plantean algunas críticas en cuanto a la accesibilidad y modalidad de implementación.

Los entrevistados prefieren aquellos aportes o ayudas alimentarias que puedan llevarse a su domicilio, para disponer de ellos según sus costumbres y modalidades.

Las estrategias alimentarias que estas familias se dieron para recuperar a sus niños fueron construidas partiendo de los propios recursos (económicos, familiares, subjetivos) articulados con los recursos institucionales de la comunidad a los que tuvieron acceso.

Las familias cuyos niños se recuperaron de la desnutrición son aquellas que pudieron percibir la dificultad de esta problemática; esto se da en un proceso que va desde la mirada atenta de la madre que observa signos en sus hijos hasta el diagnóstico médico que nombra a estos signos como desnutrición y advierte de las consecuencias.

Estas familias asumen la responsabilidad de la recuperación del niño, accediendo a los recursos disponibles y haciendo uso de los mismos, apartándose de la pasividad que genera la carencia.

No obstante, se manifiesta un cierto malestar en cuanto a depender de estas ayudas alimentarias, valorando la posibilidad de procurarse los recursos a través de sus ingresos laborales, permitiendo esto organizar la cotidianeidad de acuerdo a sus propias elecciones. En los Programas Alimentarios debería incluirse, en la confección de las dietas, las preferencias de los beneficiarios en cuanto al proceso alimentario, ya que éste está atravesado por creencias, valores, prácticas y actores diferentes, y no posicionarse solamente desde el saber científico para determinar cuál es la "necesidad nutricional y decidir arbitrariamente sobre los alimentos más adecuados, sin tener en cuenta la heterogeneidad de una comunidad. No deberíamos olvidar que el alimentarse como proceso social y biológico incluye aspectos históricos, culturales e ideológicos.

En este punto podemos hacer una lectura de la importancia de generar acciones que posibiliten su inclusión en los circuitos productivos y que apuntalen la autonomía para poder resolver la problemática que los atraviesa.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que, en mayor o menor medida, transitaban por este proceso investigativo a lo largo de dos años de trabajo. Destacamos la colaboración de Lic. Nora Garrote, Dra. Hilda Guaragna, Est. Claudia Lagos, Dra. Raquel Musso, Ps. Claudia Nieto, Dra. Andrea Poy,

Est. Zulema T. de Quinteros, Lic. José Romero. A todo el personal del Centro de Salud "Las Flores" y a las familias entrevistadas por la buena predisposición y ayuda.

Bibliografía general

- Aulagnier, P. "Los destinos del placer", Edit. Argot, Bs.As., 1978.
- Barea, A. y Bloj, A. M. "Proyecto de investigación: Posibles modos intervención en un marco de trabajo en equipo interdisciplinario, en casos de niños de 0 a 2 años con desnutrición grave, internados en instituciones hospitalarias", mimeo. Rosario, 1993.
- Beghin, I. y otros. "Guía para evaluar el estado de nutrición". Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- Berlinguer, G. "La enfermedad", Editorial Lugar. Colección Salud Colectiva, Serie Salud Colectiva. Bs. As, 1994.
- Borsotti, C. et al "Esquema para la formulación de un Proyecto de Investigación", en Ficha de Cátedra de Metodología de Área Investigación. Universidad de Luján, 1995.
- Castellanos, P. L. "Sobre el concepto de salud/enfermedad. Un punto de vista epidemiológico", Cuadernos Médico Sociales, CESS N° 42, 1987.
- Galtung, J. "Teoría y método de la investigación social", EUDEBA, Bs. As., 1966.
- Garrote, N. "Una propuesta para el estudio de la alimentación: Las Estrategias Alimentarias", en Antropología y Práctica Médica, La Dimensión Sociocultural de la Salud-Enfermedad, autores varios. Secretaría de Cultura de la Presidencia de la Nación, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Bs. As., 1997.
- Guber, R. "El salvaje Metropolitano", Edición Legasa. Bs. As., 1990.
- Habermas, J. "Pensamiento postmetafísico", Ed. Taurus, Madrid, 1990.
- Hintze, S. "Crisis y Supervivencia: Estrategias de Reproducción", en Suplemento N°15 "La ciudad futura".
- Hintze, S. "Estrategias alimentarias de sobrevivencia 1 y 2". Centro Editor de América Latina. Bs. As., 1989.
- Jodelet, D. "Las representaciones sociales: Un campo en expansión", Traducción: Alcina de Lasalle, E. Ficha de Cátedra de Antropología Médica, U.B.A., 1993.
- Lumi, S., Golbert, L. y Tenti Fanfani, E. "La mano izquierda del Estado. La Asistencia Social según los beneficios", Mio y Dávila Editores, ClEpp, Es. As. 1992.
- Myers, R. "Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de Desarrollo para la primera infancia en el Tercer Mundo", en Publicación Científica N° 545. Bs. As. 1993.
- Parsons, T. "Interacción social", 1976.
- Rodríguez, R., " Taller sobre políticas tecnológicas en el sector médico", OPS, Bs. As., 1988.
- Rozas Pagasa, M. "La pobreza detrás de las estadísticas", Centro Editor de América Latina. Bs. As. 1996.
- Torrado, S. Sin datos de edición.

Las condiciones y el ambiente de trabajo: su relación con los procesos de salud-enfermedad en el personal de enfermería de un hospital público polivalente*

Amigot, Beatriz** ; Rasetti, Beatriz***

Definición del problema

A partir de reiteradas observaciones sobre la labor que el personal de enfermería realiza cotidianamente en las salas de internación de un Hospital Público Polivalente, tomamos conocimiento respecto a las condiciones y ambiente de trabajo y nos preguntamos qué efectos tienen sobre los procesos de salud y enfermedad de estos sujetos.

Partimos de pensar que los procesos de salud y enfermedad y el modo en que las personas desarrollan su vida cotidiana están determinados en parte por las condiciones y el ambiente de trabajo.

La enfermería ofrece la particularidad de constituir un área de servicio destinado primordialmente a sujetos que sufren y padecen. Esto implica una tremenda fuente de exigencias, sobrecarga y responsabilidades para el personal de enfermería.

Marco teórico

Tomando los conceptos vertidos por el Dr. Julio César Neffa en su texto "Condiciones y medio ambiente de trabajo en la Argentina", esta problemática puede enfocarse desde una perspectiva tradicional o desde un enfoque renovador. En la primer modalidad de abordaje, los ejes prioritarios están centrados a nivel del establecimiento. El trabajador es reducido a la condición de simple fuerza de trabajo; se privilegia el impacto de la carga física en detrimento de la carga psíquica y mental. Se analizan los diversos factores que configuran la higiene, la seguridad y la salud ocupacional en forma individual sin percibir sus interrelaciones y el impacto de éstas sobre el trabajador. Se pone énfasis en estudiar los riesgos profesionales según las características del puesto de trabajo, estimando que todos los trabajadores tienen igual capacidad de resistencia; considerándose homogénea a la fuerza de trabajo. Para este enfoque, la causa principal del riesgo

* El trabajo contó con la asesoría directa de la Antropóloga Marta Abonizio para la elaboración del artículo.

* * Médica coordinadora del Programa de TBC.

* ** Psicóloga. Servicio de Psicología Hospital de Niños "Víctor J. Vilela".

profesional sería responsabilidad exclusiva del trabajador, el denominado "factor humano".

El enfoque renovador adquiere impulso gracias al "Programa Internacional para mejoramiento de las condiciones de trabajo y medio ambiente de trabajo de la Organización Internacional del Trabajo" (PIACT). En este marco, comenzó a formularse recientemente un nuevo paradigma que "concibe al hombre en situación de trabajo" como una unidad psicosomática sobre la cuál van a repercutir en su conjunto y no individualmente los diversos factores de riesgo.

El objetivo de las investigaciones realizadas sobre la salud de los trabajadores está centrado en el estudio de los procesos de salud y enfermedad de estos grupos humanos en su relación con el trabajo, teniendo en cuenta el conjunto de valores, creencias e ideas, así como de las representaciones sociales y la posibilidad de estos sujetos de acceder al consumo de bienes y servicios, en la moderna civilización urbano-industrial.

Como antecedentes relevantes, cabe consignar que la revista "Epidemiologie et Santé Publique", brinda datos sobre numerosos estudios relacionados con la desigualdad social, personal y profesional frente a la enfermedad y la muerte. De ellos surge que hay indudablemente una estrecha correlación entre: ingresos, educación, morbilidad, y mortalidad. Por ejemplo: el infarto de miocardio, según estudios recientes, no es una enfermedad de los altos gerentes sino de los cuadros medios, las crisis cardíacas atacan más a los obreros calificados y a los empleados que a los ejecutivos; las várices y sus complicaciones son más frecuentes en obreras y en el personal doméstico que entre mujeres con responsabilidades directivas. Los hallazgos de estos estudios demuestran que las condiciones y el ambiente de trabajo son factores importantes en la determinación de los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores de la salud, en el sentido de que pueden predisponer, desencadenar o agravar situaciones de enfermedad.

Por otra parte, estudios epidemiológicos realizados en Francia (Revista Epidemiologie et Santé Publique) han demostrado que:

- Los mineros de carbón son afectados por silicosis en un número más elevado que el resto de los trabajadores que no tienen contacto con partículas de sílice.
- La tuberculosis afecta más frecuentemente a mineros franceses que al resto de la población.
- Los empleados u obreros que trabajan de noche o por turnos sufren alteraciones del ritmo circadiano como consecuencia de la modificación del reloj interno.

En los países donde se ha estudiado este tema, se constató que el 37% de los obreros metalúrgicos que trabajan por turnos, manifiestan según encuestas recientes trastornos psicológicos y digestivos. Según estudios realizados sobre el tema, los jornaleros están más expuestos a riesgos profesionales dado que son los que menos conocen el proceso productivo y a quiénes se les asignan los trabajos más penosos y pesados.

En Estados Unidos, la expectativa de vida entre campesinos (jornaleros) es un 20 % inferior a la media del país.

En alguna medida, las diversas investigaciones sobre la temática de salud y trabajo dan cuenta de la estrecha interrelación existente entre los procesos de trabajo y los procesos sociales. Podría afirmarse por una parte que el trabajo es fundante de lo social, pero a la vez el contexto social determina la forma de organización de las prácticas que se desenvuelven en el proceso productivo.

Heller (1), sostiene que Marx utilizó dos conceptos de trabajo: "Work" y "Labour". El primero hace referencia a una actividad genérico social que trasciende la vida cotidiana. En este caso hablamos del trabajo como la actividad esencial del hombre; es la actividad humana orientada hacia un fin, "la producción de valores de uso" a ser intercambiados en el mercado. Permite al hombre apropiarse y transformar la naturaleza que lo rodea, tarea para la que necesita de otros hombres, con los cuáles a veces aúna fuerzas y otras compite llegando a provocar conflictos entre ellos.

El segundo término hace referencia a que los hombres en el proceso de la vida cotidiana deben realizar un trabajo con la finalidad de reproducirse a nivel de lo singular. Es en torno a esta característica que se organiza la vida social.

El proceso de trabajo va configurando modos particulares de enfermar si no tiene como condición el intercambio de las experiencias en un marco de cooperación y solidaridad entre los hombres.

Por otra parte el trabajo no es sólo un mero requerimiento de subsistencia. Mediante el mismo, el hombre desarrolla aptitudes y conocimientos que lo capacitan y le permiten crecer en el ámbito laboral, así como también lo socializa facilitándole su integración al conjunto social. El sujeto se siente valioso en tanto y en cuanto realiza cosas valiosas.

Freud, (citado por D. Suaya, 1998) definió la relación del hombre al trabajo como una relación libidinal, siendo el objeto "Trabajo" una dimensión fundamental en la estructuración de la identidad del sujeto.

La precarización, la inestabilidad y la flexibilidad que caracterizan hoy las relaciones laborales, colocan al sujeto en una posición de vulnerabilidad que además de provocar malestar y sufrimiento repercuten en su vida personal, familiar y social. Según Dessors y Molinier "el sufrimiento en el trabajo es la percepción que surge cuando la relación del sujeto con la organización del trabajo está bloqueada, cuando la cooperación está rota, la confianza se vuelve imposible, el reconocimiento sale mal".

En nuestra sociedad como en muchos países, existen diversos espacios laborales portadores de atributos diferenciales. Algunos muy valorados socialmente, en tanto permiten a los sujetos el acceso a la riqueza, al prestigio y al poder y otros que apenas permiten la cobertura de necesidades básicas. Cabe señalar sin embargo, la existencia creciente de amplios sectores que han quedado excluidos o marginados del proceso productivo y por ende viven en condiciones de extrema pobreza.

Retomando las nociones de condiciones y medio ambiente de trabajo (Cymat) -entendiendo como tales: las condiciones objetivas de trabajo y el ambiente donde éste se desarrolló cabe destacar que los mismos están constituidos por un conjunto de variables que directa o indirectamente van a influir sobre la vida cotidiana y los procesos de salud y enfermedad de los trabajadores insertos en sus colectivos de trabajo.

El conocimiento de estas variables requiere de la articulación de varias disciplinas científicas convergentes sobre un mismo objeto: "El hombre en situación de trabajo", resultando fundamental además la perspectiva de los propios actores en términos de las vivencias y percepciones que ellos tienen respecto de la forma en que las condiciones y medio ambiente de trabajo afectan su vida y su salud, situación que variará atendiendo a las particularidades individuales.

Mundialmente, en el sector salud, prestan servicios alrededor de 35.000.000 de personas. De acuerdo con un reciente informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, diciembre de

1998), el gasto mundial en asistencia médica y sanitaria, fue de unos 2.330.000 millones de dólares, lo que equivale a un 9% del P.I.B. mundial. Con independencia del sexo y la edad, la asistencia sanitaria es fundamental para toda la población mundial, así como para la sociedad y la economía en su conjunto, lo que le confiere singularidad respecto a la mayoría de los sectores laborales. Sin embargo las condiciones de trabajo del sector salud son cada vez menos satisfactorias, además del recorte de gastos y restricciones presupuestarias, aumentan la frecuencia con la que deben afrontar numerosos riesgos profesionales que van desde la violencia, las infecciones, la enfermedad e incluso la muerte. La combinación de remuneración insuficiente, la inestabilidad en el puesto, y deficientes condiciones afectan no sólo a los trabajadores sino que puede ser también perjudicial para los pacientes y contribuir al deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria.

La O.I.T., comenzó desde hace tiempo a prestar atención a los trabajadores del sector, convocando recientemente (dic. '98), a paritarias para examinar por primera vez la repercusión de las reformas de la asistencia sanitaria y las condiciones de empleo y de trabajo de este sector.

El sector enfermería dentro de los trabajadores sanitarios, es un sector que por la especificidad de sus funciones merece especial atención tanto en lo que se refiere a la carga laboral como al propio proceso de trabajo. El concepto de carga laboral, según Cristina Laurell: "... permite resaltar en el análisis del proceso laboral, los elementos de éste que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador generando aquellos procesos que se traducen en desgaste". Este último concepto complementa el de carga laboral en cuanto consigna las transformaciones negativas, originadas por la interacción dinámica de las cargas, en los procesos biosíquicos humanos. El desgaste se define entonces, como la pérdida de la capacidad potencial y/o efectiva, corporal y psíquica, ocasionado por el esfuerzo físico y por las posiciones forzadas e incómodas, que este trabajo exige. El personal está expuesto, además a posibles traumatismos y lesiones por movilización y/o transporte de pacientes postrados. Situación que acentúa la percepción de malestar si se tiene en cuenta que no conforman acciones específicas de su rol, si no por el contrario operan desvirtuando el mismo.

La carga psíquica que sufren está relacionada con la tensión y la angustia que ocasiona el trabajar con la emergencia, con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

El nivel de stress que provocan estas tareas, no finaliza al terminar la jornada, por el contrario, a veces impide al trabajador relajarse durante los francos y penados de descanso.

Por otra parte, si bien la medicina ha ido progresando considerablemente gracias al avance de la tecnología en la lucha contra la enfermedad y la prolongación de la vida humana, el sector sanitario público no se ha visto recompensado en cuanto a remuneraciones. A pesar de ser una actividad que no permite postergaciones y que exige del trabajador gran responsabilidad y dedicación, en el ámbito de las decisiones políticas, no existe un reconocimiento económico acorde al nivel de exigencias que supone este tipo de trabajo. Esta situación trae como consecuencias que muchos trabajadores vivencien su actividad con cierto grado de insatisfacción. Este malestar se ve reflejado no solo en el ámbito de trabajo, sino también fuera del mismo, en el hogar, con los amigos, en todos los espacios que se desenvuelven estos trabajadores.

Objetivo general

- Describir y analizar las condiciones y el ambiente de trabajo del sector enfermería de un

Hospital Público, y establecer su relación con los procesos de salud-enfermedad de dicho sector.

Objetivos específicos

- Describir el proceso de trabajo del sector enfermería de un Hospital Público de mediana complejidad: condiciones objetivas y ambiente del mismo.
- Analizar la percepción subjetiva de estos trabajadores con respecto a dicho proceso, a su moda de involucrarse en el mismo desde la función técnica, y al impacto de este proceso en la organización del tiempo extralaboral, proceso de salud-enfermedad y constitución de redes sociales.

Metodología

Descripción del contexto del estudio

La investigación se realizó en un hospital municipal del Distrito Oeste de nuestra ciudad, creado en sus orígenes para la atención de pacientes con patologías infectocontagiosas, como Casa de Aislamiento. Aunque aún persiste en el imaginario social de un sector de la población esta modalidad de asistencia, la misma ha ido cambiando de acuerdo a las demandas de la atención en salud, hasta convertirse en lo que es hoy, un hospital polivalente de mediana complejidad. Su antigua infraestructura edilicia, está conformada por cuatro salas de internación clínica (una en remodelación), 33 consultorios externos de especialidades y Servicio de Guardia las 24 horas. Cuenta además con un adecuado soporte técnico especializado para realizar estudios complementarios.

El total del personal rentado del hospital es de: 195 profesionales, de los cuales 87 son médicos, 14 son bioquímicos, 75 enfermeros (10 licenciadas y 29 enfermeros profesionales, el resto son enfermeros auxiliares y enfermeros ley), psicólogos: 6 y una psiquiatra, 2 trabajadoras sociales, 1 estadística y 1 kinesióloga. 20 técnicos auxiliares en diferentes disciplinas; 42 administrativos; 27 mucamas, 54 operarios (entre ellos 3 son camilleros).

Las Salas seleccionadas para este trabajo son las Salas I y II, dado que se trata de las Salas con mayor internación de pacientes con patologías infecto contagiosas y a la vez con un elevado giro/cama. En la Sala I, trabajan 13 enfermeros, 2 licenciados, de los cuales uno es la enfermera jefe del servicio, 4 enfermeros profesionales y 6 enfermeros auxiliares. En la Sala II trabajan 14 enfermeros, una licenciada en enfermería, 5 enfermeros profesionales y 8 enfermeros ley.

La carga horaria del personal de enfermería, cubre 4 turnos de 6 horas cada uno, con un total de 30 horas semanales, 120 mensuales. Con 20 minutos de descanso para un refrigerio por turno, que no es provisto por el hospital.

Para cumplir con el propósito de indagar la relación entre condiciones y ambiente de trabajo y los procesos de salud y enfermedad se realizó un estudio de casos; utilizando como fuentes primarias, entrevistas semidirigidas, a un grupo de 15 enfermeros y enfermeras, que trabajan en las Salas I y II de un Hospital Pública Polivalente. Las entrevistadas fueron invitados a participar voluntariamente, teniendo en cuenta al momento de su inclusión en el estudio, la pertenencia de género y el desempeño o no de carga jerárquico -el total del personal entre ambas salas, suma una población

total de 27 enfermeros. Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo en los respectivos turnos, preservándose el anonimato de los participantes.

Los ejes indagados en las mismas fueron:

- Condiciones y proceso de trabajo. Percepciones subjetivas sobre satisfacción laboral y dificultades en el desarrollo de las tareas.
- Percepciones sobre el impacto del proceso de trabajo en la Organización del tiempo extralaboral, posibilidad de constitución de redes sociales y familiares y Proceso salud-enfermedad.
- Medidas de bioseguridad.

Caracterización de las actividades del proceso de trabajo en el sector de enfermería:

En la Argentina, existe una diversidad de entidades formadoras de enfermeros, que brindan formación especializada diferencial: a nivel de profesionales y de auxiliares. Para el primero se requieren estudios secundarios completos y un curso de 3 años de nivel terciario o universitaria (profesionales), o de 5 años de nivel universitario y una tesis para acceder al título de licenciado. Las auxiliares tienen como requisito haber completado el nivel primario y un curso de 9 meses de duración. Otra categoría es la de enfermero Ley; este personal revestía el cargo de enfermero auxiliar y luego de cumplimentar un curso de 18 meses de actualización, se les otorga el título de enfermero Ley. Cabe aclarar que existen distintas Escuelas en nuestra ciudad, autorizadas para otorgar este título. La más calificada es la dependiente de la Secretaría de Salud Pública Municipal. El profesional de enfermería, desarrolla su labor desplegando actividades y prácticas que tienen como fin la prestación de un servicio: el mantenimiento y la restauración de la salud de las personas. Su objetivo fundamental se cumple en la atención al enfermo y a la enfermedad; como así también con la prevención y la promoción de la salud. En esto consiste el proceso de trabajo. Los profesionales que trabajan con enfermos tienen un importante papel social, dado que la sociedad valora a la salud como uno de los bienes prioritarios a salvaguardar. Deben lidiar permanentemente no sólo con el dolor y la muerte, sino también con problemas sociales como la violencia, la drogadicción, los efectos de la pobreza y la desigualdad social, para los que carecen de respuesta. Esta situación es generadora de angustia y malestar, repercutiendo a nivel personal y social.

Los procesos de salud-enfermedad se manifiestan concretamente en los individuos en directa correspondencia con la manera en que trabajan, viven, se alimentan, descansan y se recrean. Pensamos entonces que las condiciones y el propio proceso de trabajo van a incidir en la organización familiar, en las actividades a desarrollar en el tiempo ocioso, en la posibilidad de acceso a los bienes de uso y a los servicios colectivos determinando particulares estilos de vida. Las tareas formales que debe realizar este grupo de trabajadores, son las de confort e higiene de los pacientes y de atención de la salud (control de registro de signos vitales, administración de la medicación prescrita, control de monitoreos establecidos, registro de tareas, cumplimiento de las medidas de bioseguridad tanto para el personal, como para pacientes y familiares; concurrir a los pasajes de sala, colaborar con el médico en curaciones y otras tareas).

Descripción de resultados

Caracterización de la población en estudio

La población en estudio estuvo compuesta por 15 enfermeros, 8 de ellos varones y 7 mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 28 y los 58 años; residentes en diferentes zonas de nuestra ciudad.

Han realizado su formación en diferentes Escuelas e Institutos profesionales revistiendo diferentes títulos: Licenciados Universitarios, Enfermeros Auxiliares egresados de la Cruz Roja, Enfermeros profesionales egresados de las Escuelas de Enfermería Municipal, Provincial o de la Cruz Roja y un Enfermero Ley.

Algunos de ellos tienen familiares cercanos que ejercen o han ejercido la misma profesión (tíos, padres, esposa o esposo).

En cuanto a su organización familiar, 13 de ellos conviven con su pareja e hijos (de su primer o segunda convivencia); uno vive con su madre, y otro vive solo.

Cuatro de las mujeres y tres de los varones tienen doble empleo, todos excepto uno en la misma especialidad; el resto trabaja solamente en el Hospital.

Unos pocos, además de la actividad laboral realizan deportes y comparten su vida cotidiana con familiares y amigos. En general todos realizan cursos de capacitación en diferentes temáticas dentro o fuera de su profesión. Dos de las enfermeras auxiliares, cursan la Licenciatura en Enfermería, la otra, manifiesta no poder hacerlo porque los turnos rotativos de trabajo, se lo impiden.

Condiciones y proceso de trabajo

El problema del multiempleo y la multifuncionalidad en el empleo

En estas categorías se incluyeron dimensiones relativas a la infraestructura edilicia, recursos tecnológicos y equipamiento de que dispone el personal para llevar a cabo sus funciones. Además incluye la modalidad contractual y las características del puesto de trabajo.

Entre el grupo de enfermeros, existe una diversidad de situaciones en cuanto a la antigüedad y la figura legal; no sucede lo mismo con la carga horaria y la remuneración. Unos tienen turnos rotativos y otros fijos. Parte del personal realiza horas extras. El personal jerárquico tiene turnos fijos y no realiza horas extras.

En cuanto a las remuneraciones, el personal plantea, que cubren escasamente las necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda. Por este motivo algunos hacen horas extras o tienen doble empleo: Uno de los entrevistados refiere. "Con un solo trabajo no alcanza.."

Otro expresa: "Empecé con doble empleo por necesidades familiares, quedó instalado, pero estoy muy cansada; ahora dudo de cuál dejar, porque en el otro sanatorio gano el doble, pero acá el trabajo es mejor..."

Algunos enfermeros plantean como situación problemática, en una de las salas, el déficit de infraestructura edilicia, en cuanto a comodidad e higiene tanto para los pacientes como para el personal. Otros plantean incentivar la capacitación y el uso de las medidas de bioseguridad para pacientes y para el personal, así como eliminar la presencia de animales para evitar la transmisión de enfermedades.

Un enfermero manifiesta: "el lavado de manos no siempre se hace correctamente, tampoco el

descartar agujas; no se cambian los guantes entre paciente y paciente. Se debería insistir en el uso racional de estos elementos ".

En términos generales, las enfermeras plantean que no existen diferencias en el proceso de trabajo, entre enfermeras profesionales y auxiliares; si bien los primeros, tienen mayor categoría y perciben una pequeña diferencia salarial con respecto a los segundos.

La mayoría coincide en decir que además de las actividades técnicas, forma parte de sus funciones el brindar confort y apoyo psicológico a los pacientes y a sus familiares. Así la vivencian y al decir de uno de ellas: "Atenderlo bien, ayudarlo a soportar la enfermedad, darle la mano..."

Otros plantean que "educar al paciente y a su familia" también forma parte de sus funciones.

Otras al describir el proceso de trabajo dicen que, además de la tarea específica deben realizar otras que no les competen: "Hacemos la tarea asistencial al paciente, control de medicación, confort; de todo un poco, hasta hacer de camillero, llevar medicación..."

Otro dice: "Brindamos contención psicológica al paciente y su familia."

Percepciones subjetivas

Entre la gratificación personal y la angustia frente a la enfermedad y la muerte...

La mayoría del personal entrevistado, sin discriminación de función o jerarquía, expresa sentirse satisfecho en cuanto a la labor desarrollada en su ámbito de trabajo, sin embargo, plantean quejas respecto a algunas situaciones (como la adjudicación de turnos y horarios de trabajo, las bajas remuneraciones, entre otras), que a su juicio generan falta de estímulo e iniciativa en el desempeño de la labor cotidiana. Citaremos algunos ejemplos: "Mi trabajo me parece maravilloso, me siento cómoda aunque sufro con el dolor de los familiares y los pacientes..."

Otro expresa: "Me gusta mi trabajo, lo vivo como posibilidad de desarrollo personal, pero desearía seguir los pasos de la carrera administrativa".

Algunos admiten haber tenido dificultades para adaptarse a las pacientes HIV y otros a los pacientes con TBC. Una enfermera nos dice: "Me sentí impactada durante el primer tiempo, especialmente al entrar por primera vez a la sala y encontrarme con pacientes y el personal enfundados con barbijos y guantes, en un largo corredor iluminado con luces lilas" (luces ultravioletas, con función bactericida).

En general todos coinciden en expresar la angustia que les provoca afrontar el dolor y la muerte de los pacientes oncológicos jóvenes en fase terminal.

Al respecto un enfermero jefe expresa: "Me cuesta afrontar sobre todo el último tiempo de los pacientes jóvenes oncológicos; en vacaciones, soñaba con una paciente de 39 años que falleció". También manifiestan tener algunos problemas de relación y comunicación entre los miembros del equipo de salud pero la mayoría acuerda que estas cuestiones que muchas veces generan malos entendidos se dirimen en encuentros de reflexión sobre la práctica diaria.

Con respecto a los pacientes y sus familiares, el personal en general manifiesta mantener buenas relaciones, excepto algunos casos particulares cuando el paciente y/o sus familiares son agresivos o muy demandantes. Una expresa: una sola vez tuve una discusión con un HIV, fue por falta de comunicación del médico con el paciente..."

Con respecto a las propuestas de cambio algunos de los entrevistados coinciden en señalar que sería necesario realizar mejoras edilicias en una de las salas, mientras a la otra sala la consideran VIP (dado que se trata de una sala recientemente construida y con una infraestructura confortable). En cuanto al proceso de trabajo proponen agilizar la tarea, así como los procedimientos que se realizan a los pacientes. Permitir que desde su especialidad tenga la posibilidad de derivar al internado a otros profesionales como ser el psicólogo o a técnicos como el podólogo, al igual que lo hace el médico.

La organización del tiempo y su relación con el tejido de redes socio-familiares

Los enfermeros que trabajan solamente en el Hospital y tienen turnos fijos, realizan cursos de capacitación profesional, de idiomas, practican deportes, dedican horas a hobbies, a las tareas de la casa y atender a su familia nuclear. Los días sábado y domingo disponen de tiempo para amigos y otros familiares, también dedican tiempo al ocio.

Los que trabajan en turnos rotativos, aunque tengan un solo trabajo refieren no poder realizar deportes u otras actividades con regularidad por este motivo, menos aún compartir con familiares y amigos.

Una enfermera dice: "fijo tengo horario para comer o dormir, me acuesto a las 2 horas, duermo hasta las 8, me levanto, lavo la ropa, hago los mandados y preparo la comida para mi hija. No puedo hacer deportes, ni mirar TV, ni ir a la peluquería. No queda tiempo para familias y amigos."

R.: "No es igual dormir de día que de noche, realizo deportes una vez al mes. El día franco me dedico a la familia, hago mandados. Son pocos los días en el mes que puedo hacer esto; una sola vez al mes puedo recibir amigos y familiares, en el franco."

P. dice: "Por veinticinco años tuve doble trabajo, desde hace dos trabajos sólo aquí, necesitaba aire, un poco de tranquilidad, después tendré que buscar otra cosa."

Problemática de salud-enfermedad del grupo de estudio

Resulta interesante en este capítulo, no sólo la descripción de los problemas de salud referidos por los entrevistados sino también las teorías explicativas que ellos construyen en torno a los mismos.

P. dice: "Tengo un eczema que se exacerba cuando tengo problemas..."

L.: "Tengo artritis reumatoide, creo que a partir de mucho estrés laboral, muchas horas de trabajo, de levantar ancianos; dos cargos de conducción, estoy muy agotada..."

J.: "Tengo problemas gástricos por estrés, causados por deudas, problemas familiares y el trabajo"

R.: "Padezco colitis ulcerosa, usted cree que soy muy tranquilo, pero tengo muchos problemas, y por dentro soy muy nervioso "

Otros no explicitan teorías acerca de sus enfermedades, pero podemos suponer por el tipo de patologías que padecen: Asma bronquial e Hipertensión arterial, por ejemplo, que están directamente relacionadas con situaciones estresantes vividas en su medio familiar, laboral y/o social.

B.: "Tengo depresión reactiva al trabajo, me lo dijo la psiquiatra, y lumbalgia por movimiento de pacientes."

P. opina al respecto de las enfermedades que padecen sus compañeros: "El personal de enfermería no se cuida su salud, siempre lo posterga, lo deja para lo último ".

Riesgos en el trabajo

La relevancia de las medidas de bioseguridad.

El concepto de medidas de bioseguridad es definido como "un conjunto de prácticas de sentido común que un personal consciente y bien adiestrado cumple estrictamente". [\(2\)](#)

Las medidas se implementan fundamentalmente en las salas cuyos enfermeros fueron entrevistados y son dirigidas expresamente al aislamiento respiratorio, y de los humores. Consisten en: uso de barbijos, luces ultravioletas, filtros HEPA, guantes, jeringas, agujas, trócares, y todos los elementos descartables requeridos.

En este Hospital se han elaborado normas de bioseguridad con el consenso de las diferentes especialidades en espacios de reflexión realizados al interior de los equipos de trabajo. Se tomó como referencia general las emitidas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América.

El personal entrevistado, en su conjunto, admite conocerlas en su totalidad así como disponer de ellas en el Hospital, aunque algunos plantean que se usan fundamentalmente para la protección del paciente y no cien por ciento para la protección del personal, situación que genera una suerte de descuido "naturalizado".

Al decir de G: "Ante el paciente con TBC y VIH, nos cuidamos..."

H plantea al respecto: "Uno siempre piensa que a uno no le va a pasar nada, solamente se preocupa de proteger al paciente..."

Conclusiones

En el análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas encontramos algunas regularidades que nos permitieron caracterizar las condiciones y el ambiente de trabajo del grupo estudiado, y describir la incidencia de las mismas en los procesos de salud y enfermedad, sin pretender hacerlas extensivas a todo el sector de enfermería del Hospital.

En términos generales, el personal entrevistado, coincide en manifestar que se siente satisfecho con la elección de la profesión, si bien considera que se desvirtúan sus funciones, ya que a las tareas formales se agregan otras como: transportar materiales, trasladar pacientes, distribuir la comida (propia del personal de mucamas), etc. La modalidad de interrelación entre los miembros del equipo de salud de los diferentes servicios, así como las condiciones de infraestructura, regímenes de contrato y salariales, no son las óptimas.

La mayoría de los trabajadores plantean, en las entrevistas, que la particular organización del trabajo no permite la asignación de turnos ni francos fijos. Por otra parte la situación económica por la que está atravesando el país, la necesidad de contar con dos o más trabajos para cubrir las necesidades básicas, la inestabilidad laboral, trae como consecuencias el cumplir horarios extremos, en turnos nocturnos, en días no laborables. Este hecho redundo en una suerte de desorganización en la vida familiar, obstaculizando muchas veces el compartir actividades recreativas o de otro tipo con familiares y amigos, y trae como consecuencia el empobrecimiento del desarrollo personal y el debilitamiento de los lazos sociales.

Por otra parte las bajas remuneraciones, la quita de adicionales por tareas de riesgo, la precariedad de las contrataciones y el subempleo, hacen que la propia imagen de los trabajadores del sector,

sobre todo el no jerarquizado se haya ido desvalorizando, fundamentalmente en los últimos años en concordancia con la profundización de los procesos de precarización laboral.

Muchos de los enfermeros que trabajan con pacientes con cuadros infecciosos manifiestan temor al contagio de enfermedades transmisibles, situación que trae como consecuencia un estado de tensión permanente.

El mayor porcentaje del personal de enfermería lo constituyen mujeres, y muchas de ellas jefes de familia debiendo realizar doble o triple turno, como también trabajar francos y feriados. En el caso de las madres jóvenes, esta situación las lleva a necesitar de un adulto que cuide de sus pequeños. El trabajo nocturno y/o por turnos no les permite compartir con sus familiares y amigos momentos de esparcimiento. A pesar de que la tarea nocturna de rutina es más aliviada, la responsabilidad se ve aumentada por la falta de recursos humanos, al tiempo que el ritmo circadiano de su organismo se ve afectado.

A las características ya enunciadas, se le agregan en nuestro país dificultades de orden legal, tales como Reglamentaciones no actualizadas referentes al contralor de la función, etc., y de la heterogeneidad vigente en la formación profesional, entre otras.

La mayoría de los entrevistados reclaman no ser tenidos en cuenta por los profesionales médicos; ellos sienten que al estar permanentemente al lado del paciente pueden llegar a conocer mejor sus necesidades y por lo tanto, deberían ser escuchados, no sólo en lo que pueden aportar desde su práctica y formación profesional, sino también en lo referente al paciente y su subjetividad.

A través de sus decires, la mayoría de los enfermeros auxiliares y reconvertidos, plantean la necesidad de mejorar el perfil del sector en cuanto a unificar la heterogeneidad de la formación, dado que en la práctica cotidiana (específicamente entre enfermeros profesionales, enfermeros ley y auxiliares), no existe diferenciación en las funciones, pero sí en categorías y salarios. Esto provoca sentimientos de inequidad en el grupo. Las enfermeros profesionales y los licenciados por su parte acuerdan que no existen diferencias en las funciones, pero que son mínimas las diferencias de categoría y menores aun las salariales. Evidentemente este es un punto de desacuerdo entre ambos grupos.

En cuanto a la atención del paciente, es generalizado en el personal, el impacto que produce el trabajar con aquéllos que padecen enfermedades infecciosas (HIV y bacilíferos pulmonares, TBC por ejemplo), dado que son patologías significativamente cargadas por sus connotaciones de riesgo, y estigmatización social, en el imaginario colectivo.

En general el grupo investigado refiere al hablar de sus hábitos de vida: dormir poco y alimentarse inadecuadamente, por lo que temen contraer enfermedades profesionales.

Algunos de los entrevistados manifiestan padecer o haber padecido algunas enfermedades, tales como úlcera, gastritis, asma bronquial, artritis, entre otras, acerca de las cuáles tienen sus propias teorías, atribuyendo sus causas a la carga y el desgaste laboral; (a pesar de lo cual se observa poco ausentismo).

El contacto con los pacientes oncológicos jóvenes en fase terminal, en muchos moviliza la angustia que les provoca afrontar el dolor y la muerte. No está inscripto en el imaginario colectivo, la irrupción de la muerte en el hombre antes de llegar a la tercera edad. Este hecho moviliza en los sujetos vivencias y sentimientos de difícil tramitación psíquica, que de no mediar un espacio de contención psicológica, individual o grupal afectará con el transcurso del tiempo la salud mental de

estos trabajadores.

El estudio de corte cualitativo que intentamos llevar a cabo con un grupo de profesionales de enfermería, nos permitió concluir que, la enfermería es una profesión de carácter social, que aborda con sus propias técnicas e instrumentos la promoción, la prevención y la atención de la salud de la población.

Las circunstancias en que se desarrolla la actividad profesional, el ambiente físico, los aspectos organizativos, el contacto permanente con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte afectan no sólo el proceso laboral, sino también la vida cotidiana, y por ende los procesos de salud y enfermedad de estos trabajadores. Los espacios laborales, familiares y sociales donde transcurren la vida de las personas, son espacios de entrecruzamiento permanente donde las situaciones adversas o favorables que se suceden en unos repercute positivamente o negativamente en los otros.

Sería importante entonces reflexionar acerca de qué acciones serían necesarias implementar para mejorar las condiciones del sector, que indudablemente redundarían en el sistema sanitario y finalmente en la sociedad.

Referencias Bibliográficas

- (1) Heller, Agnes, "Sociología de la vida cotidiana". Península, 1977.
- (2) "Normas de bioseguridad", protocolo Hospital I. Carrasco, 1997.

Bibliografía general

- Bermann, S.: "Trabajo precario y salud mental". Narvaja Editor. Córdoba, 1995.
- Boltanski, L.: "Los usos Sociales del Cuerpo" Cap. III y IV, Editorial Periferia - Buenos Aires, 1975.
- Centers Disease Control and Prevention, Public Health Service, II parte. February 1996.
- Dessors, S. y Molinier, P.: "La psicodinámica del trabajo". Edit. Conicet. Buenos Aires. 1984.
- Epelman, M.: "Relaciones entre trabajo y salud", citado en Tomo II, Trabajo de campo área laboral, Facultad Psicología, UNR, 1998.
- Freud, S., citado en "La Salud Mental en el fin del milenio", Dulce Suaya, Revista Salud, Problema y Debate, otoño 1998
- Geldstein, R. N. y Wainerman C. H.: "Auxiliares de enfermería: Trabajo y vida cotidiana". Cuadernos Médicos Sociales N° 53, Rosario, 1990.
- Gestal Otero J. J.: Riesgos de trabajo del personal sanitario. Concepto, importancia, y clasificación. Sin datos de Edición.
- Laurell, A. C. Proceso de trabajo y salud, Cuadernos Políticos N° 17. Julio/Septiembre 1978.
- Malagón Londoño - Hernandez Esquivel: Infecciones Hospitalarias, Capítulo XIV: Bioseguridad. Edición 1995.
- Matrajt M.: "Salud mental y trabajo". Ed. Univ. de Morelos, México, 1986.
- Neffa, J. C.: "Condiciones y medio ambiente de trabajo en la Argentina". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1985.
- "Normas de bioseguridad". Protocolo Hosp. Carrasco. Adaptado, de acuerdo a las necesidades y recursos, de Normas emitidas por el C. D. C. 1994 y 1996 (Centro de control y Prevención de Enfermedades, EYE.U.U.), Rosario, 1997.

- Pereira Solla, J. S.: Diferencias de las propuestas de operacionalización del concepto de clase social empleados en estudio epidemiológicos. Cuadernos de Salud Pública, Río de Janeiro, 12 (3) - 329 - 337, jul-sept, 1996.
- Ryan, G. y Abonizio M., Compilación Cátedra: Trabajo de campo - Area Laboral, tomos I y II. Fao. Psicología. UNR, 1998.
- Trabajo, Revista de la Organización Internacional del Trabajo, N° 26, sept-oct.1998.
- Trabajo, Revista de la Organización Internacional del Trabajo, N° Especial Aniversario, N° 8, junio 1994.
- Winston-Salem, Theauthorsreply, The New England Journal of Medicine., Vol. 331. N° 24, Dec, 15, 1994.

Prevención de la violencia en un sector poblacional del B° "San Francisquito" de Rosario a través del dispositivo lúdico callejero en articulación con el trabajo con familias en vulnerabilidad psicosocial*

"Los Estados partes reconocen los derechos del niño a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas" (Convención de los Derechos del Niño) Art. 15-1

"Los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación incluido el abuso sexual..."(Convención de los Derechos del Niño) Art. 19-1

"Los Estados partes reconocen en el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes" (Convención de los Derechos del Niño) Art. 31-1

Bonesso, Horacio^a; Broquet, Celinab; Cavacini, Alejandra^c; Pellegrini, María Betina [\(c\)](#) y Zampani, Rubén^d

Haciendo un poco de historia

Dónde trabajamos

Nuestro trabajo se realiza en el barrio San Francisquito, el mismo se encuentra ubicado en la zona

* Trabajo distinguido con el 1er Premio en el 9° Congreso "La Salud en el Municipio de Rosario" (La Salud y la Calidad de vida en la ciudad, 6 al 8 de setiembre de 2000). Ganador de la Categoría Trabajo Voluntario Comunitario en la Primer Feria de proyectos juveniles de la ciudad de Rosario y su región "Participar hace la diferencia", (Centro de la Juventud, Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario, 28 y 29 de abril de 2000).

a Prof. de Educación Física (voluntario de la Asociación Civil "La Casa de Todos", Centro de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar)

b Estudiante de Psicología (voluntaria de la Asociación Civil "La Casa de Todos", Centro de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar)

c Psicóloga (Centro Comunitario N° 9 "San Francisquito")

d Estudiante de Educación Física (voluntario de la Asociación Civil "La Casa de Todos", Centro de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar)

oeste de la ciudad de Rosario. Está conformado por asentamientos irregulares y consta de 90 manzanas donde habitan actualmente -según datos del último censo- 5600 personas. Este nos muestra un collage arquitectónico de "Villas de emergencia" y manzanas que presentan mejores condiciones de infraestructura y servicios. Es una zona que se caracteriza por la gran cantidad de inmigrantes que componen su población. A lo largo de décadas, familias de Corrientes, Chaco, Santiago del Estero, Norte de Santa Fe y de países limítrofes como Paraguay y Bolivia se trasladaban en busca de condiciones de vida menos desfavorables.

Encontramos una gran cantidad de niños, adolescentes y adultos indocumentados, situación que les imposibilita el acceso a un lugar de ciudadanos con derechos.

Los chicos sustituyen muchas veces a los padres como proveedores del sustento familiar. Desde muy pequeños los vemos limpiar parabrisas, abrir puertas de autos, vender, cirujear. Además de estas formas directas de participación en la economía de la casa, existen otras indirectas tales como las tareas domésticas y el cuidado de sus hermanitos en ausencia de los padres. Es muy alto el porcentaje de niños que repiten o dejan de ir a la escuela. En otros casos el comedor escolar suele ser el motivo para no abandonar [\(1\)](#).

La violencia constituye una problemática prevalente en este barrio, siendo una importante causa de patología y de muerte que aparece estrechamente enlazada a situaciones de alto riesgo o criticidad en la que se encuentran muchas de las familias de las cinco villas de emergencia con las que se trabaja desde el Centro de Salud N° 9 San Francisquito y desde la Asociación Civil "La Casa de todos".

Pensamos la violencia como un problema de salud cuyos diferentes niveles de complejidad hacen imprescindible un abordaje inter-disciplinario y en articulación con otras instituciones. Si bien, definimos la violencia como el ejercicio de un poder sobre una persona o grupos de personas que son tomadas como objetos, desconocidos en sus necesidades, derechos y deseos, priorizamos las situaciones de maltrato, abandono, exclusión o abuso de niños y adolescentes [\(2\)](#).

Aunque en todas las familias pertenecientes a los sectores de villa de emergencia y en muchos de los sectores barriales, se detectan varios indicadores de criticidad (falta de trabajo, desnutrición, migración, inestabilidad de los vínculos, analfabetismo, hacinamiento, situaciones especiales tales como adicciones, sida, conflicto con la ley penal, etc.), consideramos a una familia en situación de vulnerabilidad cuando la misma se encuentra indefensa, absolutamente pasiva y sin poder responder con creatividad y recursos propios a las situaciones que se les presentan. También es frecuente la errancia y falta de inserción de los niños y jóvenes en espacios de referencia y en ámbitos laborales y educativos, lo cual actúa como facilitador del acercamiento de los mismos a circuitos delictivos, de droga y prostitución. Esto los expone a situaciones de riesgo para sí mismos, sus familias y la sociedad [\(3\)](#).

La modalidad de trabajo con estas familias suele no ser la misma que con las demás ya que en general no demandan, no acuden en busca de ayuda, siendo habitual la ausencia o insuficiencia de soportes institucionales. De esto se desprende que queden en una situación de aislamiento importante, lo cual hace que se incremente la gravedad.

Cómo surge la propuesta de trabajo

En los últimos dos años la única psicóloga de planta Alicia Di Pietro y la agente comunitaria Marta

Thompson (4) -a partir del trabajo puntual de acompañamiento a familias en situación de vulnerabilidad vienen relevando la problemática que se plantea en uno de los sectores de las villas de emergencia con las que se trabaja desde el Centro Comunitario (sector 28). En el mismo, viven 48 familias integradas por 231 personas. Las viviendas tienen la característica de ser casillas de chapa, madera y cartón, con calles internas de tierra y basurales, no habiendo espacios apropiados para el esparcimiento y la recreación (5).

De acuerdo a lo que plantean algunos vecinos son frecuentes los episodios de peleas entre chicos que desencadenan violentos enfrentamientos entre adultos en la calle. Particularmente en la franja etárea comprendida entre los 6 y los 12 años aproximadamente, existe la tendencia a una división territorial: algunos quedan encerrados y aislados, son hostigados y agredidos continuamente, razón por la cual para establecer lazos con lo extrafamiliar deben ser acompañados por personas mayores, dificultándose su proceso de autonomía y socialización; otros ocupan provocativamente la calle agrediendo, desafiando a grandes y chicos, siendo característica la falta de lugares de referencia relacionados con la educación, la recreación o la capacitación.

Son numerosos los pedidos y las quejas de los vecinos dirigidos al equipo. Se trata de un sector poblacional que no responde a la convocatoria de los espacios ya instituidos, haciéndose necesaria establecer un dispositivo en terreno que haga posible un trabajo en conjunto.

Construyendo el dispositivo

Cómo nos posicionamos teóricamente

Debido a los distintos niveles de complejidad de los problemas en salud, en este caso particular, la violencia, pensamos que es imprescindible trabajar en equipo con un abordaje interdisciplinario. Pensamos a la interdisciplina como un intercambio entre campos de saber, donde cada disciplina aporta en la definición y abordaje de los problemas, apuntando a la construcción de estrategias que posibiliten un trabajo en conjunto a partir de una apertura recíproca.

De acuerdo a los postulados de la Atención Primaria en Salud, creemos que además de un abordaje asistencial, esta problemática requiere un trabajo a nivel de la prevención. Entendemos por prevención la promoción de espacios en los que cada sujeto tenga un lugar a nombre propio, que pueda circular la palabra, que se ponga a "jugar" la historia singular y colectiva, que se puedan establecer otros lazos sociales, que cada uno pueda identificar sus problemáticas y potenciar sus propios recursos simbólicos para resolverlas.

El eje de nuestra propuesta es la prevención de la violencia a partir de la instalación del dispositivo lúdico en la calle.

Entendemos el dispositivo como un artificio cuya función será disparar diferentes estrategias de intervención que permitan un abordaje familiar y comunitario.

Pensamos que el jugar es fundamental en la constitución subjetiva y en la elaboración de distintas situaciones traumáticas que aparecen a lo largo de la vida. Lo lúdico resulta vital para la adquisición del lenguaje, el conocimiento del propio cuerpo y del otro, la comunicación, el encuentro con las reglas y la sociabilidad.

Tomamos al espacio callejero como un "juguete" a construir, a inventar (6). Esto quiere decir transformarlo en un espacio simbólico, que puede funcionar como un ámbito diferente a un

territorio en el cual sólo se producen batallas campales, un espacio "informe", que pueda ir tomando diferentes formas a partir de la actividad creadora. Para ser más precisos hablamos de una zona de juego, de un espacio "entre", que no pertenezca ni a unos ni a otros y que posibilite una experiencia creadora (7). Podríamos pensar a este espacio como un espacio transicional en el cual los niños se subjetivizan. Se trata de inventar el propio cuerpo como "juguete" para así construirla, reconocerlo y adquirirla como unificado, y a partir de esto poder tomar al otro como "juguete" reconociéndola como diferente. Al producirse esta invención por parte del sujeto, éste se aleja de quedar atrapada en una posición de objeto, pasivizado.

Este punto es sumamente importante ya que las situaciones de vulnerabilidad psicosocial en la que se encuentran estos niños producen interferencias que dislocan las simbolizaciones atacando el proceso del jugar, quedando el sujeto desprovisto de recursos que le permitan tomar una posición activa a la hora de elaborar y resolver situaciones relacionadas con la traumática, la inermidad y la indefensión. Estos chicos muy frecuentemente se encuentran en situaciones de mucha violencia y/o abusos, ocupándose o haciéndose cargo de actividades no acordes a su edad que los precipitan hacia un lugar de mucha exigencia tanto psíquica como física, son llevados a tener que trabajar, lo cual los aleja de un lugar de niño y los acerca a cumplir funciones de adultos no quedando tiempo para el jugar.

Apuntamos a la modalidad callejera como forma de acercamiento y construcción de un espacio compartido, y a que las actividades lúdicas funcionen como mediadoras de conflictos existentes entre niños, adolescentes y adultos, promoviendo otro espacio "en la calle", uno que pueda alojar y hacerse propia, construida a partir de la historia que cada uno trae y de las vivencias compartidas. Un lugar para transpirarlo, jugarlo y disfrutarlo, y no ya para vivirlo como peligroso.

Consideramos imprescindible contar con la posibilidad de circular y usar libremente la calle sin que exista como límite el temor y el rechazo al otro, o la agresión hacia otros. Es a través del jugar, que desde los primeros momentos el sujeto puede encauzar la agresividad. Por esto intentamos ante situaciones de violencia tan graves poner "en juego" la agresividad mediante una ficción.

Cómo trabajamos

Nuestro equipo de trabajo está conformado por un profesor de Educación Física, un estudiante del Profesorado de Educación Física, tres psicólogas, una estudiante de la Carrera de Psicología y una agente comunitaria, desde marzo de 1999. Realizamos reuniones semanales, con el objetivo de planificar las actividades, en función del proceso grupal, edades e intereses que puedan ir surgiendo. Incluimos el entrenamiento lúdico del equipo, así como el estudio, la lectura y discusión del material bibliográfico.

La actividad principal consiste en una jornada semanal de juegos creativos y populares con niños en la calle Gálvez entre Castellanos y Alsina (sector 28). La característica de este lugar: es un sitio conocido y cotidiano para los chicos y sus padres. Las actividades están orientadas a la integración, cooperación, solidaridad, intercambios, como al placer y la diversión que genera el jugar. Para este fin se utilizan técnicas creativas provenientes de las siguientes áreas: educación física, teatro, plástica, medios audiovisuales, música, murga, etc.

Nos encargamos de distintas cosas: "los profes" coordinan las actividades y el resto del equipo trabaja "en los bordes", haciendo intervenciones puntuales en diferentes niveles, con los chicos, con

las familias, con los vecinos, con otras instituciones (8).

Con esta actividad, apuntamos a la constitución de un grupo que ofrezca lugares de pertenencia, de contención y otros soportes identificatorios.

Se realiza un acercamiento a las familias con el objetivo de ofrecer un espacio en el cual puedan surgir preguntas, inquietudes, sugerencias en relación a problemáticas actuales que se presentan en el barrio y situaciones particulares. La modalidad de las intervenciones está sujeta a la singularidad de cada situación, intentando desde el equipo un acompañamiento en relación al proceso de identificación y de resolución de distintas problemáticas, así como también en función de las necesidades surgidas. El trabajo está centrado fundamentalmente en reuniones de padres, entrevistas y visitas domiciliarias.

Se establecen contactos con instituciones del barrio con el objetivo de trabajar conjuntamente y de fortalecer lazos sociales y comunitarios. Nos parece importante contar con espacios adecuados de derivación de situaciones puntuales que así lo requieran, así como también trabajar en red y multisectorialmente.

Recortes de lo puesto "en juego"

"Sabe señó que...?"

Parecía una mañana más...

Llegamos a las 10 de la mañana, comenzamos a buscarnos rápida y ágilmente saliendo de los pasillos como pequeñas ardillas que buscan comida, mientras tanto la música de fondo estaba presente, un compañero más estaba presente: el redoblante.

Como es nuestra costumbre, registramos a través de la asistencia la presencia de cada uno, y tuvimos en cuenta también quién no pudo estar hoy.

Nos interesaba trabajar hoy en relación a los cuidados. Ante los insistentes pedidos de ¿cuándo vamos a la canchita?, no podíamos dejar pasar más tiempo sin profundizar un poco en relación a esta posible salida, a quiénes dejan ir, a quiénes no, y por qué...

Largamos un juego, hoy se trata de una charla... como para cambiar el lugar habitual - la calle cortada- y posibilitar que se armara un clima diferente, tal vez más íntimo, es que decidimos entre todos que la ronda se haría en otro espacio, el césped y el paredón de la esquina iban a ser nuestro escenario de hoy...

Cada uno fue contando poco a poco si los papás los dejaban ir o no a la canchita, justificando cada una de las respuestas. A medida que avanzaba la charla, los peligros en la calle y de la calle comenzaron a circular a través de diferentes anécdotas, historias, cosas de los noticieros, cosas que les contaron, o ellos mismos vivieron. La tráfico que se lleva a los chicos, alguien que aparece muerto en una zanja con el cuerpo en pedazos, robos de bebés, choques, el pibe que se colgó del camión, y otras...

Cada una de las historias brotaba como el agua de una gran cascada, sin un momento de corte ni de interrupción, superponiéndose cada una de las voces entre medio de un insistente "sabe señó que...?".

De a poco fuimos llegando a que no es lo mismo irse y que otro sepa donde estoy, que irse sin decir

nada a nadie, como desapareciendo... En ese momento notamos que las nenas se habían ido y no nos habían avisado..., como si se hubieran esfumado. Puntuamos estas cosas al interior de nuestro grupo.

Luego de la interrupción que nos hizo el gran camión que intentaba atravesar un cable por la calle, capturando absolutamente nuestra atención, retomamos la conversación en el punto de los cuidados que también hay que tener dentro de la casa, trayendo cada uno alguna historia personal.

A pedido unánime "la historia del osito " debe repetirse iluminando cada una de las caritas expectantes ante las palabras y los gestos de los profes, a los que debíamos imitar... " Vamos a ver al osito"... agregamos "vamos a armar una historia?", "vamos a armar nuestra historia?", "vamos a armarnos con historias?..."

El momento musical de la jornada había llegado y el "iepo" con la variante de tocar al compañero de al lado se presenta como despedida del día de hoy...

Despedida con el grupo que se abría a un nuevo comienzo...

Una mañana más. La jornada se estaba terminando. Eramos muchos, el lugar en el que terminamos fue un pasillo en el cuál estábamos rodeados de cosas rotas, de suciedad, maderas, perros con sarna...

El sol calentaba más y más y parecía que sus rayos ayudaban a que las palabras salieran más y más rápidamente de las boquitas... repitiendo a cada instante "yo no terminé de hablar". ¡Qué necesidad de expresar tantas cosas!...

Cuando el clima ya estaba creado, surge una historia... En este sector hace un tiempo se produjo un episodio que conmocionó a todos los vecinos. La casilla de una de las familias se incendió y en este accidente murieron las dos hijas menores, de 2 y 3 años, hermanitas de dos de los chicos que participan en los juegos callejeros, lo cual fue un acontecimiento muy traumático no sólo para la propia familia sino también para la comunidad en general.

Este episodio retorna permanentemente en el dicho y las acciones de los chicos intentando la tramitación por algún tipo de vía; en este caso, lo que proponemos es la palabra y el jugar en el grupo.

Uno de los chicos sugiere ir a buscar una vela y ponerla en el medio de la ronda mientras hablamos de cosas tan dolorosas. Así cada uno fue a buscar misteriosamente algo a su casa... Cada uno estaba poniendo algo, cada uno aportaba un poquito.

Poco a poco el ritual se fue armando, en un clima de respeto y seriedad las imágenes de las vírgenes iban acompañando a las flores de plástico y a la llamita de la vela encendida y protegida por nuestros cuerpos.

Recuerdos, vivencias, nacimientos, muertes, tragedias, fantasías, sueños...

Para despedirnos cada uno fue diciendo unas palabras, algunas entrecortadas por la emoción, que le iban dando forma a este ritual:

- "yo le voy a comprar muchas virgencitas y golosinas a mis hermanitas muertas"
- "estoy contento porque están construyendo de nuevo la casa"
- "estoy feliz porque van a venir mi mamá con mi hermanito"
- "una vez mi mamá y mi papá me encerraron y me quedé sola"
- "quiero que mis hermanitas descansen en paz"...

Reflexionando sobre el trabajo realizado

Es a partir de lo transitado, de las marcas que nos va dejando lo trabajado, de la historia que vamos tejiendo entre todos, que ubicamos ciertos efectos que nos permiten repensar lo que hacemos y nos orientan para continuar.

El dispositivo de trabajo nos permitió poner una marca en el que se desplegaran situaciones conflictivas que entonces pudieron ser trabajadas. Podemos decir que el juego es el instrumento con que el niño cuenta para encauzar la agresividad. No es lo mismo que sea violento a que pueda poner en juego la agresividad velando o enmascarando la misma mediante la ficción. Organizar la lucha (que ya no será un cuerpo a cuerpo con el semejante), anticipar un final, son algunos preparativos que permiten el trabajo de sustitución, sublimación, simbolización y desnaturalización de la violencia como modo de relación.

Podemos decir que en ese espacio "informe" que era la calle se recortó otro espacio, el delimitado por la experiencia creadora del jugar de estos niños. La calle pudo ser resignificada como un lugar para encontrarse, divertirse, participar, dejando de ser vivida sólo como peligrosa. Es así que se constituyó como un espacio "entre" el afuera y el adentro, lo familiar y lo extrafamiliar. Dejó de ser de unos o de otros para pasar a ser de todos.

Este espacio cumple una función subjetivante a partir de permitir el reconocimiento del propio cuerpo y del otro como semejante y diferente y potenciar los recursos simbólicos. Así se fue constituyendo un grupo, el grupo de niños que nos espera en la calle todos los jueves a las 10 para jugar, y que después sigue jugando cuando termina la actividad. Desde marzo de 1999 han pasado por este espacio un total 70 niños entre 6 y 12 años, siendo el grupo estable de 30 chicos de edad promedio 8 a 11 años.

También pudimos ver como efectos la constitución de un grupo de pertenencia y contención que antes no existía, y el comienzo de la organización de los vecinos en torno a problemáticas acuciantes y comunes. Los padres de estos niños fueron perdiendo el miedo a que los chicos salieran a la calle y fueron ganando confianza en nuestro trabajo participando de él directa o indirectamente. El jugar comenzó a aparecer como algo de valor e importante para sus hijos. Además quedaron planteadas otras problemáticas que los preocupan como el tema de las adicciones y la situación de los jóvenes.

En relación a este grupo poblacional nos parece fundamental relevar sus problemáticas, inquietudes e intereses a fin de generar pedidos en los jóvenes, y así pensar actividades que los incluyan y los tengan como protagonistas ya que quedan excluidos de circuitos de intercambio relacionados con la recreación, el trabajo y la educación que funcionen como espacios de referencia y pertenencia.

Concluimos que "otro" espacio, en relación al surgimiento de estrategias alternativas de intervención para la prevención de situaciones de violencia, es posible y que permanentemente se está construyendo a partir del encontrarse y poner a jugar la historia singular y colectiva, entendiendo a la rehistorización como posibilitadora de que alguien pueda posicionarse como sujeto de derechos, contarse y ser contado por otros.

Referencias Bibliográficas

1- Carpeta de presentación de la Asociación Civil "La Casa de Todos". Centro de Prevención y

Asistencia de la Violencia Familiar - Año 2000.

2- Ibídem

3- Informe interdisciplinario presentado al Hospital Provincial de Rosario por el equipo de trabajo del Centro Comunitario N° 9 "San Francisquito" en relación al trabajo realizado durante el año 1998 sobre familias vulnerables. Autores: médicos, psicólogos y agentes comunitarios.

4- Personal de Planta del Centro Comunitario N° 9 "San Francisquito".

5- Datos obtenidos de la última ronda realizada por la agente comunitaria del sector N° 28, Marta Thornpsen, en el mes de marzo de 2000.

6- R. Rodulfo - M. Rodulfo: "El niño y el significante" - Editorial Paidós. Bs. As. 1996.

7- D.W.Winnicott: "Realidad y juego" - Editorial Gedisa. Barcelona 1996.

8- Si bien en los primeros momentos la división de funciones se presenta de esta manera, actualmente esto no se presenta de forma tan rígida y delimitada ya que permanentemente estamos replanteándonos las modalidades de intervención desde cada una de las disciplinas.

Bibliografía General

- Ariel, Alejandro: "El niño y el silencio" (Taller de Música), "El niño y la ley" (Taller de Fútbol), "El niño y la palabra" (Taller de Radio) en "Cuadernos para la promoción de la Salud Mental de los niños". Fundación Estilos. Bs. As. Enero. 1997.

- Ariel, Alejandro: "Aprendiendo a promover la salud". Centro de Estudios Educativos. México. 1984.

- Baraldi, Clemencia: "Jugar es cosa seria". Editorial Horno Sapiens. Rosario. 1999.

- Castel, Robert: "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión". En Revista "El Espacio Institucional". Editorial Lugar. 1991.

- Castel, Robert: "La metamorfosis de la cuestión social". Editorial Paidós. Argentina. 1997.

- Coluccio, Félix; Coluccio, Marta Isabel: "Diccionario de Juegos infantiles latinoamericanos". Ediciones Corregidor. Bs. As. 1988.

- Cuadernos Médico Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. N° 69. Noviembre, 1994.

- Dinello, Raimundo: "Expresión lúdico-creativa". Ediciones Nuevos Horizontes. Montevideo. Agosto 1993.

- Grupo La Mancha: "Memorias de la 1ra. Bienal Internacional del Juego". Editorial Entrelineas. Montevideo. Octubre, 1995.

- Grupo La Mancha: "Memorias 2da. Bienal Internacional del Juego". Editorial Entrelineas. Montevideo. 1998.

- Instituto para la investigación y la pedagogía del juego. Salzburg, Austria: "Homo ludens. El hombre que juega". Argentina 1998.

- Leif, Joseph; Brunelle, Lucien: "La verdadera naturaleza del juego". Editorial Kapelusz. Bs. As. Octubre, 1978.

- Najles, Ana Ruth: "Una política del psicoanálisis con niños". Plural Editores. Bolivia. La Paz. 1996.

- Rodari, Gianni: "La gramática de la fantasía". Editorial Fontanella. Cataluña. 1985.

- Rodulfo, Ricardo; Rodulfo, Marisa: "El niño y el significante" Editorial Paidós. 1996.

- Rodolfo, Ricardo; Rodolfo, Marisa: "Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes". Lugar Editorial. Es. As. 1986.
- Siede, Isabelino A.: "Todos y cada uno". Editado por Amnesty Internacional. Edición Argentina. Bs. As. 1997.
- "Técnicas Participativas para la Educación Popular". Editorial Humanitas. Bs. As. Argentina. 6ta. edición.
- "Taller de movimiento. Taller de Plástica. Taller de Música. Taller de Teatro. Taller Literario". Colección Puerta Abierta. Editorial A Construir. Bs. As. Argentina.
- Tonucci, Francesco: "La ciudad de los niños". Sin datos de edición.
- Winnicott, D. W.: "Realidad y juego". Editorial Gedisa. Barcelona. 1996 (5º Edición).
- Freud, S.: "Tres ensayos de teoría sexual" (1905). Obras Completas. Amorrortu Editores. Bs. As. Tomo 7.
- Freud, S.: "El poeta y los sueños diurnos" (1907 - 1908). Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 38 Edición. O. C. Torno II.
- Freud, S.: "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921). Amorrortu Editores. Bs. As. Tomo 18.
- Freud, S.: "El malestar en la cultura 2 (1930). Amorrortu Editores. Bs. As. Tomo 21.
- Lacan, J.: "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se revela en la experiencia psicoanalítica". Escritos 1. Siglo Veintiuno Editores. Argentina. 1985.
- Lacan, J.: "La agresividad en psicoanálisis. Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología". Escritos 1. Siglo Veintiuno Editores. Argentina. 1985.

De la visión a la acción en una problemática de exclusión

Oter, D.*; Martínez, S.**

En el año 1998, las autoras del presente artículo (alfabetizadora y psicóloga) iniciamos nuestras prácticas en el Centro de Salud "Staffieri" y, paralelamente a la conformación de un Taller de Alfabetización de Adultos, se comienzan a detectar niños y preadolescentes en edad escolar que no asistían a ninguna institución educativa. A partir de este emergente se reflexionó sobre la problemática y se da lugar a un espacio de trabajo con ellos, de cuya coordinación se hace cargo la alfabetizadora. La integración al mismo se fue gestando desde el diario trabajo desarrollado en la sala de espera, con el personal del Equipo del Centro de Salud, por comentarios entre los propios pacientes, por invitación entre los propios niños, apostándose a nuevos niveles de participación. Estos niños/as y preadolescentes comienzan a concurrir diariamente al Centro de Salud intentando, en un primer momento, ir construyendo un espacio de carácter grupal, en el que puedan expresar sus inquietudes y experiencias. Estos niños/as no recordaban por qué escuelas habían transitado, ni a qué grado iban en ese momento; explicitaban que no iban a la escuela "porque no podían aprender"; "porque les pegaban los chicos"; mostraban una gran ansiedad por tener un cuaderno, por "aprender cuentas", por "tener tareas", por "saber las letras".

Al momento de definir de qué estaba hecho este espacio, surgían como respuestas que estaba hecho de sus inquietudes, de sus preguntas; en otro momento, de "contenidos curriculares", en otros momentos, de las demandas de los chicos/as de impregnar el espacio de todo lo escolar; en otros, de las demandas de los padres que querían una escuela para sus hijos.

El espacio comienza así a tener el carácter de paradoja: por un lado es un espacio que "no es una escuela" pero al que se le demanda que tenga las características escolares.

Comenzar a transitar esta paradoja, llevó al encuentro entre la Psicóloga del Centro de Salud y la Alfabetizadora, dicho encuentro dio lugar a enmarcar el trabajo de este grupo de niños/as y preadolescentes, en un espacio de transición con miras a su reinserción en la escuela.

La problemática que abordábamos no sólo la involucramos en el ámbito de lo educativo, sino como parte de un fenómeno ampliamente extendido que, muchos autores llaman "deserción escolar" y que no es más que una de las tantas caras de la exclusión social. "Encarar su análisis exige penetrar en la producción social de la pobreza, en el sufrimiento de las instituciones mediadoras y en la constitución de las subjetividades en tanto producción de identidades sociales" (1).

El contacto con los niños nos llevó a acercarnos directamente a sus condiciones de vida: niños que trabajan en la calle desde muy chiquitos, receptores de situaciones de violencia cotidiana que van desde la discriminación en la calle o en instituciones hasta presenciar situaciones de violencia consecuencia del hacinamiento, niños con padres sin trabajo, situaciones de desarraigo...

* Psicóloga, Centro de Salud "David Staffieri" - Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario

* * Alfabetizadora, Dirección de Educación - Secretaría de Cultura y Educación - Municipalidad de Rosario.

En el acercamiento a los padres pudimos escuchar: "yo no sé leer ni escribir"; "tengo que salir todo el día con el carro", llanto ante el real de carencia, no sólo material sino también de un deseo subjetivante.

"El menoscabo de las posibilidades de contención y sostén de los padres trae como consecuencia en el niño un inadecuado desarrollo de las funciones del yo, pobreza en la simbolización y dificultad en la aparición de su propio deseo" (2).

"La diferenciación precoz de la estructura yoica ocurre cuando el niño tiene que hacerse cargo tempranamente de las exigencias del medio"(3).

Como intento de generar un vínculo más estrecho de los padres con el proceso ya iniciado por los niños, realizamos visitas y reuniones con las familias, indagando acerca de las expectativas que ellos tenían sobre la educación de sus hijos. Siempre estuvo presente el deseo de la vuelta a la escuela atravesado por los límites del propio contexto social.

Nuestra propuesta tuvo como ejes: explicitar el espacio de transición presente y abrir la posibilidad de la reinserción en alguna institución educativa de la zona, invitándoles a compartir este proceso. Pero, ¿cómo se reinsertarían? ¿En qué instituciones? ¿Dónde poder encontrar una escuela que pudiera tener en cuenta las singularidades de estos chicos/as? Desde nuestra mirada no creíamos que el trabajo se terminaba con su inscripción en la escuela. Así fue como a fines de 1998 nos contactamos con instituciones educativas de la zona donde las respuestas fueron desde la negativa anticipada hasta "no hay banco", "están excedidos en edad"; "si tienen problemas de conducta, no". Nosotras vivenciamos esta exclusión, en un intento de inclusión; así ingresamos la idea de trabajar la diferencia: la diferencia entre sujetos, la diferencia como criterio para construir un espacio para estos niños/as que son "diferentes", la diferencia como criterio para buscar solidaridad en los vínculos...En esta instancia no podíamos sustraernos de mirar nuestra práctica considerando:

- la politicidad de nuestra práctica
- educación y salud como hechos sociales
- nuestros haceres puestos en cuestionamiento frente a la problemática, el surgimiento de la idea de gestar un espacio saludable para estos niños/as excluidos; no alcanzaba con reinsertarlos en la escuela, necesitábamos abrir el juego para pensar junto a otros.

“Los niños emplean estrategias para lograr integrar las contradicciones culturales que les permiten apropiarse de la normativa e interactuar en el contexto situado de la escuela. Los procesos de apropiación son selectivos de ahí que no todos logran constituirse en alumnos "aceptables ". Las condiciones que establece cada institución para amparar, contener, desarrollar estas estrategias infantiles definen en gran parte el proceso de construcción de su identidad social, facilitando o entorpeciendo la formulación de negociaciones e intercambios"(4).

En el itinerario restablecimos lazos con una escuela donde la Psicóloga del Centro de Salud había desarrollado un trabajo previo. Esta fue receptiva a los niños/as más pequeños, ya que se daban dos situaciones: un grupo con edades entre 6 y 8 años que podía ingresar a la escuela diurna y un grupo de preadolescentes que era demasiado grande para la escuela diurna y demasiado pequeño para la nocturna. Por otro lado, la preocupación de los padres sobre la probable concurrencia nocturna de sus hijos como un impedimento, dados los posibles peligros que puedan surgir en el trayecto hacia la misma.

Esta nueva dificultad pudo ser canalizada por la respuesta de una escuela nocturna de la zona que al contar como parte de su proyecto institucional la salida a la comunidad teniendo en cuenta las singularidades que en ella se manifiesta, ofreció la apertura (en un horario vespertino) de un Centro Educativo y el recurso humano, quedando pendiente el espacio físico acorde, para el funcionamiento.

Esto fue tramitado ante la apertura del Centro Municipal Distrito Oeste "Felipe Moré", junto con la firma de un convenio marco entre el Ministerio de Educación y la Municipalidad de Rosario, la presentación y aceptación de un Proyecto conjunto entre el Centro de Salud y la Escuela que integró el Proyecto Educativo Institucional.

El Centro Educativo inició sus actividades el 8 de marzo de 1998 y continúa su funcionamiento en la actualidad.

Las tareas del armado del proyecto, la realización del relevamiento de los probables alumnos, que abrió la posibilidad de ingreso de otros chicos/as no detectados durante 1998, fueron consolidando y ampliando el equipo de trabajo.

Al día de hoy, el Equipo de Trabajo se encuentra integrado por la Directora y Vice-Directora de la Escuela Nocturna, la Maestra a cargo del Centro Educativo, la Psicóloga del Centro de Salud y la Alfabetizadora. Frente a la necesidad de gestar nuevos dispositivos, este equipo está en proceso de recibir el aporte de nuevos miembros.

El trabajo interdisciplinario que se desarrolla no fue planteado como un objetivo a priori, sino que fue construyéndose desde la práctica, dando elasticidad y plasticidad a los bordes de los campos disciplinares, sin perder la especificidad de éstos y el compromiso que le cabe a cada integrante del equipo.

A modo de conclusión

Refiriéndonos a lo protagonizado en este recorrido sobre la "exclusión social" vivenciamos en la práctica que siempre nos encontramos transitando el par exclusión/inclusión, dado que la construcción de dispositivos inclusivos que apuntan a vincularse a espacios interinstitucionales más amplios generan en muchas oportunidades la reproducción del modelo excluyente, esto requiere de la reformulación constante de interrogantes y nuevas estrategias.

Nuestros interrogantes continúan, creemos que pueden vehiculizar la necesidad de esclarecer la naturaleza de nuestro propio proceso de trabajo. Parafraseando a Juan Carlos Volnovich: "Antes que pensar qué es lo que hacemos y que es lo que deberíamos hacer con los excluidos, antes de tomarlos como objetos de estudio y asistencia, antes de tomarlos como un síntoma, como expresión de un sistema injusto de dominación, deberíamos pensarlos -y pensarnos- como un analizador de esta cultura y, sobre todo, preguntarnos qué es lo que el sistema (de salud, de educación) hace con nosotros. Qué se nos demanda. Síntoma de qué somos.

En última instancia, si no podemos evitar la producción y reproducción de excluidos, al menos no deberíamos reforzar su discriminación con nuestra práctica" [\(5\)](#).

Referencias bibliográficas

(1) Landreani, Nélida. "La deserción escolar, una manera de nombrar la exclusión social", Revista Crítica Educativa, Buenos Aires, Octubre, 1998

- (2) Grillo, M.R., Tombetta, P., Maravini, M. "Hacia la creación de un lugar para los niños: La juegoteca" Revista Psicoanálisis y el Hospital, N° 10, Noviembre, 1996.
- (3) Winnicott, Donald. "El proceso de maduración en el niño", Barcelona, 1965.
- (4) Idem (1)
- (5) Volnovich, Juan Carlos. "El niño del siglo del niño", Buenos Aires, 1999.

Diferentes modalidades de abordaje de la problemática del VIH

Adán, M.*; Alonso, D.*; Broguet, C.**; Gioia, G.***; Godoy, N.****; Santoro, M.****; Mena, S.*****

Fundamentación

En el espacio del Distrito Sudoeste del Municipio de la ciudad de Rosario está ubicado el barrio las Flores Sur, a unos 7 km del centro; que incluye entre otros, a la Granada, las Flores Este y 17 de Agosto; el mismo cuenta con una población total de aproximadamente 15.000 habitantes. Se reconoce este grupo mayoritariamente con necesidades básicas insatisfechas y con bajo nivel de instrucción, sobreviven en situación de exclusión del circuito económico social y los que acceden al mercado laboral lo hacen en condiciones absolutamente precarias, con este contexto el cirujeo se constituye en la forma natural de trabajo.

En este espacio social se emplaza el Centro de Salud Barrio Las Flores dependiente de la Secretaría de Salud Pública del municipio; este efector, cerca del domicilio de los residentes, brinda acciones de salud y trabaja en conjunto con la comunidad para intentar mejorar la calidad de vida de sus pobladores así como para dar respuesta a alguna de las muchas necesidades sentidas. Como expresión de una de las problemáticas de Salud - Enfermedad emergentes, el equipo de salud registró que se producían aproximadamente 10 pedidos espontáneos de prueba de VIH-SIDA por mes, esta realidad llevó a la conformación un equipo interdisciplinario específico para dar respuesta a la problemática sentida por los habitantes del barrio y en un todo de acuerdo a la razón de ser del Centro de Salud.

A la par de estas acciones debe marcarse como antecedente un caso de un bebé con SIDA con las dificultades consecuentes para asegurar su atención y seguimiento (externado del Hospital "V. J. Vilela" que no fue admitido por el Servicio de Internación Domiciliaria), que resultó otro disparador para que todo el personal del Centro se conmoviera y se tornara candente el tema del VIH. Este evento provoca que se comenzara a hablar...

Este trabajo enmarcado en el contexto de atención primaria, toma como ejes la prevención y la promoción de la salud. Para ello el equipo se propuso la construcción de dispositivos que puedan

* Psicólogas, Centro de Salud "Las Flores", Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario

* * Pasante de Psicología, Centro de Salud "Las Flores"

* ** Médica, Centro de Salud "Las Flores"

* *** Enfermeras, Centro de Salud "Las Flores"

* ***** Médica Psiquiatra, Programa Municipal de SIDA, Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario

sostenerse y que permitan implementar acciones que propicien que una persona y la comunidad logren un posicionamiento responsable frente a la problemática VIH/SIDA, informando, sensibilizando y promoviendo prácticas de cuidado de la salud.

Trabajar desde la prevención permite crear espacios de participación y reflexión, donde lo singular tenga un lugar, donde lo dicho por cada uno importe, promoviendo cambios a nivel del sujeto que puedan incidir en lo social.

La participación puede darse cuando se recupera "uno por uno" cuando se transita de la Comunidad como masa indiferenciada a la Comunidad como un conjunto paradójico y abierto, trabajando para que el reconocimiento del otro permita hacer lugar a que las necesidades puedan ser dichas. (Alvarez-Colovini, Mayo 1994).

El abordar la problemática de HIV-SIDA no resulta menor, ya que la información existente indica que desde el año 1996 la provincia de Santa Fe ocupa el tercer lugar en relación a la tasa de incidencia acumulada de enfermos notificados (Boletín sobre el Sida en la Argentina, Diciembre 1999).

En tanto que el Departamento Rosario (Pérez, Villa G. Gálvez, G. Baigorria y Municipio de Rosario) concentra la mayor cantidad de notificaciones de SIDA (80%) del total de 1.004 enfermos de la provincia para igual período.

La problematización en torno al VIH-SIDA debe ocupar un lugar en el Centro de Salud, para propiciar que éste funcione cada vez más como referente para esta comunidad, donde se pueda interrogar e interrogarse por cuestiones de salud-enfermedad, ya que este proceso se sostiene en el propio saber de la gente con sus representaciones, creencias, mitos y desde este punto partimos propiciando que este saber sea retrabajado, permitiendo que los sujetos se apropien del mismo y se involucren en la problemática.

Propuesta de acción y desarrollo

La problemática de HIV-Sida se comienza a trabajar a fines del año 1996 en las reuniones del equipo de salud del Centro, a partir de las cuales se decide conformar un grupo más reducido integrado por el personal interesado en la temática. En principio el equipo se constituyó con una enfermera, psicólogos, médicos, una trabajadora social y un psicólogo del Programa Municipal de Sida (PROMUSIDA). En la actualidad el grupo está conformado por dos enfermeras, dos psicólogos, una administrativa y una psiquiatra del PROMUSIDA.

Cabe destacar que, además de los integrantes estables, el grupo es abierto y dinámico ya que permite que otros miembros del equipo se incluyan en actividades puntuales sin que deban asegurar su permanencia continua.

Los objetivos planteados para el desarrollo de la propuesta son:

- Favorecer la detección intentando potenciar y difundir la importancia de efectivizar los análisis de VIH.
- Abrir espacios de asesoramiento, acompañamiento y contención en relación al VIH-SIDA en esta comunidad.
- Generar espacios en los que se pueda reflexionar acerca del VIH-SIDA, identificándolo

colectivamente como problemática.

- Capacitar a grupos que trabajen en la comunidad (programas temporarios de empleos) y al equipo de salud del mismo Centro, favoreciendo un cambio en el modo de intervención y atención.

Dispositivos

Consultoría de VIH-SIDA

Fue el primer dispositivo creado en el Centro de Salud a partir de que en una reunión de equipo, una enfermera contara que de modo espontáneo se solicitaban aproximadamente 10 pedidos de análisis de VIH por mes.

El eje del dispositivo fue el modo de recepción de estos sujetos. Se intentó generar un espacio que no expulsara, sino que encauzara la demanda. La instancia que posibilita identificar si una persona está o no infectada por el virus, no debería cerrarse en el acto de la extracción, o en un papel donde figure el resultado; si no transformarlo en un momento privilegiado para intervenir con un sentido preventivo.

En el equipo se consensuó el mecanismo de funcionamiento de la Consultoría. En tal sentido quien se presentara en el Centro de Salud para solicitar una prueba sería atendido "en ese momento" por un integrante del equipo. Se programó la realización de una entrevista voluntaria, codificada (iniciales del nombre y del apellido, fecha de nacimiento), y con consentimiento informado. En la misma se determinó transmitir la información que el entrevistador considerara como necesaria en función a las inquietudes y dudas que el sujeto plantea la acción propuesta a continuación era entregar folletería, preservativos y a posteriori la extracción de sangre. Se intentó a su vez que cierta información no dejara de ser transmitida y conversada, como por ejemplo, las diferencias entre la condición de portador de VIH y la condición de enfermo de SIDA, posibilidad de ventana serológica y consejos con relación a ciertos hábitos como por ejemplo no compartir agujas y promover el uso de preservativos.

Quedó establecido además que el responsable de realizar la primera entrevista fuera quien entregara el resultado.

Para los sujetos cuyo resultado fuera no reactivo se acordó recomendar medidas preventivas y retesteo al término de 4 meses y para los reactivos se brindaba contención, derivación médica y/o psicológica, información sobre el tratamiento y cuidados a terceros, implementando nuevas entrevistas en el caso de ser necesario.

Si el resultado fuera repetir la prueba se les explicaban los posibles motivos de este resultado y en ese momento se realizaba una nueva extracción.

El desafío era no quedar sólo en el lugar de brindar una explicación o confirmar una certeza, sino que el consultante pudiera interrogarse acerca de aquello que lleva a una persona a tomar la decisión de conocer un diagnóstico, y sea cual fuera el resultado actuar de un modo responsable.

La periodicidad de las reuniones se fijaba semanalmente para ir construyendo un espacio de re-trabajo y análisis de las entrevistas.

A modo de resumen es posible informar que en el período marzo '98 a marzo '99 se realizaron 119

entrevistas en las que se solicitó la realización de la prueba de VIH; manteniéndose el promedio histórico de 10 pedidos mensuales.

Del total de estos pedidos, sólo 2 fueron reactivos. De los consultantes, el 78% refirió exposición sexual, 2% exposición sanguínea, 1% ambas y 23% no lo manifestó. Un 70% contaba con análisis previo.

El motivo de consulta en mujeres fue mayoritariamente por ejercer la prostitución, ya que debían realizarse, por orden legal, un análisis trimestral.

Otros motivos de consulta fueron personas que se enteraron que alguien, con quien compartieron su vida sexual, se encontraba infectado/a por el VIH o enfermo de SIDA; en otros casos el motivo se relacionaba con relaciones sexuales no protegidas y también una minoría por cuestiones laborales.

De la lectura de las entrevistas podemos referir que la gente está informada en relación al VIH, pero tiene dudas y confusiones especialmente con la diferencia entre portador "virus dormido" y enfermo. Señalaban que sentirse sanos y fuertes tendría que ver con no estar infectados, mientras que sentirse débiles, con malestar, adelgazados tendría relación con estar infectados, dando así importancia a lo visible.

En general se desconoce la posibilidad de contagio de madre a hijo y surgen dudas en relación al contagio por accidentes en la escuela y en el trabajo.

En relación al sexo oral, apareció como una práctica sin riesgos.

Respecto a las drogas no se evidenciaba claramente la diferencia en el riesgo de infectarse que corren quienes usan drogas endovenosas y otras.

El cuidado y uso del preservativo se relacionaba sólo con la prevención de embarazo y no con un recurso útil para evitar la adquisición de una infección, siendo inusual su uso excepto para el ejercicio de la prostitución.

La percepción de discriminación aparecía en relación a la dificultad para conseguir trabajo, la presión legal, la falta de aceptación familiar, la dificultad en el acceso a los tratamientos.

Puede concluirse que la Consultoría dio lugar no sólo a solicitar una prueba, sino que constituyó un espacio donde se pueden hablar temas que la gente no quiere o no puede hablar con otros.

Entrevista personalizada en una consulta gineco-obstétrica sobre la problemática VIH-SIDA-transmisión vertical

Una médica tocoginecóloga integrante del equipo de la consultoría implementó la entrevista personalizada en la consulta gineco-obstétrica para abordar la temática de transmisión vertical (contagio madre-hijo-tratamiento-parto-lactancia, enfatizando la importancia de la realización de la prueba tanto en la mujer como en su pareja).

Este trabajo fue pensado a partir de la lectura de los informes epidemiológicos VIH-SIDA que refieren a la transmisión vertical como prioridad a abordar, sabiendo el significativo aumento de la infección en la población de mujeres jóvenes que a su vez direcciona la problemática de la infección a los niños.

Como la consulta gineco-obstétrica era solicitada por un altísimo porcentaje de mujeres del barrio, en su mayoría jóvenes, muchas de ellas embarazadas, se daba un buen espacio de acercamiento con información para conocer qué referían en relación al tema en cuestión.

De las 149 mujeres consultantes, 51 (35%) refirieron no tener análisis previo, siendo que 23 de ellas

tenían hijos.

La mayoría de las pacientes entrevistadas (93,3%) desconocía la transmisión vertical, teniendo más información sobre la vía endovenosa (49,7%) y sexual (98,6%). Sólo el 6,7% conocían las tres vías de transmisión.

A pesar de conocer la transmisión sexual sólo el 1,3% usaba regularmente preservativos y el 1,3% en forma ocasional.

Talleres en Centros Crecer (Dependientes de Promoción Social de la Municipalidad)

Este trabajo tuvo como eje abordar la problemática de la transmisión vertical -VIH, considerando estos centros como lugares privilegiados ya que concurren a ellos jóvenes madres que llevan a sus hijos o colaboran allí.

Se comenzó trabajando con las directoras y las maestras para consensuar la forma de convocatoria a los talleres y se propuso que las mamás de los niños podrían dejar en una urna los temas de interés o referirlos a las maestras.

Se implementaron cuatro talleres con estas características, donde se invitaba en forma individual a las mamás y a las colaboradoras del centro. La planificación y coordinación de cada taller fue interdisciplinaria; participaron ginecólogo, pediatra, trabajadora social, enfermera y personal del PROMUSIDA.

Los talleres fueron sobre: anticoncepción, problemática VIH-SIDA, transmisión vertical y cuidados del niño.

La técnica de los talleres se sostuvo en forma dinámica con un intercambio de saberes que estas mujeres tenían en relación a los temas propuestos. Se realizaron juegos participativos, proyección de películas y diapositivas, se intentó que los decires circulen y aparezcan preguntas y se respondan dudas.

En general la participación de las mujeres fue importante y enriquecedora ya que se encontraban mujeres de distintas edades con posibilidades de tener hijos o madres de adolescentes.

La participación de profesionales del PROMUSIDA del Centro de Salud en los talleres fue fundamental, ya que se produjo un acercamiento diferente de la comunidad con los profesionales.

En la Sala de Espera

El objetivo propuesto fue propiciar un espacio en la Sala de Espera en el que se pudiera hablar del VIH-SIDA, identificándolo entre todos como problemática a partir del intercambio de saberes, de información, de creencias, de preguntas.

Se intentó generar una espera distinta al esperar adormecedor de la Sala de Espera, que posibilitara la interrogación, la desnaturalización y puesta en circulación de temas como: formas de contagio, transmisión vertical, diferencias entre portador-enfermo, cuidador, relación VIH-drogas, pruebas de detección, aspectos legales.

Trabajamos con preguntas abiertas, resaltando lo que la gente allí dice, ampliando y aclarando conocimientos. Lo dicho circula, es respondido y cuestionado por la misma comunidad, no anticipándose el equipo a dar información que silenciara la participación de los concurrentes. Se trataba de trabajar temores, dudas, representaciones sociales del SIDA que sostienen

posicionamientos subjetivos que atraviesan discursos y prácticas de las personas.

En la Sala de Espera se habló de enfermedad, de la salud, del sexo, de la familia, de la discriminación en relación al VIH-SIDA.

Este trabajo funcionó como un dispositivo en el sentido de ser algo creado, armado para producir un efecto, para hacer hablar y para hacer ver.

La gente se interesó y participó de diferentes maneras: escuchando en silencio, o formulando preguntas, o sonriendo de forma cómplice con su compañero de banco o relatando anécdotas cotidianas; también hubo quien sólo parecía pendiente del llamado del médico o de conseguir un turno.

Al preguntar qué les parecían estos encuentros nos respondieron que debían hacerse más seguido dada la importancia del tema y la falta de ámbitos para hablar del mismo. La espera se transformó en un espacio provechoso.

Sorprendió el efecto que estas actividades produjeron al interior del equipo de Salud; el trabajo con relación a la problemática planteada se hizo un lugar, se vio y se escuchó. Este hacerse visible posibilitó que diferentes trabajadores de la salud hicieran reflexiones al respecto, mostrando un interés por la temática que hasta el momento no se había manifestado. Varios médicos relataron que al entrar en el consultorio sus pacientes referían preguntas o comentarios en relación a lo trabajado en la Sala de Espera, constituyéndose en un indicador de aprovechamiento de lo tratado en ese espacio.

Con el trabajo en la Sala de Espera se tuvo como objetivo abordar la problemática del VIH-SIDA, para producir un quiebre en ese esperar pasivo de la Sala de Espera, haciéndole lugar a la subjetividad, a la sorpresa, a lo nuevo.

Este dispositivo se sostiene desde mediados del año 1999, con una frecuencia semanal.

Trabajo realizado con un Grupo de Mujeres que sostienen un proyecto Comunitario llamado "Menores en Riesgo"

Un grupo de mujeres que sostiene el trabajo comunitario denominado "Menores en Riesgo" convocó al equipo de consultoría para la programación de algunas actividades comunes.

El grupo en ese momento se estaba capacitando en temas tales como: anticoncepción, embarazo adolescente, enfermedades venéreas y VIH-SIDA, para finalmente poder trabajar la prevención del embarazo a temprana edad con más fundamento.

De los contactos realizados surgió la posibilidad de realizar una serie de talleres para abordar los temas anteriormente mencionados; en los mismos, participaron alternadamente, la tocoginecóloga, los psicólogos y personal del PROMUSIDA.

La metodología fue dinámica, con un intercambio permanente de decires, preguntas y dudas.

Algunos de los temas que se presentaron fueron: dificultades en el uso de preservativo, deslizándose que esto es "algo de hombres" relacionado a la infidelidad. Se habló sobre la transmisión vertical, del análisis de detección en el embarazo, tratamiento y lactancia en una mujer con VIH.

Se explicitó, a lo largo de los talleres, la vergüenza sentida por la gente del barrio a hacerse el análisis, como consecuencia de los rumores que se generan y circulan.

Se trabajó entonces sobre la propia implicancia con el menor y la necesidad de manejarse en este trabajo con absoluta discreción, así como también acerca de la dificultad de hablar de sexualidad

con los propios hijos adolescentes, porque sienten que de esta manera estarían dando “una habilitación” para comenzar las relaciones sexuales.

Se plantearon preguntas tales como: 'cómo hablarles, en qué momento, qué decirles y qué no, qué hacer como madres en caso de tener un hijo infectado, cómo proceder, a quién recurrir, dónde asesorarse':

Por otra parte se trabajó también en relación a la discriminación en el ámbito familiar, escolar, laboral y en la sociedad en general y sobre la ley que contempla los derechos de las personas infectadas de HIV.

Durante la realización de los talleres se fue dando un proceso; en el primero se trabajó en un plano más bien de circulación de información mientras que en los restantes apareció una implicación diferente tanto en lo personal como en la forma de abordar la temática HIV-SIDA en su proyecto de trabajo.

Reflexiones a partir de la experiencia

Podemos decir que las actividades se realizaron a partir de cierta posición con relación a la prevención en HIV, desde la cual consideramos que si bien es fundamental la información acerca del tema, la misma no es suficiente respecto a la prevención. Alguien puede recibir información, anoticiarse formalmente, lo cual no implica una aprehensión subjetiva que suponga que alguien puede responder por sus actos en forma responsable.

Hay quienes sostienen que prefieren no saber sobre su condición serológica respecto del VIH porque sienten miedo y tienen la certeza de que el conocimiento de la propia seropositividad "no sirve para nada".

Estos argumentos sólo están al servicio de la inacción y pretenden convencer de que lo que no se conoce, no se nombra o no se dice, no existe.

Dado lo complejo de la problemática, pensamos que no es posible abordarla en forma individual ni tampoco desde un solo saber.

La constitución de un Equipo de Trabajo integrado por médicos, psicólogos, enfermeros, personal administrativo del Centro de Salud marca una diferencia en las posibilidades de intervención y en las estrategias a desarrollar, dando lugar aun trabajo interdisciplinario que "contiene y nos contiene".

Rescatamos y priorizamos los decires y el saber de la comunidad, intentando que en este ida y vuelta, se produzcan cambios sostenidos con consecuencias subjetivas y sociales.

Bibliografía General

- Alvarez, A. y Colovini, M., (Compiladoras). "Razones de psicoanalistas en prácticas comunitarias", UNR Editora, Rosario, 1994.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. LUSIDA. Boletín sobre el Sida en la Argentina, Año V, N° 15, Diciembre 1998.-
- Moise, C., "Prevención y Psicoanálisis", Ed. Paidós, 1998.
- Romero, J. "Cuarenta meses en las Flores", Mimeo, Año 1998.

Una alternativa posible cuando se precipita una lesión medular

Felicioli, E.*; Freiberg, S.*

Introducción

El presente trabajo surge desde la práctica que realizamos como psicólogas en I.L.A.R., donde uno de nuestros modos de intervenir es accionar preventivamente frente a los riesgos emocionales a los cuales se ve enfrentado un sujeto cuando un suceso traumático irrumpe en su vida. Definiendo el trauma como una ruptura en la continuidad de la existencia, como un sufrimiento que pone a prueba el límite de lo tolerable. De acuerdo a Sigmund Freud: "Un aflujó de excitaciones excesiva en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones" [\(1\)](#).

I.L.A.R. (Instituto de lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado) pertenece a la red de efectores de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y es considerada una institución de alta complejidad dentro de dicha red.

Se ocupa de brindar rehabilitación integral a personas con afecciones neuromotoras ofreciendo atención por internación y consultorios externos, en servicios médicos (Fisiatría, Neurología, Reumatología, Traumatología, Urología y Clínica General) y en servicios de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Fonoaudiología, Recreación y Deportes, Rehabilitación Profesional, Pedagogía y Psicología así como Taller de Elementos Ortopédicos, Biblioteca, Transporte y Pileta Climatizada.

Ingresa pacientes afectados por hemiplejías, paraplejías, cuadriplejías, amputaciones, fracturas, politraumatismos, enfermedades heredo-degenerativas, parálisis cerebrales, etc., cuya complejidad requiere una labor en equipo interdisciplinario.

Los mismos provienen de la ciudad así como del Sur de la Provincia de Santa Fe y provincias aledañas y de otras localidades de nuestro país, si no cuentan con Servicios adecuados cercanos a su zona de residencia.

La experiencia que presentamos fue desarrollada con pacientes lesionados medulares internados en la institución, que representan un 10% del total de la población adulta atendida en el servicio de internación.

Marco teórico conceptual

Entendemos que todos contamos con diferentes experiencias en nuestra historia vital y con aportes

* Psicólogas, Instituto de Lucha Antipoliomielítica y rehabilitación del Lisiado (ILAR) Secretaría de Salud Pública - Municipalidad de Rosario

de distintos vínculos que hacen a nuestra estructura psíquica y a sus posibilidades de identificación y necesitamos de la mirada del otro que nos devuelva una imagen corporal, libidinizada y conocida, punto de anclaje del yo.

También estamos insertos en redes socio-culturales que nos atraviesan y sostienen en mayor o menor medida.

Estas redes son modos de articulación, de entramado y puntos de encuentro, complejas interacciones familiares, laborales y de grupos de relación.

En un sujeto a quien le adviene una discapacidad motora esto naturalmente acontece de la misma manera, pero al producirse el suceso traumático (hemiplejía, amputación, esclerosis, distrofia muscular, paraplejía...) impacta en su estructura subjetiva y en las redes que lo sostienen.

Desde los primeros momentos se encuentra en una situación de duelo. "Las personas afligidas por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resignan su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento. El duelo exige un trabajo: quitar la libido de sus enlaces con el objeto. Esta orden no puede cumplirse enseguida, se ejecuta pieza por pieza, con gran gasto de energía y de tiempo": [\(2\)](#)

Y cuánto mas podríamos decir si el objeto de duelo es el propio cuerpo, ¿cómo quitar los enlaces de un objeto siempre presente pero ausente a la vez?, ¿un objeto entrampado en múltiples significaciones, libidinizado y tan propio?

El duelo se manifiesta por las funciones pérdidas y la satisfacción que se obtenía de ellas, por la autonomía personal, por la imagen del cuerpo. Dolor físico y psíquico se entrelazan, punto de encuentro entre la medicina y el psicoanálisis en la medida que el dolor físico tiene efectos subjetivos y que el sujeto responde a éstos.

La privación de funciones físicas puede transformarse en un menoscabo del ser, atacando lo más íntimo de la identidad, al vivenciar pérdidas que lo llevan a no reconocerse y a resignar roles familiares, posiciones laborales y sociales que no deberían ser un efecto obligado de su situación.

En los avatares que va sufriendo, obviamente la estructura previa del sujeto es factor significativo, sus reacciones ante la lesión y sus secuelas están íntimamente relacionadas con el significado y representación psíquica que tenga para él.

Los efectos de la enfermedad no solo atañen al paciente sino a toda su red familiar, dependen de la calidad de los vínculos y afectos preexistentes, de quién es el miembro que padece la lesión, su rol y jerarquización dentro del núcleo, su relación con el sostén económico familiar, y están íntimamente relacionados con las expectativas y proyectos vitales.

Ante la vivencia traumática, el desconcierto invade a todos los integrantes, quedando exaltados en un primer momento, sentimientos de desamparo, innermidad y confusión.

Se trata de una experiencia emocional desintegradora, la unidad que constituían con su identidad y estabilidad se ve perturbada, se transforman los roles, se crean nuevas normas.

La familia puede soslayar las condiciones psicológicas y físicas del paciente, variando entre actitudes de sobreprotección o sobre-exigencia. Y en tal sentido, en lugar de funcionar como red de contención, potenciar la producción de nueva sintomatología.

Así, a veces no permiten procesos de duelo interpretando como mayor deterioro su necesidad de introvertirse, deprimirse o angustiarse, no tolerando mínimos cambios en su estado de ánimo. Esto se relaciona con el dolor por el que todos transitan, acompañado por la esperanza de estar frente a

una deficiencia transitoria. El dolor puede ser negado y enmascarado con cuestiones circunstanciales o agudamente sentido, mostrando en forma explícita todas las vicisitudes de este duelo especial, por alguien que es y no es, que la enfermedad lo ha cambiado y alejado. La lesión marca una falla que perturba todo el sistema.

Si la familia logra una dinámica adecuada a la nueva situación, elaborando la misma, podrá reintegrarse saludablemente propiciando un espacio potencial para el despliegue de los recursos de cada uno de sus miembros.

Cuando el equipo de rehabilitación comienza a trabajar, debe estar preparado para encarar diferentes variantes, tanto de la individualidad del paciente como las de su grupo familiar: subjetividad, historia de vida, contexto social, características del accidente, etc.

Si el accionar de los profesionales centra su mirada en la marca orgánica, taponan y entorpece la posibilidad de ver al sujeto discapacitado en sus diversos deseos e intereses, planteando caminos unidireccionales y generalizados con masificación de propuestas. Si faltan objetivos y finalidades claramente establecidos, brindando una atención despareja, con más énfasis en unos aspectos que en otros, desaparece el funcionamiento en equipo. Partes aisladas se mueven por su cuenta sin coordinación y la acción terapéutica se realiza llena de contradicciones sumiendo al paciente en confusiones, con una ausencia de objetividad concreta en la realidad de la enfermedad.

La rehabilitación debe funcionar como una tarea en equipo, verdadero equipo, donde cada integrante aporte desde su especificidad. Sin olvidar que los terapeutas también se encuentran atravesados por ansiedades profundas, vivencias complejas, ambivalentes que le despierta este encuentro con la discapacidad, enfrentándolos a los límites de su propia práctica.

Desarrollo de la estrategia de intervención

En el proceso de rehabilitación una de las estrategias terapéuticas es comenzar con un período de internación, que favorece la reorganización interna y externa del paciente y su familia, brindándoles el espacio para pensar, reaccionar y ocuparse de acciones concretas que emergen de la nueva situación. Cuando se plantea el alta, ésta presenta interrogantes en torno a si están dadas las mejores condiciones para una reinserción adecuada a la vida cotidiana, donde el entorno a menudo obstaculiza dicha inserción y suma nuevos problemas.

Algunos integrantes de esta institución consideramos que los tratamientos individuales, aún con abordaje interdisciplinario, donde el paciente cumple una rutina recorriendo los diferentes servicios de atención, son insuficientes para contribuir a dicha reinserción, sobre todo en una sociedad en la cual un ser humano con posibilidades de rendimiento disminuidas debe soportar la exclusión a la cual frecuentemente es condenado.

Así pensamos en brindar una propuesta terapéutica diferente, organizando grupos de trabajo con pacientes lesionados medulares con la intención de ofrecerles instrumentos que, una vez reinsertos en su ambiente habitual, les permitan contar con mejores perspectivas vitales.

Una propuesta donde la estrategia de rehabilitación amplíe la tarea circunscripta al adiestramiento para las actividades de la vida diaria, el uso de la silla de ruedas, la posibilidad de marcha con ortesis y bastones, el entrenamiento de la vejiga; actividades todas que apuntan a la obtención de la máxima independencia funcional, logro por cierto fundamental para cualquier lesionado, aunque no suficiente. Una propuesta que sin dejar de lado a la psicoterapia individual, incluya lo

interrelacional.

La estrategia es "un escenario de acción que puede modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Supone la inclusión de la incertidumbre no como falta de rumbo sino como inclusión metódica de la complejidad": [\(3\)](#)

Realizamos entonces la primera experiencia de trabajo en nuestra institución con un grupo de pacientes parapléjicos, lesionados medulares de etiología diversa, quienes luego de un primer período de rehabilitación estaban en condiciones de comenzar a vivenciar sus nuevas posibilidades para insertarse en el medio.

Participaron de esta experiencia diez pacientes, de género masculino, provenientes de diferentes localidades y variados sectores sociales con predominancia de sectores de escasos recursos económicos y con situación laboral irregular. Sus edades variaban entre los 20 y 40 años.

Participamos profesionales y personal de las distintas áreas de nuestra institución, también profesionales invitados de otras disciplinas y pacientes parapléjicos ya rehabilitados.

En el grupo se abordaron diversas temáticas: etiología y pronóstico de la lesión, sexualidad, deporte, recreación, adaptaciones para el hogar, posibilidades de escolaridad y capacitación, leyes laborales.

Las propuestas de actividades partían de los profesionales y luego de cada una de ellas, se realizaban reuniones grupales donde se trabajaban las diversas inquietudes, interrogantes y/o propuestas para los siguientes encuentros. Frente a la oferta del equipo apareció la demanda en los pacientes.

Así surgieron: una experiencia laboral piloto acotada al período de internación, la proyección de un vídeo en cuanto a las diferentes posibilidades deportivas y otro acerca de la sexualidad, la asistencia a un torneo de bochas realizado en la ciudad, la participación en una velada de tango, la visita de un abogado que ilustró acerca de leyes de su campo, salidas grupales a diferentes lugares de esparcimiento con el fin de estimular mayor autonomía y poder sostener el encuentro con otros fuera del ámbito institucional, animándose a sortear los obstáculos físicos, llamados barreras arquitectónicas y al mismo tiempo otros obstáculos o límites, como ser la mirada del otro.

Resultó sumamente interesante y enriquecedor lo que se fue generando en los pacientes y la forma diferente de compromiso participativo del equipo, que canalizó intervenciones más eficaces y pertinentes pues se profundizó el contacto entre todos y cada uno de los integrantes.

Acercándonos a algunas conclusiones

La experiencia de esta tarea en grupo, que se extendió por un período de seis meses (tiempo promedio de internación de los pacientes con esta patología) permitió crear una red transitoria entre los mismos, propiciada y facilitada por la institución.

Esta red, si bien ficticia, al brindar la continencia terapéutica e institucional, funcionó como un dispositivo que les permitió elaborar, procesar y comenzar a reorganizarse en función de una realidad diferente, a modo de ensayo en un pasa-je menos disociado entre la internación y el alta. ¿Qué efectos tuvo esta red en la singularidad?

Al ofrecerles un espacio donde la palabra, las preguntas, las frustraciones circularon y fueron escuchadas, puntualizadas, interrogadas, volvieron al sujeto quien se las apropió nuevamente y se posicionó frente a ellas de otra manera.

Los pacientes se encontraron hablando de su infancia, de ellos mismos, su pareja, su familia. Así surgieron proyectos, iniciativas, potencialidades desconocidas donde antes gobernaba la impotencia. La intervención del equipo tuvo la intención de aportar una propuesta para que quien porta una lesión medular en su cuerpo siga siendo un sujeto deseante, agente de su desarrollo, capaz de descubrir sus recursos para ponerlos en juego, cualesquiera sean los límites que lo real le imponga. Aquello que desde otro discurso se puede decir "lograr que las capacidades remanentes se desarrollen al máximo", objetivo final de toda rehabilitación.

El sujeto que porta una discapacidad queda expuesto a una vulnerabilidad social, pensamos que esta alternativa puede ser un modo de prevención y promoción de salud, que de por sí sola no es suficiente si no es acompañada por políticas adecuadas que contemplen su real inclusión.

Queremos destacar que así como quien sufre una lesión medular realiza un trayecto de ilusión-desilusión para instalarse en la realidad, intentando lograr aceptar la impotencia incrustada en su cuerpo; el equipo de rehabilitación debe enfrentar ese trayecto de ilusión-desilusión acompañándolo en su reinserción en las redes, propiciando la creación de un entramado diferente que permita un sostén adecuado a la nueva situación, de una forma compensatoria con actividades que le posibiliten incorporarse al medio del modo más integrado posible.

Esta tarea fue el inicio de un proceso que hoy continuamos transitando con otros grupos.

Referencias bibliográficas

- (1) Freud, S. "Más allá del Principio de Placer", Obras Completas, 1920, Editorial Amorrortu.
- (2) Freud, S. "Duelo y Melancolía", Obras Completas, 1917 (1915), Editorial Amorrortu.
- (3) Morin, E. "Programa de Actualización en el Campo de la Problemática de la Subjetividad" 1999, Secretaría de Posgrado, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Ciudades saludables*

Róvere, M.**

Quería comenzar agradeciendo profundamente a la Secretaría de Salud Pública de Rosario esta segunda oportunidad de inaugurar un Congreso. También por poder cargar un poco de energía que proviene de todos ustedes, no solamente a partir de quienes están trabajando día a día en Rosario sino también a partir de quienes esta ciudad es capaz de convocar. Éste es uno de los pocos foros donde se pueden discutir los temas de salud pública en la República Argentina.

Agradecer también significa señalar el pacto de encontrarse nuevamente con muchos amigos y compañeros con los que hemos estado trabajando en niveles muy "micro". Pequeñas o grandes batallas que se dan cotidianamente, desde la discusión de un centro de salud o un problema de accesibilidad hasta los debates más fuertes vinculados con la planificación de una ciudad o la articulación entre los municipios, la Provincia, la Nación, los problemas internacionales y el contexto.

Todos estos temas, en otros escenarios se pueden hablar en vacío, pero en este escenario tiene que ver con la interpelación de tantas caras amigas, con las que me siento tentado a conversar y a intercambiar ideas y preocupaciones.

El desafío es muy grande porque en realidad estoy inaugurando un encuentro que ya empezó. Este año es una concatenación o una encrucijada de eventos, a los que tenemos el desafío de fertilizar recíprocamente. Cada una de las tareas que han estado sobre la mesa esta semana, son tareas que no pueden estar independientemente. No es independiente hablar de Mercociudades y acompañar la gesta, aún incluso contracultural, en lo que se refiere a la lógica básica del Mercosur. No es lo mismo ver el incipiente, pero también creciente esfuerzo, de la constitución de la red de Secretarios Municipales de Salud y combinarlo, al mismo tiempo, con este espacio que tiende a ser el espacio de puesta en común de tantos esfuerzos que se hacen cotidianamente y que a veces solamente tienen como repercusión unas páginas escritas y unos minutos para ser escuchados, cuando uno trata de pasar un año de experiencia en un pequeño trabajo.

Todo esto sucede en estos encuentros. En consecuencia voy a tratar de no decir lo que ustedes ya saben, lo que ustedes ya dicen y dirán. Trataré de seguir la pista de la interpelación, de qué significa hablar de ciudades saludables y el tamaño del desafío que esto implica. Además, sobre todo, me parece que una tarea que nos merecemos es hacer algún esfuerzo para tratar de comprender lo que nos está pasando, porque el debate de ciudades saludables podría ser colocado rápidamente en alguna dimensión más o menos idealista y algún espejo que nos devuelva la sensación de algo que está creciendo bien. Pero cuando nosotros tenemos que interpelar lo que está pasando con la salud en las ciudades de la República Argentina, dado que en estos escenarios se está repitiendo buena parte del drama de lo que le está pasando a nuestro país, tenemos que tener en cuenta algunas claves

* Conferencia inaugural pronunciada en el 9º Congreso "Salud en el Municipio de Rosario"

* * Médico especialista en Salud Internacional (OPS/OMS). Asesor del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación - Asesor de la Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario

para tratar de decodificar lo que no está pasando, tratar de decodificar por qué algunas expectativas tan fuertes no han tenido repercusión inmediata, por qué esta sensación de que pueden existir oportunidades perdidas en términos políticos y la comprensión del contexto en el que nos estamos moviendo para entender la salud a comienzos del milenio.

En primer lugar estamos hablando de salud en un mundo que se está achicando - esto que llamamos ligeramente globalización - lo cual significa muchos fenómenos, unos adentro de los otros.

Fenómenos que en cierta manera son contradictorios. Fenómenos que nos hemos acostumbrado a simplificar y calificar de una forma bastante apresurada, que tiene que ver con la idea de que la globalización ha traído más pobreza, más marginalidad, más problemas, muchos de los cuales no sabemos cómo resolver. A veces no sabemos cómo resolverlos porque no sabemos cómo plantearlos.

Pero la globalización también ha achicado al mundo y ha acercado las perspectivas para todos aquellos que alguna vez hemos pensado que el concepto de equidad no es local, que es una construcción mundial y que, en realidad, una vez que se establece un standard de salud en algún lugar del mundo, posible y alcanzable, ese standard comienza a generar un derecho. Si el mundo es grande y lejano como la Pampa, entonces no hay problemas, porque los que están en un extremo nunca se enteran de cómo viven los que están en el otro extremo. Pero, en realidad, este mundo se está volviendo más violento porque es más injusto y, además, porque es globalizado y la injusticia se ve porque este mundo es más chico y está más cerca, también porque muchas cosas que están pasando en otros lugares repercuten directamente en nosotros. Entonces una manifestación como la de Seattle, bloqueando a los organismos internacionales y a la Organización Mundial del Comercio en el otro hemisferio, nos produce alegría. Sin saber del todo muy bien por qué, pero uno en el fondo simpatiza y piensa que algo bueno está pasando para que las voces empiecen a difractarse y no sean una sola voz.

En este contexto creo que pasan cosas que nosotros hace mucho que nos debemos. Nos hemos acostumbrado a trabajar la enfermedad como una falta de algo. Nos hemos dedicado a trabajar sobre la dimensión de colocar una especie de parámetro fijo sobre la idea de salud y tratar de traer hacia este lado a los que no alcanzan ese parámetro. Nos ha faltado una reflexión sobre el parámetro de la salud normal.

Hoy los Estados Unidos tienen un problema muy serio porque tienen casi medio millón de habitantes que han superado los noventa años de edad. Traigo esta idea no solamente porque se trata de un envejecimiento de la población, se trata también de un cambio fundamental de la expectativa de la vida normal de la especie humana. Ese cambio supone que ciertos accesos a tecnologías y posibilidades comiencen a construir otra forma de ser, de vivir y de existir. Hoy, una buena parte de lo que pasa en nuestras ciudades está en relación al hecho de que la vida es construida; el ambiente natural ya no es natural. es también construido. Entonces se construye una expectativa de nuestra especie que es diferente de nuestra carga biológica espontánea. Nos están pasando cosas distintas a las naturales o las que hubieran sucedido por la simple carga biológica que tenemos.

Esta, en realidad, importa para señalar que no solamente tenemos que tener en cuenta lo que históricamente hemos llamado los factores de riesgo, sino también tenemos que empezar a ver lo que significan los factores protectores: todos aquellos elementos que están construyendo un standard nuevo. Es que las brechas son mucho más grandes no solamente porque los pobres están

peor sino también porque los ricos están mejor. Esto es que se está estructurando de una forma distinta el problema del derecho a la salud, porque esto sí tiene que ver con el problema de los costos de la atención que habitualmente discutimos. Pero lo discutimos en el contexto de una simplificación, como suponer que "todo aumento en el gasto en salud es espurio", es "una maniobra u operación del mercado" y no somos capaces de separar, en el sentido estricto, más o menos atinadamente lo que significa el gasto legítimo que tiene que ver con el envejecimiento de la población, con el cambio de las expectativas y que los problemas específicos traen aparejado nuevas formas de solucionarlos.

En consecuencia, el contexto internacional empieza a parecernos complejo porque nos pone un espejo nuevo. Era más fácil antes hacer diferenciales adentro del país o adentro de la ciudad, pero ahora también tenemos que ver el mapamundi y estudiar lo que pasa allí. Y no es sólo en la lógica de proteger gente sino también saber cómo se están construyendo nuevas expectativas. Saber también si hemos decidido que esas nuevas expectativas no son para nosotros, son sólo para otros. Y esas expectativas generan políticas, presiones. Generan presión sobre el total de un gasto que hace que nosotros podamos reflexionar sobre estas cosas o dejar que simplemente ocurran.

Los economistas resuelven este dilema a través de un mecanismo muy sencillo. Algún anglicismo dice: evidentemente, a pesar de todo, hay medidas police oriented y medidas market oriented. Suena muy técnico, pero quiere decir: A veces hay que dejar hacer y a veces hay que meter mano.

A veces meter mano significa todo lo de police oriented, que en la práctica representa muchas veces intervenciones que son demonizadas. En este momento de desregulaciones y des y des... aparecen problemas de esta magnitud que tienen que ver con preocuparnos que las desregulaciones no se vuelvan desgobierno y no se vuelvan una puja salvaje distributiva, para que en una presión de contexto internacional de semejante naturaleza algunos ciudadanos tengan cada vez más y otros cada vez menos, también en salud.

Nosotros estamos enfrentando problemas de empobrecimiento que es un fenómeno distinto de la pobreza. No es lo mismo empobrecimiento que pobreza. Hablamos de nuevos pobres, hablamos del incremento de esta dimensión y hablamos de desempleo en un contexto donde decir 15% de desempleo nos empieza a parecer normal, natural o naturalizado. Pero este 15% significa para muchos de nuestros ciudadanos no solamente haber perdido un empleo sino también todo el salario indirecto que hay también atrás de un empleo formal. Porque, además, entre los que no están buscando empleo y, en consecuencia, no empujan en el desempleo, también están los que tienen un empleo no fijo, en negro, sin aportes, sin seguridad social, sin jubilación: el empleo sin todo el salario indirecto.

Éste es un factor que está reconstruyendo sistemáticamente el sistema de salud en la Argentina. Sistema de salud que es fragmentado, pero que no es más fragmentado que la sociedad que lo contiene. Es fragmentado porque va acompañando a cada grupo social en su migración, los que van cuesta arriba y los que van cuesta abajo, estructurando distintas formas de atención de la salud para distintos grupos sociales con distintos standard.

Este contexto nacional es para nosotros un contexto bastante difícil de decodificar. El Banco Mundial ha colocado una provocación específicamente muy interesante porque es imposible como país no contestarla. Escribe y propone un texto que dice: "Argentina. La pobreza en un país rico". No incluye un capítulo sobre el aporte del Banco Mundial para este fenómeno. Pero, evidentemente,

nosotros deberíamos tener en cuenta que ese desafío es imposible de no contestar.

En cierta manera lo que está diciendo es que este país no merece ayuda internacional, este país está "certificado". Este país tiene indicadores de países del primer mundo, tiene una estructura económica que no admite la posibilidad de comprender por qué merecería ayuda. Es más, podrían algunos organismos internacionales históricos de la Argentina levantar sus sedes en ella porque es un país certificado. Un país que, en consecuencia, debe resolver internamente sus problemas de distribución. Pero esto es un enunciado técnico, ocurre que redistribuir los recursos equitativamente en la Argentina en realidad es un problema político de primera magnitud, postergado durante años en función de otras formas de conseguir recursos extras que tiene que ver con crédito, con endeudamiento, con vender el patrimonio del Estado a nivel provincial y nacional. Tiene que ver con muchos otros mecanismos de postergación del conflicto que hoy ya no están disponibles. En consecuencia van a aumentar la conflictividad social, justamente, en la medida en que no va a haber más remedio que encarar de frente el tema de la distribución del ingreso en la República Argentina. Esto se da en un contexto muy complejo, viviendo una transición prolongada, con estilos de hacer política que se han mostrado mucho más arraigados de lo que parecía. No voy a entrar en detalles porque todos leemos los mismos diarios, pero evidentemente estamos viviendo una transición mucho más trabada de la que nos podríamos haber imaginado hace algunos meses atrás. Esta transición y estos entramados que permitieron esta Argentina injusta se resisten a salir, a moverse. En consecuencia nos instalan problemáticas absolutamente nuevas.

¿Qué tiene que ver esto con el problema de las ciudades, con el problema de las ciudades saludables y con el problema de las urbanizaciones? Nuevamente vuelvo a las lógicas de las proximidades.

Usemos un ejemplo sin salir del sector público: la ciudad de Buenos Aires puede publicitar que si uno se tira al suelo en ocho minutos alguna ambulancia del sistema de salud lo recogerá, por las dudas no hagan la prueba. En este mismo país, la provincia de Santiago del Estero tiene casi 30% de partos domiciliarios y no porque las mujeres santiagueñas prefieran parir en sus casas sino porque la infraestructura del servicio de salud de la provincia no admite una pauta diferente. Es decir que esta noción de protección se da en forma muy desigual.

Estos diferenciales nos hacen violencia. Nos hacen violencia a nosotros que como técnicos podemos analizar estas cifras y verificar que esto ocurre. Pero cuando estas mismas diferenciales se instalan en una misma ciudad se vuelven visibles no sólo para los técnicos. Se vuelven visibles también para los ciudadanos. Una de las cosas más complejas es que a la inequidad geográfica y social nos hemos acostumbrados a verlas como fenómenos diferentes; en realidad, como algunos autores señalan, son el mismo fenómeno porque los distintos grupos sociales tienen apropiaciones diferentes de espacios. En consecuencia, las ciudades se vuelven espacios o escenarios donde todas estas dificultades que hemos planteado se instalan, se potencian y llegan al extremo de la potencia. Uno de los fenómenos que más nos ha azotado en los últimos tiempos es el de la violencia. Fenómeno que tiene que ver con la exclusión, pero que ha cambiado la forma de prestar servicios de salud. Todo esto tiene repercusión en los servicios de salud porque la reconversión en la lógica del empleo y la cobertura de la seguridad social hoy nos ha colocado en una situación donde los nuevos pobres o personas desempleadas encuentran como única satisfacción posible de sus necesidades los servicios públicos de salud. A través de un fenómeno, que algunos han llamado quieing, "cola de espera" se ha dado otro fenómeno: que estos grupos nuevos son habilitados, son capaces, tienen

muchas habilidades como para obtener servicios de salud, incluso servicio público de salud y han desplazado a la clientela tradicional de los hospitales públicos.

Y hoy la República Argentina se encuentra ante una situación totalmente nueva, que hemos mencionado y sobre lo que debemos seguir llamando la atención: hay excluidos absolutos a los servicios de salud. Éste es un fenómeno imposible de ocultar, aún incluso que haya espacios específicos como los esfuerzos que se pueden hacer en las ciudades y en algunos lugares del país para revertir esta tendencia. Pero con costos crecientes porque supone hacerse cargo de dos clientelas: la clientela histórica, más la clientela nueva, más toda la clientela que supone que cualquier lugar de nuestro país que mejore sus servicios automáticamente será un imán de atracción. Estamos en un dilema porque no hay techo en relación a cuánta población podría atender uno si en realidad mejorara los servicios, se empujara en el sentido de la gratuidad y, además, se mejorara la accesibilidad. Esto crearía fenómenos bastante distorsionadores en torno a una problemática donde a veces lo local puede ser asociado a desresponsabilización de otros niveles de los Estados provinciales y nacionales.

Además, en consecuencia, se ven fenómenos nuevos. Se ve el fenómeno del aumento de la calidad de los hospitales públicos porque los profesionales de la salud nos encontramos con gente como nosotros entre los pacientes. Otro fenómeno nuevo: hoy los hospitales son lugares de trabajo relativamente privilegiados por una lógica y una presión diferente, incluso ha cambiado la estructura de morbilidad. El privilegio relativo del hospital a su vez queda compensado con el sector de APS, que también está cambiando. Cambia porque está colocado del otro lado de la frontera, del lado de quienes se han quedado fuera del modelo. Así nos encontramos colocando instancias o delegaciones del Estado en territorio violento, lugares donde la exclusión se vuelve cada vez más difícil, más compleja y más desproporcionada cuando la queremos compensar con servicios de salud.

Claro está que el fenómeno de la violencia cambia las reglas de juego, pero también la prestación de servicios. Entonces, nos encontramos con situaciones nuevas y cuando hoy se abre una agenda con los principales problemas de salud, en cualquier lugar, empieza a aparecer el tema de la violencia. Pero no aparece sólo como morbilidad, además aparece porque los profesionales tienen miedo, experimentan en carne propia esta situación porque se sienten amenazados, ya que los barrios, en algunos lugares, han dejado de proteger a los centros de salud y al personal de salud. Incluso, en algunos lugares de las grandes ciudades, se "paga" para poder llegar al trabajo. Y porque en algunos lugares de la ciudad de Buenos Aires los médicos para ir al hospital, éste debe fletar un vehículo para que entren a los servicios de salud y otro vehículo para sacarlos. Esto cambia absolutamente las reglas de juego y los marcos de confianza entre los cuales habíamos construido todos nuestros modelos de Atención Primaria, de participación comunitaria, etc., etc.

Por supuesto que el problema más serio en todo esto es que la ciudad se ha vuelto uno de los espacios más complejos de análisis, porque están todas las problemáticas juntas, están la riqueza y la pobreza, están los contrastes más fuertes y, además, porque en la Argentina, el desempleo se mide solamente en las ciudades. Cuando hablamos de 15% se trata de los 28 polos de observación que son ciudades justamente. Y es probable que el desempleo sea mayor en algunos otros lugares. Con esto quiero señalar que no es independiente de lo que le pasa específicamente al gasto público al pensar la ciudad y lo que pasa a la lógica de "ciudades saludables". A partir de este contexto, a

partir de asumir esta compleja realidad, es que nosotros no renegamos de la idea de ciudades saludables sino que empezamos a construirlas. Nosotros empezamos a pensar que "ciudades saludables" es mucho más que prestar servicios de salud. Entender esta lógica es una concepción que afecta a toda la política municipal y que afecta a toda la política de la ciudad. Esto no es una redundancia, municipio y ciudad no son exactamente lo mismo: tenemos lugares en que una ciudad supone varios municipios y tenemos lugares en donde un municipio es más que una ciudad. Pero el problema de esta sistémica urbana a nosotros nos obliga a intentar movimientos para romper la tendencia a fragmentar la ciudad. Hoy se mencionaba en el encuentro de Mercociudades:

"Rivadavia al norte y Rivadavia al sur" en la ciudad de Buenos Aires. Ojalá fuera sólo eso.

El problema y el gran desafío de hacer ciudad, es no dejar que la ciudad sea marketoriented, no dejar que el mercado urbanice la ciudad. Posibilitar activamente que todas las áreas del mercado empiecen a tener acciones específicas para integrar la ciudad. La integración de la ciudad también incluye el gasto público.

Acá viene una cuestión paradójica, entender que el concepto de ciudades saludables es mucho más complejo que brindar servicios de salud, es tan difícil de entender que a veces tener servicios de salud es un obstáculo para entender ciudades saludables. La lógica de ciudades saludables no tiene predominantemente que ver con los servicios: tiene predominantemente que ver con todos los procesos de urbanización que hacen que la ciudad sea una o sean muchas, que sea articulada o sea fragmentada, que sea integrada o desarticulada.

Los servicios de salud, luego o simultáneamente, se suman a ese esfuerzo porque no somos de otro planeta, nos pasan las mismas cosas que les pasa a los ciudadanos y a la ciudad. En consecuencia, a lo mejor, es muy importante lo que hacemos en términos de servicios de salud pero igualmente importante es lo que hacemos en planificación estratégica urbana. Y a lo mejor tan importante como eso es lo que hacemos cuando urbanizamos lugares cuya estructura es de desurbanización. Sobre todo ahora que las líneas de crecimiento de las grandes ciudades, además, han empezado a urbanizar los basurales. Ahora se venden en loteos hermosos y uno de los grandes conflictos del Gran Buenos Aires en estos momentos es que en el mismo lugar donde están los countries más lujosos se empiezan a detectar los contaminantes más peligrosos.

En consecuencia, la idea de ciudades saludables empieza a volverse un concepto vivo que a nosotros nos obliga a tomar dimensiones diferentes. No alcanza nuestra comprensión tradicional de trabajadores de salud para hacernos cargo del concepto de ciudad saludable. Tenemos que empezar a entender y a discutir otras cosas, sino viviremos como un sector desconcertado o corporativo que intenta aferrarse a una serie de frases, de ideas y conceptos, que son absolutamente caros al sector, pero que sólo tienen sentido o hacen sentido en nuestra boca cuando incluye un cómo, incluye una forma concreta en cómo esas cosas van a ser llevadas a cabo.

En ese sentido me imagino la fuerza del mensaje de la última reunión de ALAMES, donde se menciona la idea del derecho a la salud como un objetivo político, como la necesidad de una construcción política que tiene que ver con todos estos actores que están en algún fragmento de la ciudad imaginándose este discurso único. Pero un discurso único del derecho a la salud que se lee muy distinto según en qué lugar de la ciudad uno esté.

Estamos hoy viviendo en un país extremadamente urbanizado, prácticamente más de la mitad de la población vive en grandes ciudades en Argentina. En consecuencia, lo que le pasa a Argentina, pasa

mayoritariamente en las grandes ciudades. En consecuencia, las problemáticas de esta nueva ecología urbana tiene todo que ver con la lógica de la salud. Pero tiene que ver con esta lógica en la medida que la idea de ciudades saludables nos desafía para encontrar estas lógicas.

Me parece que existen algunos desafíos interesantes porque en la medida que entramos en esta concepción aparecen muchas ideas nuevas que antes no habían entrado. Hacer salud pública desde las perspectivas de las ciudades y hacer salud pública municipal no es lo mismo que hacer salud pública nacional en chiquitito. Supone otra lógica. El espacio local, municipal, supone otro diálogo Sociedad - Estado, supone otra forma de ponerse del lado del ciudadano, supone otra forma de vincularse con los ciudadanos, supone otras oportunidades de entender el derecho a la salud desde la perspectiva de la gente y supone la capacidad de conectarse, además, con lo que está pasando en el mundo. No podemos cerrar nuestros cálculos de los servicios de salud que vamos a brindar a nuestra gente solamente en las entradas y salidas vinculadas con el presupuesto municipal. De lo contrario, nosotros estaríamos reforzando involuntariamente esa inequidad geográfica que se presenta, en muchos casos, como una inequidad inaceptable que se da con pequeños límites geográficos absolutamente artificiales, inexplicables y que, en determinados momentos, aumenta los riesgos de transformar ciudades que antes tenían ghettos de pobreza en nuevas ciudades que tengan ghettos de riqueza.

Desde esta perspectiva la idea de derecho a la salud y la idea de ciudades saludables tiene desafíos nuevos. Supone democratizar el acceso a los bienes y a los servicios. Pero también supone democratizar el acceso al conocimiento. Significa la capacidad de poner el conocimiento al servicio de nuestros conciudadanos. El conocimiento que no es nacional, ni provincial, ni municipal, el conocimiento que es universal y significa que hoy hay nuevas formas de tratar los problemas de salud, hay nuevas formas de prevenir que problemas de salud ocurran, hay nuevas formas de evitar que intencionada o inintencionadamente dañemos la salud de nuestra gente construyendo ambientes que no sean saludables. Me parece que esto nos coloca en el desafío de lo que significa repensar las ideas de derecho a la salud y ciudadanía activa como ejes de movilización de la sociedad y el Estado. Es posible cuando el Estado está más cerca de la gente. Poniendo nuestra ciencia y nuestra militancia activa al servicio de la dignidad de todos y cada uno de nuestros conciudadanos. Muchas gracias.

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 identificadorio, 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. Contribuiçoes 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 crítica, 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.