

Investigación en Salud



Práctico y los mitos provechosos...

U. S. andi zaya

1928



Comité Editorial

Editora

Zulema C. Torres de Quinteros

Editora Asistente

Mónica M. Liborio

Editores Asociados

Marta Abonizio

Alicia Aronna

Adriana Huerta

Dora Mantello

Beatríz Martinelli

Juan Carlos Paradiso

Alicia Rodríguez

Secretario

Fernando H. Baccelliere

Asesores Científicos

Belmartino, Susana (Argentina)

Bonazzola, Pablo (Argentina)

Briceño León, 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)

Goldblum, Moisés (Brasil)

Habichayn, Hilda (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)
Pantelides, Edith A. (Argentina)
Proietti, Fernando A. (Brasil)
Rohlf's Barbosa, Izabella (España)
Ruffino Netto, Antonio (Brasil)
Sanchez Cabaco, Antonio (España)
Santhia, Miguel A. (Argentina)
Schapira, Marta V. (Argentina)
Stolkiner, Alicia I. (Argentina)
Tavano, Beatríz (Argentina)
Zaldua, Graciela (Argentina)

Colaboró en este número la Lic. en Enfermería Carmen Santesteban

Datos de edición

Datos de Publicación Vol. 4 Nº 1 y 2- Rosario, Diciembre de 2001.

Autoridades:

Dr. Hermes Juan Binner

Intendente Municipal

Dr. Miguel Angel Cappiello

Secretario de Salud Pública

Dr. Mario Drisun

Subsecretario de Salud Pública

Dra. Zulema C. Torres de Quinteros

Coordinadora Area de Investigación en Salud

Datos de publicación impresa:

Imprenta: UNR Editora

Cantidad de ejemplares: 300.

Cantidad de páginas por ejemplar: 156.

Fecha de edición: Setiembre de 2003

Diseño gráfico: Silvia Armentano - Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal

Índice Vol. 4 - N° 1 y 2

[Editorial](#)

Artículos originales

- [Mortalidad de mujeres en edad reproductiva. II Parte](#)
[Del texto de los registros médicos al texto de la historia de las mujeres: un desencuentro inevitable?](#)
[Torres de Quinteros, Z.; Huerta, A.; Ruiz, L.; Ferrandini, D.; Moyano, C.; Pendino, A.; Parisi, N.; Leone, María del C.](#)
- [Procreación Responsable. Visión-Misión del pediatra.](#)
[Peralta, V.; Simioni, A.; Gutierrez, L.](#)
- [Una experiencia de trabajo con servicios de atención para el diseño y aplicación de un instrumento de registro de casos: Evaluación epidemiológica de la Violencia familiar desde la práctica institucional.](#)
[Ynoub, R. C.; Colombo, G.; Iglesias, G.; Veneranda, I.; Viglizzo, M.; Askenazi, M.](#)
- [Lactancia y ciudadanía. Una cuestión de género ayer y hoy.](#)
[Di Liscia, M. H.](#)
- [Estudio aleatorizado de control prenatal para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal de rutina.](#)
[Villar, J.; Ba'aqueel, H.; Piaaggio, G.; Lumbiganon, P.; Belizán, J. M.; Farnot, U.; Al-Mazrou, Y.; Carroli, G.; Pinol, A.; Donner, A.; Langer, A.; Nigenda, G.; Mugford, M.; Fox-Rushby, J.; Hutton, G.; Bergsjö, P.; Bakketeig, I.; Berendes, H.](#)

Revisiones y/o actualizaciones

- [Consideraciones acerca de la resiliencia en "chicos de la calle".](#)
[Llobet, V.](#)

Comunicaciones breves

- [Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en cuatro sectores críticos del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez" \(HECA\).](#)
[Morin Imbert, P.](#)
- [Identificación de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal de bajo riesgo: Score HECA.](#)
[Pratto, D.; Salgado, M.; Sandtner, C.; Alasino, P.; Levin, A.; Wulfson, A.](#)

Relatos de experiencias

- [Nuevas estrategias en el abordaje de la salud integral: para estar bien y sentirnos mejor](#)
[Sauro, M.; Ricchetti, M.; Velasco Olivera, S.](#)
[Comentarios: Adriana Huerta y Juan Carlos Paradiso](#)

- [Enfoque preventivo de la Salud bucal en la población escolar.](#)
[Banquer, E.; Cambursano, P.; Donadio, C.; González, M. A.; Rosales, M.](#)
[Comentario: Alicia Rodriguez](#)

Editorial

Deberíamos comenzar haciendo una referencia a las particulares circunstancias en las cuales aparece este volumen de la revista, nos referimos a la circunstancia de la GUERRA. Aventura prepotente mundialmente repudiada y sin embargo, justamente desde la lógica de la prepotencia, aventura llevada a cabo a cualquier precio, sobre todo si se entiende que el precio -el mayor- no lo paga quien emprende la aventura.

Ahora bien, ¿por qué aludir a la guerra desde el espacio editorial de una Revista de Investigación en el campo de la Salud Pública? Empecemos por decir que se trata de algo más que un gesto romántico. Desde la instalación del fenómeno de la mundialización, nadie queda a salvo de estas aventuras, ni siquiera los países que se abstienen, mucho menos si son del tercer mundo. Decía Marta Bonaudo¹: "Cuando la palabra guerra aparece en el discurso siempre significa el fin de un estado de derecho y cuando ella se instala en el mundo globalizado viola la principal de las convenciones internacionales, que está destinada a abolir la ley de la selva en las relaciones entre los pueblos ..."

De esto se trata la agresión en tierras de Oriente, violación de pactos internacionales que dejaron de ser funcionales al interés del imperio, violación de derechos humanos e inauguración de una nueva era mundial: la era del canibalismo.

Hay aún otra razón por la que se impone aludir a la guerra en este espacio editorial, cual es el horror que despierta en quienes estamos enrolados en la defensa de la salud y la calidad de vida como derechos humanos esenciales, ser testigos de la impunidad de una masacre llevada a cabo "en nombre de la libertad y la democracia".

Es por esta razón que es un compromiso ético dejar sentada posición en esta Editorial, como también es un compromiso ético resistir el bastardeo de las palabras, su vaciamiento de sentido. No nos podemos permitir un "voto de prescindencia" cuando todas las actividades que se reflejan en estas páginas están atravesadas por la realidad social: desde las investigaciones en los barrios, en los centros de salud o en los hospitales hasta las propias circunstancias de los trabajadores de la salud que indefectiblemente se involucran en este contacto.

Creemos que este año se inicia con algunos cambios que nos permiten alentar esperanzas sobre mejores perspectivas, aún en momentos de indudable peligro para la humanidad. Con ello crece el imperativo de reforzar nuestras prácticas y producciones orientadas por una ética democratizante y participativa, que no es más que construir fortalezas e inteligencias para resistir la prepotencia de un Orden Mundial intolerante y de exclusión.

Comité Editorial

1 Directora de la Escuela de Historia, U.N.R.

Mortalidad de Mujeres en edad reproductiva (II PARTE)

Del texto de los registros médicos al texto de la historia de las mujeres:

¿Un desencuentro inevitable?

T. de Quinteros, Z. C.[a](#); Huerta, A. M.[b](#); Ruiz, L.[c](#); Ferrandini, D.[d](#); Moyano, C.[e](#); Pendino, A.[f](#); Parisi, N.[g](#); Leone, Ma. del C.[h](#)

Responsables del desarrollo operativo del proyecto:

En la línea de registros Hospitalarios: Acosta, Miriam (Hosp. R. Sáenz Peña); Allernborn, Enis (Hosp. J.B. Alberdi); Celentano, Andrés (Hosp. Int. Carrasco); Giménez, Alicia (Hosp. de Niños V. J. Vilela); Janulevicius, Isabel (Hosp. Int. Carrasco); O Toole, Gabriela (Sistema Municipal de Epidemiología); Pruz, Miriam (Maternidad Martin).

En la línea de encuestas y entrevistas en Centros de Salud y domiciliarias: Bravo, Stella (Depto. de Internación Domiciliaria); Dellepiane de Munuce, Lucrecia (Depto. de Trabajo Social); Fernández, Hebe (Depto. de Trabajo Social); Godoy, Norma (Programa de Salud Mental)

Resumen

En esta segunda entrega del estudio se analizaron la calidad de los registros de los efectores municipales donde ocurrieron las muertes y las representaciones construidas por los grupos familiares de las mujeres fallecidas sobre los procesos patológicos que derivaron en las muertes, los de búsqueda de atención y la respuesta de los servicios de la red.

Se observaron serias insuficiencias en la completud y calidad de la información hospitalaria, particularmente en Historias Clínicas. La documentación inadecuada de los procesos mórbidos que desencadenan las defunciones y las deficientes definiciones de los diagnósticos de egreso, podrían estar afectando los cuadros epidemiológicos resultantes desde la perspectiva de los efectores municipales.

a Estadística Matemática Coordinadora del Área de Investigación en Salud (AIS), Secretaria de Salud Pública (SSP), Municipalidad de Rosario (MR). E-mail: ztorres0@rosario.gov.ar

b Médica Psiquiatra, Master en Salud Mental, Investigadora del AIS (SSP, MR) E-mail: marazul2a@hotmail.com

c Pasante en Estadística del AIS (SSP, MR)

d Médica Generalista, Directora de Atención Primaria de la Salud, APS (SSP, MR)

e Estadística, Sistema Municipal de Epidemiología, SME (SSP, MR)

f Estadística, Dirección de Bioestadística (SSP, MR)

g Pasante del SME (SSP, MR)

h Jefa de Dpto de Estadística, Hospital de Emergencias C. Alvarez, HECA (SSP, MR)

Confirmando lo sostenido por UNICEF, aunque delimitadas a esta jurisdicción, las dos muertes maternas, detectadas en la revisión de sólo 74 casos con información completa, son clara evidencia del considerable subregistro de estos eventos.

Por otra parte, las entrevistas familiares permitieron reconocer que los cuidados de salud de la mujer podrían ser optimizados si los servicios ampliaran su mirada hacia una perspectiva integral de género y superando la excluyente dimensión biológica que recorta a la mujer en su rol de reproductora. Ejemplos salientes son aquellas muertes por cáncer ginecológico, en que los testimonios señalarían una importante demora en el acceso a la atención médica, como también, una respuesta posiblemente inadecuada frente a los casos de suicidio, al ignorar las señales sobre el sufrimiento subjetivo de las mujeres, presentes en las consultas previas a la ocurrencia de estos eventos.

Palabras clave

mujer - registros hospitalarios - historias clínicas - calidad de la información - representaciones

Summary

This second part of Women's Mortality Study, focuses in the quality of medical records from municipal hospitals, where deaths have occurred, and in the representations built by familiar groups around the pathologic processes that derived in deaths, around processes of health-care searching and health services responses.

There were identified serious deficits in full fillment and quality of hospitable information, particularly in Medical Records. Either the inadequate registers of morbid process that lead to death or bad definitions of diagnostic, may be affecting epidemiological's profiles from the perspective of the municipal effectors.

Even when limited to municipal jurisdiction, the two maternal deaths, detected from the revision of only 74 cases with complete information, tends to confirm what UNICEF sustains about the important subregistering of maternal mortality.

On the other hand, family's interviews allowed to recognize that women's health care could be improved if health services widened its look towards an integral gender's perspective and surpassing the excluding biological dimension that only emphasizes on woman's reproductive role. Important examples are those deaths attributable to gynaecologic cancer, in which testimonies recognized an important delay in access to medical care, like also, a possibly inadequate answer forehead to the suicide events, in which the signals of the subjective suffering of the women were ignored in previous consultations.

Key words

women - hospital's registers - medicals records - information quality - representations

Introducción

En un documento de IDRC titulado "Desafíos futuros para la investigación en América Latina" se sostiene que: "Muchas de las reformas que se realizan en los países de la región se fundamentan en

supuestos que no tienen suficiente validación empírica, por lo que podrían considerarse experimentos carentes de científicidad. En estas condiciones es lícito dudar de la validez de sus interpretaciones acerca de cuáles son las necesidades y los problemas de la población, y por lo tanto de la eficacia y la eficiencia en la entrega de los servicios"(1).

Esta afirmación remarca la importancia de fortalecer el desarrollo de investigaciones en el campo de Salud Pública como así también incrementar el diálogo entre los investigadores y las instancias de decisión en materia de políticas sanitarias.

Otra consideración relevante que se perfila en el mencionado documento es la atinente a los desafíos metodológicos que se plantean actualmente en el campo de investigación en Salud Pública. Al respecto, se señala: "Cuando se trata de establecer la síntesis del conocimiento producido, se hace evidente la necesidad de desarrollar estudios transdisciplinarios en pro de la integralidad de los objetivos de investigación. (...) En la esfera metodológica, finalmente, existen posibilidades interesantes de inseminación de las estrategias extensivas de investigación con técnicas cualitativas (hibridación metodológica). Además, puede esperarse una valorización de estrategias que hasta ahora carecen de prestigio, como las etnográficas, los estudios de caso y los estudios epidemiológicos agregados o ecológicos, mientras pierde valor la inferencia estadística en tanto fuente de legitimación analítica para la epidemiología.

Esta renovación propiciará nuevas formas de conceptualizar y medir la salud y ayudará a construir modelos explicativos con vistas a identificar "puntos sensibles" donde se potencie la intervención sobre la situación de salud. Para ello es necesario superar las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de la epidemiología y de las ciencias sociales aplicadas en salud, rescatando su eficacia simbólica y concreta como disciplinas básicas de la salud colectiva"(2).

En lo que refiere a la presente investigación, caben consignar algunas concepciones generales que guiaron su diseño y en particular la decisión de la estrategia metodológica. Aún cuando la investigación focalizó en la mortalidad de las mujeres en edad reproductiva, esta se inscribe en una preocupación más amplia por las formas diferenciales que el proceso de salud/enfermedad/atención puede asumir en este grupo. En tal sentido, se acuerda con Szasz cuando plantea "...las dimensiones más negativas para la salud de la mujer no se originan en el plano biomédico sino en la esfera social (...). Las desigualdades entre países y regiones, entre grupos sociales y grupos étnicos, y en particular entre los géneros, aparecen cruzando los procesos de reproducción como determinante principal de los riesgos para la salud de la mujer"(3).

Esta perspectiva supone reconocer que la salud de las mujeres excede ampliamente su condición de potencial embarazada o puerpera, criterio que parece haber impregnado la mayoría de las políticas de salud, que con esta lógica han organizado servicios y destinado recursos para la atención de la mujer.

Tal como señalan De León Reyes et al (4), la salud de la mujer supone un proceso complejo en el que toman parte diversas dimensiones, entre las cuales se consignan, el lugar que ocupa en la estructura grupal, su papel en la familia, el rol asignado a lo femenino, etc. Es por ello que el abordaje metodológico propuesto para esta segunda parte del estudio se orientó a incluir estrategias metodológicas diferentes que permitieran incrementar la capacidad de comprensión del objeto de estudio.

En efecto, trasladando la perspectiva epidemiológica dada por la información demográfica de los hechos vitales y focalizada en las causales biológicas desencadenantes de las muertes de las mujeres en edad reproductiva (5), esta segunda entrega se centró principalmente en la calidad de los

registros de los servicios de la red de atención municipal donde las muertes tuvieron lugar, como también en las representaciones construidas por los grupos familiares de las mujeres fallecidas, acerca de los procesos patológicos que derivaron en las muertes, los procesos de búsqueda de atención y la respuesta de los servicios de salud. Bajo este enfoque, se intentaba tornar visible una problemática que suele quedar desdibujada en el marco de las rutinas institucionales, colocando a la vez, señales de alerta en la particular coyuntura crítica de la vida de las mujeres, como contribuciones esenciales hacia un nuevo modelo de gestión del hospital público.

La posible deficiencia en la calidad de los registros fue el interrogante fundamental de UNICEF al impulsar la investigación nacional para develar la magnitud del subregistro de las muertes maternas, la que, al ser adoptada localmente, fue ampliada a los fallecimientos por todas las causas. Esto, a fin de responder más abarcativamente a los lineamientos del Programa elaborado en 1996 por la Dirección General de Atención Médica de la Secretaría de Salud Pública (SSP) (6) y, específicamente, aportar elementos para la organización de 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".

Reconociendo que los sistemas de información sanitaria, generalmente no prestan un apoyo suficiente para la toma de decisiones, se partió de similares supuestos básicos a los sostenidos por Lippeveld et al (7), al hipotetizar sobre una probable situación insatisfactoria del sistema municipal de información. Entre ellos, la inexistencia de una retroalimentación a los proveedores de atención de salud en torno a la gran cantidad de información que deben suministrar sobre los enfermos y las enfermedades, la variedad de protocolos y sistemas de registro y producción de datos utilizados en los distintos efectores de salud, la coexistencia de sistemas paralelos de información específica para programas verticales, cuyos datos -en general duplicados-, no son objeto de referencia cruzada con el sistema informático general, etc.

En el nivel particular de las funciones de gestión de cuidado del paciente, se especulaba sobre una serie de otros factores, atribuibles a los propios proveedores de atención (médicos, enfermeros, auxiliares de salud, etc.) que también podían estar afectando la producción de información sanitaria, como son, el desconocimiento de que la misma constituye un instrumento importante -que debiera ser de uso continuo- para el mejoramiento de la calidad, continuidad e integración de los esfuerzos asistenciales centrados en el paciente, para el análisis crítico de ciertos eventos cruciales como las muertes, resultados desfavorables o fracasos de la atención que pueden evitarse o bien ser superados con intervenciones adecuadas y oportunas, etc.

Como agentes de salud integrados a equipos responsables de las funciones de prestación de servicios en unidades de salud o servicios especializados, se asumía además, un escaso reconocimiento acerca de la necesidad de estructurar un diseño adecuado de información en apoyo a la gestión y formación del personal, gestiones financieras, de fármacos y suministros, administrativas, etc.(8).

Siguiendo las conclusiones de un estudio de mortalidad en Colombia (9), se sostenía que estas visiones de los profesionales de la salud podían obedecer a una actitud en ocasiones negligente frente a la producción de datos, que es asumida meramente como una carga laboral al sólo efecto de responder a requerimientos de instancias superiores y sin lograr a posteriori una apropiación del dato generado, a una precaria cultura estadística de nuestro país, a la persistencia de concepciones que subyacen a la práctica médica, básicamente individualista, y a los aún insuficientes esfuerzos de las instituciones formadoras de los recursos en salud por promover la construcción y utilización de

datos de calidad.

En otro plano de análisis, se partía del supuesto que la coexistencia en una ciudad como Rosario, de efectores de salud de diferentes jurisdicciones y subsectores (público municipal, público provincial, privados, obras sociales) con una marcada fragmentación y desarticulación en su dinámica operativa, contribuía a generar una suerte de anarquía en los circuitos de atención, conllevando potencialmente una pérdida de eficacia en las acciones de salud. La propia experiencia de trabajo al interior de la misma red municipal, interpelaba a una organización sanitaria, que a pesar del esfuerzo que se viene produciendo desde hace algunos años para conformar una red articulada de atención, podía evidenciar en muchas ocasiones "vacíos" por donde se pierden oportunidades de intervención con la modalidad y tiempo requeridos.

Otro supuesto de partida en esta investigación era que la existencia de estos vacíos, sumado al reduccionismo propio de la práctica médica tradicional, podían contribuir a la invisibilización de las problemáticas de salud relevantes de la mujer. En tal sentido, se apostaba a que este trabajo posibilitara hacer visible a la mirada de los equipos de salud, el pasaje de un caso de muerte a la dimensión histórica y por tanto, subjetiva de una mujer que ha fallecido.

Objetivos

- Analizar la información sobre defunciones de mujeres entre 10 y 54 años ocurridas durante un año en los efectores de salud municipales desde la perspectiva de su consistencia con la consignada en los certificados de defunción correspondientes y de la suficiencia y calidad de los registros al interior de las instituciones hospitalarias.
- Describir, a partir de un análisis centrado en casos seleccionados según causa de muerte y por lugar de ocurrencia del evento (hospital o domicilio) las representaciones construidas por los grupos familiares convivientes de la mujer fallecida, acerca del proceso patológico que derivó en la muerte y al tipo de respuesta de los servicios de salud, en relación con estrategias familiares de supervivencia y sus características socio-culturales.

Justificación

El presente trabajo se enmarca en la propuesta de la SSP acerca de los "Ejes de gestión en Salud para el período 1999/2003" [\(10\)](#) de "incorporar una práctica científica para la evaluación de los procesos asistenciales y sus resultados..." superando la sola producción y utilización de datos e indicadores de demanda y rendimiento de los servicios de salud. En tal sentido, se consideró de fundamental importancia, hacer aportes al desarrollo de nuevos dispositivos integrados al trabajo asistencial, conducentes a "implementar espacios de reflexión en los equipos de salud para la evaluación del desempeño individual y grupal..." [\(11\)](#) como así también acerca de la propia respuesta de los servicios como unidad asistencial.

El desarrollo del estudio se corresponde plenamente con otra iniciativa de la SSP, surgida durante el transcurso del estudio, al estar orientada al fortalecimiento y consolidación de un Sistema de Información Sanitaria eficaz, particularmente en lo concerniente a la generación de datos directamente vinculados con el nivel de las "funciones de gestión del paciente", es decir, de diagnóstico y calidad de las prestaciones asistenciales, como afirma Lippeveld et al [\(12\)](#).

En tal sentido, la revisión del Sistema de Información Sanitaria en el ámbito de los efectores

municipales, aunque parcialmente referida a la problemática específica de las muertes de mujeres adultas, estuvo orientada a:

- Proporcionar elementos para la discusión y redefinición de la finalidad, contenidos y mecanismos de la producción y utilización de datos vinculados a los egresos hospitalarios.
- Resignificar la importancia del análisis, interpretación, difusión y retroalimentación de la información sanitaria a todos los niveles de la red de servicios municipales como instrumento tanto para la planificación y toma de decisiones como para el desarrollo de actividades de formación y capacitación del personal de salud.
- Instalar en la agenda de los servicios de salud, una perspectiva integral y de género en el análisis de la problemática de salud-enfermedad de la mujer, contribuyendo al desarrollo de estrategias adecuadas y oportunas para optimizar las respuestas del sector en el campo de salud de la mujer.
- Sentar las bases iniciales para proyectar esta experiencia a todo el ámbito municipal incorporando otras jurisdicciones, ampliando la perspectiva a patologías graves o de mayor trascendencia y prioridad sanitaria, etc.

Desarrollo metodológico

El análisis de la calidad de los registros sobre la base de los supuestos e interrogantes planteados, implicaba tratar de superar una serie de dificultades propias del manejo de fuentes secundarias de información, tanto por su incompletud como por la variedad y posible inadecuación de los registros. De ahí que se adoptó como estrategia metodológica, la conformación de grupos de profesionales - médicos especialistas, estadísticos, etc. - de los distintos efectores de salud, que se constituyeron en los responsables locales de la búsqueda y provisión de los referentes empíricos a los fines del estudio, y particularmente en cuanto al análisis crítico de los diagnósticos de muerte consignados en las historias clínicas. Se entendía que su participación podía contribuir, durante la ejecución del propio proyecto, a reforzar en la cultura institucional de los efectores de salud, la importancia del llenado responsable de los registros de las prácticas, introduciendo a la vez, una perspectiva colectiva de los problemas de salud que derivaron en la muerte de las mujeres.

De este modo, para el desarrollo operativo del proyecto se constituyó un grupo coordinador, encabezado por el Área de Investigación en Salud de la SSP e integrado por representantes de los seis efectores de salud municipales, quienes coordinaron el trabajo de los grupos locales de su ámbito de responsabilidad, y de distintas áreas del nivel central: direcciones de Atención Primaria de la Salud (APS), Bioestadística y Trabajo Social, Sistema Municipal de Epidemiología, Departamento de Internación Domiciliaria y Programa de Salud Mental.

Comenzando con el análisis del proyecto de UNICEF, en los primeros meses de 1997, el grupo coordinador fue estableciendo mayores precisiones sobre los fundamentos conceptuales, objetivos y alcances del mismo para su adaptación a la propuesta local y sobre los aspectos metodológicos y operativos derivados.

Atendiendo a los objetivos se diferenciaron dos áreas de responsabilidad, la primera vinculada a la ejecución del proyecto a nivel de los registros hospitalarios y la segunda, correspondiendo a la línea de encuestas y entrevistas en Centros de Salud (CS) y domiciliarias.

En relación con los registros hospitalarios (Objetivo 1) las defunciones bajo estudio correspondieron a la totalidad de mujeres que fallecieron en los hospitales municipales durante el período setiembre de 1997 a agosto de 1998.

Para la captación de casos se partió, inicialmente, del listado de las 473 defunciones notificadas por los certificados de defunción (CD), analizadas en la primera parte de este trabajo. Tomando de esa fuente las muertes que constaban como ocurridas en los efectores municipales, en domicilio o sin precisiones sobre el lugar de ocurrencia, se recabaron una serie de datos identificatorios para facilitar su búsqueda y localización con la información consignada en las historias clínicas (HC) de los hospitales.

Intentando asegurar la cobertura total de los casos bajo estudio, se apeló, además, a las tarjetas de guardia y cuadernos de ingreso de pacientes y así rescatar todos los egresos por muerte producidos en el período.

Para el registro de la información, cuya fuente principal fue la HC, se elaboró un protocolo estructurado y precodificado, siguiendo las pautas requeridas por la investigación nacional sobre Muertes Maternas de UNICEF, con los correspondientes ajustes para ampliar sus alcances a todos los fallecimientos de mujeres en edad reproductiva.

Sus contenidos fueron:

A- Datos identificatorios y características socio-culturales de la mujer.

B- Patologías previas y antecedentes gestacionales.

C- Características del último episodio mórbido/muerte/atención del caso: lugar y fecha de la internación/muerte, motivo de ingreso, diagnóstico presuntivo, complicaciones durante la internación, antecedentes de consultas/internaciones previas, síntomas que condujeron a la internación, sectores de internación, personal profesional que asistió, tiempo de estada, diagnóstico de egreso y causas de la defunción (final, intermedia, básica y concomitante), etc.

D- Características biológicas específicas si la muerte ocurrió durante el embarazo, parto o puerperio: etapa de ocurrencia de la muerte, antecedentes de controles e internación, patologías/complicaciones concurrentes, características de la atención del parto, etc.

Para la recolección de datos, una vez informados sobre los objetivos del proyecto e instruidos sobre los criterios básicos de llenado del protocolo, los grupos locales procedieron a la transcripción de la información de las HC como también realizaron un trabajo de reinterpretación de los contenidos de estos documentos a fin de establecer las causas de la defunción. Esto último en forma independiente a lo consignado por los médicos actuantes como diagnóstico de egreso. Paralelamente con la tarea de los grupos locales un equipo auditor procedió a la revisión de un número importante de HC, para una mejor aproximación a las causas de muerte. Su análisis se centró principalmente en las situaciones de mayor complejidad, con el objeto de apoyar los diagnósticos de los grupos locales. Se utilizó la versión 10ª (CIE10) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) para la codificación de las causas de muerte, tarea ésta que estuvo a cargo del equipo del Sistema Municipal de Epidemiología.

Para la búsqueda de antecedentes de internaciones producidas en los efectores municipales, en el año previo de las muertes, se apeló al sistema informático centralizado en la Dirección de Bioestadística de los denominados Informes de Hospitalización (IH) que son remitidos por cada efector y certificados por los médicos responsables de los servicios.

Asegurando la correspondencia de la información identificatoria de las mujeres bajo estudio, entre CD, HC e IH, los datos recabados fueron las fechas de internación y de egreso, nombre de las

instituciones, tipo de egresos (alta médica definitiva o transitoria, derivaciones, etc.) como también los diagnósticos de egreso de las sucesivas internaciones en el año.

La resolución del objetivo 2 condujo a una serie de encuestas y entrevistas domiciliarias a cargo de un grupo interdisciplinario, integrado por miembros del personal de distintas áreas de la SSP, que tuvo a su cargo la reconstrucción de la historia de atención de las pacientes fallecidas, como así también el análisis de las representaciones que los referentes familiares tenían respecto del proceso de atención.

Del listado de CD, focalizando la búsqueda en las muertes ocurridas en los efectores municipales o en domicilio, se seleccionaron aquellos casos de mujeres domiciliadas dentro del área de influencia de algún CS, intentando cubrir todo el espectro de causas de muerte, como también que las edades barrieran todos los grupos etáreos reconocidos en la base de datos.

Para la captación de información se procedió a:

1- Revisión de HC de los CS cercanos a los domicilios de aquellas pacientes fallecidas, que en algún momento de su historia habían contactado con los mismos, ampliando la información mediante entrevistas a los profesionales o personal técnico involucrados en el proceso de atención de esas pacientes.

2- Entrevistas domiciliarias con referentes familiares o allegados a las pacientes, orientadas por los siguientes ejes temáticos:

- Distribución de roles al interior del grupo doméstico
- Agentes involucrados en el proceso de toma de decisiones respecto a la implementación de acciones ante la irrupción de enfermedad.
- Circuitos de atención (oficiales o no oficiales) utilizados habitualmente por el grupo doméstico. Factores condicionantes de dicha utilización. (económicos, religiosos, grado de satisfacción en función de experiencias previas, etc.)
- Modalidades específicas que adopta la percepción de necesidad de utilización de los Servicios de Salud. (conductas preventivas habituales, percepción de morbilidad, etc.)
- Representaciones del grupo doméstico respecto a los tipos de padecimientos (leves, graves, patologías estigmatizantes, etc.) y sus correlativas estrategias de acción.
- Antecedentes familiares de muertes de mujeres en edad reproductiva.
- Teoría elaborada por el grupo doméstico respecto a los factores causales de la muerte.
- Percepción de los referentes familiares respecto al tipo de atención brindado a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Resultados

A- Consistencia de la información entre certificados de defunción (CD) y registros hospitalarios(RH)

La información de los 473 CD analizados en la primera etapa del estudio daba cuenta de que sólo 60 defunciones de mujeres en edad reproductiva habían ocurrido en los efectores municipales. Revisados esos casos a través de los registros hospitalarios (RH), se confirmaron 59 defunciones y aparentemente la internación faltante no había sido registrada en uno de los hospitales. La búsqueda, a lo largo del año en estudio, de todos los egresos por defunción de los efectores

municipales permitió determinar, a su vez, 25 defunciones adicionales. Correlacionando estos casos con los datos de los CD se constató que para 18 defunciones la información de los certificados aludía a 7 fallecimientos en otros lugares (5 en domicilio, uno en vía pública, uno en institución privada) y para los otros 11 casos no se precisaba el lugar de la defunción. Las restantes defunciones, 7 en total, correspondieron a nuevos casos que no constaban entre las 473 defunciones recabadas inicialmente según lo informado por la Dirección General de Estadística del Municipio de Rosario (DGEMR).

En consecuencia, de las 84 defunciones pasibles de un análisis comparativo, el grupo quedó reducido a 77 defunciones con documentos de ambas fuentes, CD y RH, en lo concerniente a edad, fecha y lugar de la defunción. Sin embargo, la contrastación de la causa básica de muerte, de la posible concurrencia de embarazo o puerperio en curso al momento de la muerte, el nivel de instrucción de la mujer, etc. fue posible a partir de sólo 70 casos. Esto debido a 7 defunciones para las que no se encontraron las HC respectivas o bien los datos vinculados a la última internación no fueron consignados.

Agregada a la situación observada en cuanto a documentos faltantes de ambas fuentes, el registro de datos también planteó una serie de omisiones, dependiendo de la variable considerada, según se detalla en Cuadro 1. En él se destaca que principalmente las circunstancias de un posible embarazo o puerperio en curso resultó un dato sistemáticamente omitido, llegando a 97,1% de defunciones en que no fue posible juzgar sus probables implicancias como factor causal de la muerte. En menor grado el nivel de instrucción de la mujer, antecedente desvalorizado, particularmente al momento de completar el CD (82,8% sin datos) pero que también en los RH supera el 40% de las defunciones.

Cuadro 1: Datos no consignados en alguna fuente, CD y RH.

Variables	CD		RH		Ambas fuentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lugar de defunción	11	14,3	-	-	-	-	11	14,3
Fecha de defunción	2	2,6	-	-	-	-	2	2,6
Edad	-	-	4	5,2	-	-	4	5,2
Procedencia	4	5,7	3	4,3	1	1,4	8	11,4
Nivel de instrucción	33	47,1	4	5,7	25	35,7	62	88,6
Situación conyugal	4	5,7	2	2,9	1	1,4	7	10,0
Embarazo o puerperio en curso	9	12,9	8	11,4	51	72,9	68	97,1
Causa básica de muerte	-	-	1	1,4	-	-	1	1,4

En el Cuadro 2, se resumen los hallazgos comparativos de la información volcada en CD y RH. Sin llegar al 100%, la fecha de defunción planteó la mayor coincidencia (89,6%), observándose discrepancias de 1 día en 3 casos y para otros 2 el CD no registraba la fecha exacta de la defunción, aunque esas muertes fueron atribuidas dentro del período en estudio por la fecha consignada en el Registro Civil.

Cuadro 2: Consistencia Registros Hospitalarios y Certificados de Defunción

Variables	Datos consignados		
	Total	Coincidentes	No coincidente

	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lugar de defunción	66	85,7*	59	89,4	7	10,6
Fecha de defunción	75	97,7*	69	92,0	6	8,0
Edad	73	94,8*	50	68,5	23	31,5
Procedencia	62	88,6**	56	90,3	6	9,7
Nivel de instrucción	8	11,4**	5	62,5	3	37,5
Situación conyugal	63	90,0**	46	73,0	17	27,0
Embarazo o puerperio en curso	2	2,9**	2	100,0	-	-
Causa básica de muerte	69	98,6**	30	43,5	39	56,5

* sobre un total de 77 defunciones

** sobre un total de 70 defunciones

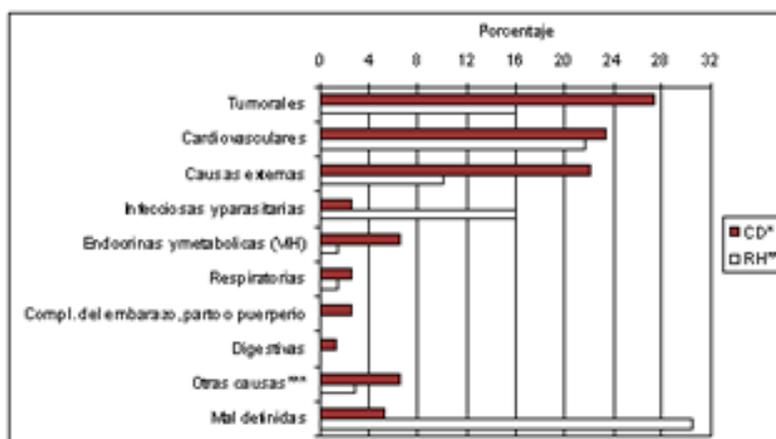
En 31,5% de los casos la edad de la mujer presentó discrepancias y las diferencias fueron de más de 1 año en 8 casos (11,0%).

Otros antecedentes de la mujer, como procedencia y situación conyugal, presentaron también inconsistencias, particularmente el nivel de instrucción, con altos porcentajes de falta de registro, 82,9% y 41,4% en CD y RH respectivamente. Merecen especial consideración el lugar y causa básica de la muerte, esta última con más de la mitad de las defunciones (55,7%) atribuibles a procesos mórbidos divergentes según la fuente y principalmente las circunstancias de la muerte, donde 97,1% no presentó información en ambos o alguno de los registros acerca de la concurrencia de un posible embarazo o puerperio en curso.

La alta proporción de discrepancias en las causas de muerte entre los CD y RH, tomando de estos últimos los diagnósticos de egreso consignados en HC, dio lugar a perfiles de mortalidad sustancialmente diferentes según cuál fuera la fuente consultada. ([Anexo Tabla I](#))

En efecto, desde la perspectiva de los CD (Gráfico 1) podríamos afirmar que para los egresos municipales las principales causas de muerte, de mayor a menor importancia relativa, estarían encabezadas por los "tumores" (27,3%) seguidos por las enfermedades "cardiovasculares" (23,4%) y las "causas externas" (22,1%). A partir de los RH, excluyendo un considerable porcentaje de defunciones con diagnósticos de egreso imprecisos que condujeron a una calificación de "mal definidas" (30,4%), el resto se ordenaría teniendo a las patologías "cardiovasculares" en primer lugar (21,7%), en segundo término las "tumores" y las "infecciosas y parasitarias", ambas causas con una frecuencia relativa de 15,9% y, finalmente, las causas "externas" (10,2%).

Gráfico 1: Causas de muerte según certificados de defunción (CD) y registros hospitalarios (RH)



* Sobre un total de 77 defunciones.

** Sobre un total de 69 defunciones.

*** Incluye trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, genitourinarias, del sistema osteomuscular y anomalías congénitas.

Cabe puntualizar que la preeminencia de las infecciosas observada en los diagnósticos hospitalarios de egreso obedeció fundamentalmente a 9 casos en que, prescindiendo del proceso mórbido de base, el dato consignado fue muerte por "sepsis".

B- Suficiencia y calidad de los RH

Un total de 65 defunciones se centraron en el Hospital A -de emergencias- (77,4%) de las 84 susceptibles de análisis. El Hospital B aportó con 13 egresos (15,5%) y los hospitales C y D, este último de atención exclusivamente infantil, cada uno con 3 defunciones. Los restantes efectores, el Hospital E y la Maternidad M, no registraron defunciones en el período. Para 10 defunciones (11,9%) no pudieron hallarse las HC respectivas o bien no se registraron datos de la última internación de la mujer. Estos casos correspondieron exclusivamente al Hospital A, significando un 15,4% de casos faltantes de información para ese efector.

Sobre las 74 defunciones en que se disponía de la HC correspondiente y apelando también a otras fuentes de registro (tarjetas de guardia, cuadernos de ingreso), la edad de la mujer, el domicilio y la situación conyugal fueron los antecedentes más suficientemente registrados, entre 93 y 100% de los casos. El nivel de instrucción y los antecedentes de abortos, número de hijos y embarazos, en cambio, fueron consignados para un reducido número de casos (25% o menos) derivando en un 66,2% de mujeres (49 casos) en que no se pudo disponer de dato alguno sobre sus antecedentes gestacionales. (Anexo Tabla IIA)

Respecto de los datos sobre consultas previas al ingreso al efector en que se produjo la muerte - excluyendo 7 mujeres que no consultaron - el lugar al que acudió fue consignado en 51,9% y la fecha en 37,0% de los casos¹. Las HC que proporcionaron información en este aspecto señalarían que principalmente las consultas fueron en efectores municipales y en un período cercano a la fecha de la última internación (16 casos lo habían hecho en un lapso anterior de menos de un mes) (Anexo Tabla IIB).

Los datos sobre antecedentes que determinaron el ingreso de las pacientes a la última internación, las complicaciones surgidas durante la misma, diagnóstico de egreso, etc. presentaron también ciertas insuficiencias de registro (Anexo Tabla II C y II D), tanto desde una perspectiva cuantitativa como respecto de la calidad de la información consignada.

En la mitad de las internaciones (50,0%) se consignó la fecha de comienzo de los síntomas que motivaron el acceso a los hospitales, siendo la proporción un tanto más alta en cuanto a los síntomas que derivaron en la muerte de la mujer (59,5%). A lo anterior, se agrega un ejemplo de cierta falta de confiabilidad de los datos, constituido por 4 casos en que las fechas de comienzo de los síntomas que motivaron la internación fueron posteriores al ingreso de las pacientes.

Exceptuando el limitado número de casos en que la HC consignaba las patologías previas de la paciente (54,1%) y la insuficiencia ya señalada en cuanto a la posible concurrencia de un embarazo o puerperio en curso, sólo registrado en 16,2% de las internaciones, la información referida a

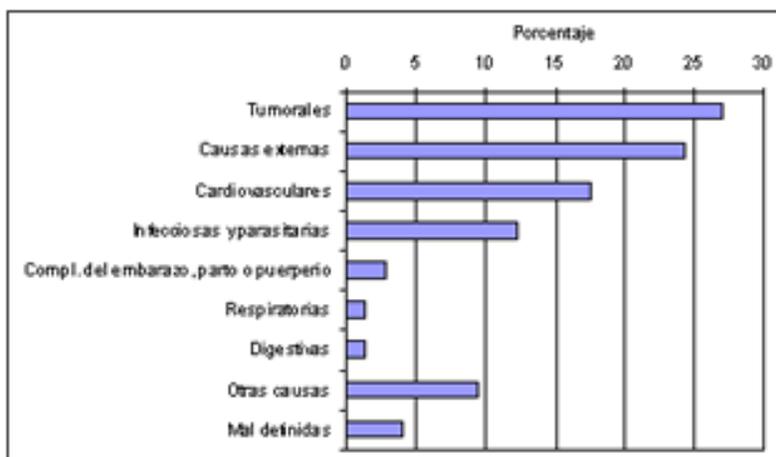
motivo de ingreso, diagnóstico presuntivo y complicaciones durante la internación fue constatada en más de 90% de los casos, llegando a 98,6% en cuanto al registro del diagnóstico de egreso. En general, los datos vinculados con la internación que derivó en la muerte de las pacientes también fueron registrados con mayor suficiencia. Un ejemplo es la forma de ingreso, directo o por derivación de las pacientes, que fue registrado en 77,0% de los casos, sugiriendo una frecuencia importante de ingresos directos o espontáneos de las pacientes. En cambio, respecto de la forma de traslado al efector, ésta fue indicada sólo en 12 internaciones (16,2%), de las cuales 11 pacientes accedieron por medio de ambulancias o servicios de emergencia.

El registro de datos puede considerarse como aceptable, con porcentajes superiores a 95%, en lo concerniente a fecha de ingreso, sectores de la institución en que ingresaron y fallecieron las pacientes, personal que asistió al momento de la muerte, tiempo total de internación, etc.

La mayor suficiencia de los registros en los aspectos anteriores permite rescatar algunos hallazgos que aluden al proceso de atención, como por ejemplo que en 82,4% de las internaciones el ingreso fue por sala de guardia, 63,0% de las mujeres permaneció hospitalizada menos de 7 días, sólo 61,4% fue asistida por médicos especialistas al momento de la muerte y 60,8% falleció en servicios de cuidados intensivos. La atención médica especializada se concentró en los servicios de terapia intensiva, unidad coronaria, etc. - sólo una mujer fue asistida por médico de guardia - a diferencia de las salas generales, servicios de clínica médica o de guardia donde los médicos de guardia o concurrentes fueron principalmente los responsables en la inmediatez de la muerte (17 de los 25 registros con información señalaron que los médicos de guardia o concurrentes estaban a cargo de la asistencia).

La revisión de las HC por los grupos locales con el apoyo del equipo independiente de auditores, permitió establecer un orden jerárquico de las causas básicas de muerte, como se indica en el Gráfico 2.

Gráfico 2: Causa básica de muerte (CIE 10)*

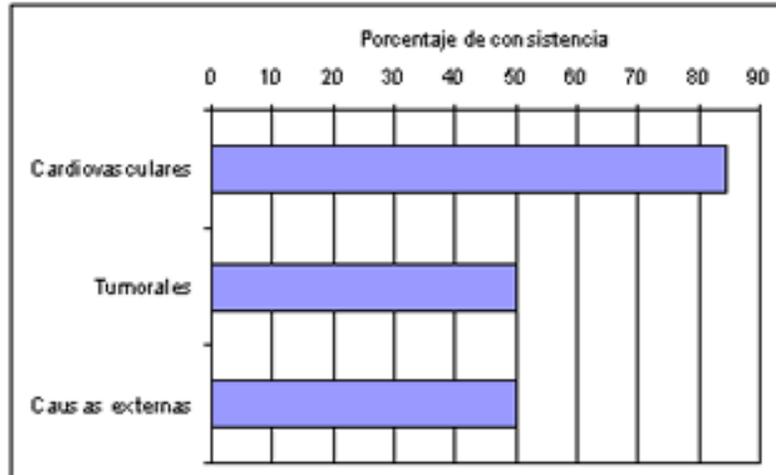


* excluidas las 10 defunciones sin datos de HC.

Este ordenamiento de las muertes, resultante de la revisión medulosa de las HC, presentó grandes inconsistencias con los diagnósticos de egreso consignados por los médicos intervinientes en la atención directa de las pacientes, en mayor grado en lo concerniente a causas "externas" y

"tumorales", como se indica en Gráfico 3.

Gráfico 3: Consistencia de la causa básica de muerte entre diagnóstico de egreso y la revisión de HC por grupos Locales.*

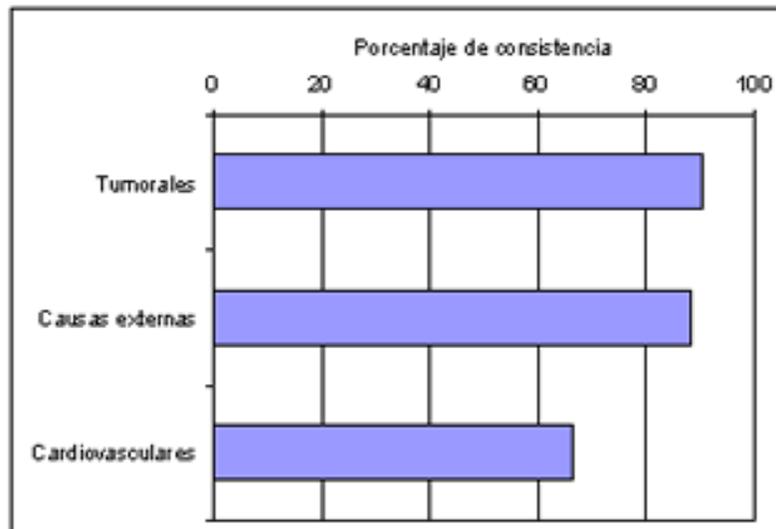


* Están excluidas las 10 defunciones sin datos de HC.

Por el número reducido de casos, no se analizaron las posibles relaciones entre los diagnósticos de egreso con el perfil profesional de los médicos intervinientes, el sector en que se produjo la muerte, el tiempo de estada de las pacientes, etc.

Las divergencias antes señaladas resultaron de menor importancia al comparar los diagnósticos de muerte definidos por los grupos locales con la información obrante en los CD (Gráfico 4).

Gráfico 4: Consistencia de la causa básica de muerte entre diagnóstico por grupos locales y la información consignada en CD.*



* Están excluidas las 7 defunciones sin datos de HC.

Con excepción de las "mal definidas" y el subgrupo de "otras causas", las defunciones atribuidas a enfermedades "endocrinas y metabólicas", "infecciosas", "respiratorias" y "digestivas", que en total sumaron 10 casos, mostraron un total acuerdo entre ambas fuentes, es decir, diagnóstico de los grupos locales y CD.

En este aspecto, caben mencionar particularmente dos defunciones que fueron clasificadas por los grupos locales como atribuidas a "complicaciones del embarazo, parto o puerperio", en coincidencia con la información registrada en CD, pero que no habían sido consignadas como tales en el diagnóstico de egreso por los médicos intervinientes. Al prescindirse de antecedentes básicos de las mujeres que referían a un "puerperio tardío" en el primero y "embarazo" en el segundo, los diagnósticos de egreso constatados fueron "sepsis" y "sepsis a punto de partida abdominal", respectivamente. Esto precedido, en forma correspondiente, por diagnósticos presuntivos de "meningitis" y "sepsis de origen desconocido".²

Los informes de hospitalización (IH), otra de las fuentes consultadas y que en forma continua los hospitales remiten a la Dirección de Bioestadística, permitieron identificar otras 9 defunciones no detectadas a través de los RH al interior de cada efector y que fueron descartadas para el análisis. Las razones remiten a errores en los registros de una u otra fuente, a saber: 6 casos consignados como traslados o altas según los RH o bien sin constancia del egreso y que en los IH aparecieron registrados como fallecimientos; dos casos excluidos por los hospitales (RH) por su edad (mayores de 54 años) y que los registros de hospitalización (IH) daban cuenta de mujeres de menor edad y, finalmente, el registro del sexo del paciente en un caso, consignado como masculino según los RH y femenino en los IH.

Según los IH todas estas defunciones procedían del Hospital A y no se encontraron registros de internaciones previas en los efectores municipales para estos casos, durante el año previo a la defunción, como tampoco en lo referido a las 7 defunciones adicionales surgidas de los RH sin la correspondiente contrapartida con los CD atendiendo a la información suministrada por la Dirección General de Estadística (DGEMR).

De los 473 fallecimientos notificados por los CD, se constataron 27 mujeres (5,7%) con internaciones en los efectores municipales en el año anterior a la muerte, concordando la causa de la hospitalización con la de la posterior defunción en la mayoría de los casos, dado que se trataba de enfermedades crónicas como "tumores", "cardíacas" o "SIDA". De ellas, 12 fallecieron en efectores provinciales, privados o de Obra Social. Entre las 15 mujeres fallecidas en el ámbito municipal, la información resultó consistente entre los IH y la obtenida de los RH, con la sola excepción de un caso en cuanto a la causa básica de muerte atribuida.

Cabe para este caso una descripción detallada de las variantes observadas en las distintas fuentes de registro. En efecto, según los IH la causa de defunción fue clasificada en el grupo "Sistema nervioso y órganos de los sentidos". Los médicos actuantes consignaron "tumor cerebral" como diagnóstico de egreso, aunque el diagnóstico presuntivo aludía a "deterioro neurológico y coma en SIDA". Como resultado de la revisión de los grupos locales, la causa básica fue atribuida a "HIV", integrando así el grupo de "Infecciosas y parasitarias" según CIE10 y en total coincidencia con lo registrado en el CD correspondiente.

De las 84 mujeres fallecidas en los efectores municipales, las 15 (17,9%) en las que se constataron internaciones previas en la red hospitalaria municipal, presentaron un número variable de

hospitalizaciones, desde 6 casos con una sola internación hasta una mujer con 23 ingresos en el año³, dando un total de 53 internaciones. En su mayoría, databan en más de un mes respecto de la fecha de la defunción y la mitad de ellas refería a enfermedades "tumoraes" y "cardiovasculares".

C- Respecto de las entrevistas realizadas en las unidades domésticas

El grupo estudiado estuvo compuesto por familiares de 19 mujeres fallecidas. Si bien se seleccionaron 24 unidades domésticas, en un caso no se logró ubicar a ningún familiar, en otros dos casos las familias se habían mudado y en el restante, la dirección provista por CD no correspondía a la familia rastreada.

Según causa de muerte, 7 de los casos habían fallecido por enfermedades tumorales (en 4 de ellos el diagnóstico fue cáncer de mama), 2 por SIDA, 2 por suicidio, 2 por esclerodermia, 2 por aneurisma y para los restantes casos el diagnóstico fue hipertensión arterial, diabetes, neumonía y accidente cerebro - vascular (Anexo Tabla III).

En su mayoría las mujeres habían sido amas de casa (7 casos) o bien estudiantes sin ocupación (3 casos) o desocupadas al momento de la muerte (3 casos). Sólo 5 mujeres tenían el antecedente de cobertura por obra social.

El nivel de instrucción más característico fue primario completo o secundario incompleto (9 casos), 5 mujeres eran analfabetas o habían cursado primaria incompleta y, en el otro extremo, 2 habían accedido al nivel terciario, una de ellas había completado ese nivel y era religiosa.

Para cerca de la mitad de las mujeres (9 casos) el grupo familiar reconocía la presencia del marido o concubino y en cuanto a la inserción laboral de los jefes de hogar, 8 admitieron ser empleados y otros tantos subocupados o desempleados, 2 jubilados y en uno de los hogares, la mujer fallecida había ejercido la prostitución.

Circuitos de atención: entre lo público y lo privado...

En relación con los circuitos de atención utilizados habitualmente por este grupo de mujeres podría hipotetizarse sobre una condición diferencial dada por la tenencia actual o pasada de cobertura social. Si bien la elección del tipo de efector de salud donde buscar ayuda presentaba un carácter variable al interior del grupo (consultas alternadas a efectores privados y públicos), parecía establecerse una valoración explícita acerca de los efectores de obra social, que operan en el imaginario como otorgando un atributo distintivo de clase en algunos casos bajo estudio:

"A G. la internaron en el Hospital A porque el médico del sanatorio que la atendió habló. Cuando el médico del Hospital A la vio se quería morir porque G. para el Hospital A había ingresado por fractura de cadera y no sabían que tenía cáncer..."

"Tenía un DIU que se había colocado en el Centro S (de Obra Social), hace 12 años más o menos. Antes del DIU, usaba pastillas. Y ahí en el S se hacía los controles, no iba muy seguido, pero iba. Lo que pasa es que después yo perdí el trabajo y nos quedamos sin obra social. Algunas veces se hacía atender en el Dispensario, pero por controles nomás..."

"Mi mamá iba a controlarse la presión en el CS pero nosotros la hicimos socia de una clínica privada que estaba cerca de la casa. El único médico al que le hacía caso es el clínico del Centro X (efector privado)..."

"Se atendía siempre en el Sanatorio H. Tenía la obra social de H. Vio cómo es, no es igual que el

hospital..."

En aquellos casos en los cuales no existían antecedentes de tenencia de obra social, vale decir usuarios exclusivos del subsector público, la percepción del nivel de gravedad de la dolencia parecía determinar el tipo de efector a ser utilizado. En las situaciones percibidas como graves tuvo preeminencia la utilización de efectores hospitalarios; por el contrario la atención de rutina y realización de controles se ligaba a la consulta a Centros de Salud:

"Iba cuando estaba muy mal, para internarse. No le gustaba ir al CS, ella se hacía atender en el Hospital C, no sé..., tenía más conocidos allí... Ella se daba mucho con los médicos..."

"Al CS solo iba para controlarse la presión. En la salita, de esta enfermedad no saben, es muy complicada, se necesitan especialistas. El Hospital C a mi suegra le daba seguridad, nosotros estamos muy agradecidos..."

"Siempre se atendió en el Hospital A. Es un lugar muy solidario. Atienden muy bien."

"Para el control de la Diabetes se atendía siempre en el Dispensario."

Algunas barreras a la accesibilidad...

Caben señalar también algunos elementos que parecían desalentar la consulta a uno y otro tipo de efectores, ya sea de índole económica (relacionada en general con aspectos ligados a la accesibilidad geográfica), administrativa (horarios para la obtención de turnos) o interpersonales (formas más descarnadas de rechazo de la demanda):

"Cuando tuvo el primer pico de presión le había quedado medio paralizado el brazo y la pierna izquierda. Nosotros vivíamos en Gálvez y la rehabilitación teníamos que hacerla en ILAR⁴. Pero no teníamos auto ni dinero para pagar un taxi todos los días hasta Rosario, o sea que mi esposa hubiera tenido que estar internada toda la semana en ILAR, porque la ambulancia de ILAR no entraba en Gálvez, y ella no quería eso, no quería separarse de las nenas, eran muy chiquitas."

"Hay que ir al Hospital a las 3 de la mañana para sacar turno, es todo un trastorno, no siempre se puede..."

"Tuvimos que pelear con el neurólogo para que la recibieran. Estuvimos 2 horas en la ambulancia hasta que se decidieron a internarla. Entonces el Dr. nos dijo "la interno porque es una chica joven, si no, no la interno"

"¡¡Que la van a llevar al CS!!, si ahí siempre nos tienen dando vueltas..."

Las señales de alarma: Problemática de los grupos familiares, obstáculos en los equipos de salud?... Un tópico que mereció particular atención fue el vinculado a la modalidad específica que adopta la percepción de necesidad de utilización de los servicios de salud para el caso de las mujeres fallecidas, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que hubiera tenido, en muchos de estos casos, la consulta oportuna en tiempo y forma como así también la existencia de comportamientos preventivos.

Cáncer ginecológico: El miedo y el silencio del tabú...

Se pudo detectar un patrón común para el caso de las mujeres fallecidas por cáncer ginecológico de

localización mamaria, en cuanto a la demora en la consulta y su efectivización tardía que sólo permite intervenciones de tipo paliativas:

"A fines de 1994, mi papá se enfermó de Alzheimer y mi mamá comenzó a quejarse de dolor en el pecho, pero como mi papá estaba enfermo, pensaba que era por nervios. Consultó recién en el 95, en julio, y cuando la revisaron le detectaron una bola en el pecho, tenía el pezón para adentro." (Mujer de 53 años, cáncer de mama)

"Tenía una pelotita en el seno y no le daba importancia porque era chiquita. Hacía muchos años que la tenía, consultó 6 meses antes de morir el 13/09/97. Cuando se agrandó la pelotita del pecho se asustó y se hizo ver. Nos decía que hacía 15 años que la tenía." (Mujer de 47 años, cáncer de mama)

"Cuando fue al médico ya era medio tarde y la operación fue para aliviarle el dolor nada más. Ella no era de ir de los médicos, mi mamá tampoco, menos al ginecólogo. Yo creo que le tenía miedo porque era virgen, nunca había tenido relaciones sexuales." (Mujer de 45 años de edad, cáncer de mama)

En otros casos de muerte por causas oncológicas no ginecológicas asumió primacía el desconcierto de los familiares ante procesos que tienen desenlace fatal en tiempos cortos, en mujeres que no planteaban antecedentes patológicos severos.

"Era muy reacia a consultar a los médicos y más aún a los estudios (...) Pero igual, lo que pasa es que fue todo muy rápido, desde julio que se diagnostica hasta noviembre que fallece." (Mujer de 47 años, cáncer de pulmón)

"Fue todo muy rápido, el 6/11 la internamos en el Hospital Q (efector provincial) y el día 9 la trasladaron al Hospital P (efector provincial). hasta el 20 de diciembre, que la hematóloga le dio de alta y nos dijo que podía pasar las fiestas en casa, con barbijo. Murió a los dos días, todo fue tan rápido...." (Mujer de 14 años, leucemia)

Problemática cardio-vascular: Cuando los controles no bastan...

En los casos de muerte por causas cardiovasculares, se observó un patrón de consultas periódicas de estas mujeres, fundamentalmente ligadas al control de presión arterial.

"Ella iba siempre a la Guardia del Hospital B, le ponían calmantes y la mandaban de vuelta. Porque cuando iba, casi siempre era por alguna crisis nerviosa que había tenido. Los médicos de la guardia le habían dicho varias veces que se hiciera atender por psicología." (Mujer de 33 años, Aneurisma/HTA)

"Ella iba siempre al Dispensario por los dolores de cabeza y le daban remedios." (Mujer de 45 años, accidente cerebro-vascular / HTA no tratada)

"Tenía hemiplejía desde hacía 8 años. En su vida tuvo dos picos de presión, y eso que ella se controlaba." (Mujer de 44 años, accidente cerebro-vascular)

El tabú del siglo XX: el caso del SIDA

Los casos de mujeres que fallecieron por SIDA ameritaron un señalamiento particular al encontrarse como factor reiterado, la reticencia a explicitar el diagnóstico por parte de esas mujeres.

"Mi mamá no nos decía lo que tenía, al principio no nos decía nada ; al último, sí... Mi madre era

rebelde, por ahí llegaba el día del turno y decía: no voy... Iba cuando estaba muy mal, para internarse. No le gustaba ir al CS, ella se hacía atender en el Hospital C, no sé..., tenía más conocidos allí... Ella se daba mucho con los médicos..." .

"Mi mamá se enfermó dos años antes de morir. Se atendió en el Hospital E. No me dijeron nada a mí. La información la manejaba mi padrastro. Mi mamá murió en la casa... Estaba muy flaca. Ahora nos quedamos con mis hermanos viviendo solos. Mis dos hermanos mayores viven aparte..."

Uno de los casos mencionados correspondía a una mujer de 22 años (L) perteneciente a una familia en la que además de la paciente fallecida, incluida en el estudio, poco tiempo antes había fallecido su madre por el mismo problema, el padrastro encarcelado al momento de la entrevista, era portador de HIV y dos hijos de la mujer en cuestión también lo eran. El domicilio de esta familia se encuentra a cuatro cuadras de un CS.

En la visita a este efector, se hallaron tres registros de HC de la misma paciente, datando la primer consulta de cuando L. tenía aproximadamente 16 años (1992).

En aquel momento se registraron dos consultas sucesivas, en ocasión del primer embarazo de L.. No se consignaban datos de orden clínico (por ej. peso, talla, antecedentes patológicos, etc.) ni datos socio - económicos o familiares (por ej. grupo conviviente, inserción laboral, tipo de vivienda, etc.) Desde allí se interrumpieron los registros hasta el mes de marzo de 1994, fecha en que este caso apareció consignado en una segunda HC, donde constaba el registro de un embarazo.

Finalmente, en octubre de 1994 apareció una tercera HC consignando un cuadro de neumonía, tratado en el Hospital C, la derivación de la paciente a Ginecología del CS, oportunidad en la cual se le efectuó un PAP y se le solicitó un HIV, dado el antecedente de muerte por SIDA de una pareja de L.. El 31/10/94, se transcribió el resultado de confirmación del HIV.

En esta última instancia no se observó ningún tipo de registro en cuanto a la conducta médica seguida ante la confirmación del diagnóstico de HIV, vale decir, si se había efectuado derivación a otro efector, planificado algún tipo de seguimiento de la paciente y el grupo conviviente, iniciado tratamiento, etc.

Según constaba en los registros de HC del Hospital C, la mujer había sido atendida en ese hospital por su problema de SIDA, al igual que su madre, quien había fallecido por la misma patología pocos meses antes que L..

El grupo de referencia de L. (constituido por su madre, dos hermanas, y los respectivos hijos de cada una de ellas), era indudablemente un grupo vulnerable. La trabajadora social del Hospital D, quien conocía a L., recordaba el relato que le hiciera esta mujer de las circunstancias de su último parto:

"Yo abrí las piernas porque estaba muy dolorida, y ahí nació el bebé..."

Se trató de un parto domiciliario resultante de un embarazo que no tuvo registro por parte de la madre.

Como otra referencia al nivel de criticidad de este grupo, cabe agregar que se trataba de una familia que vivía en condiciones de extrema pobreza y cuyo modo de supervivencia era el ejercicio de la prostitución.

La palabra innombrable: suicidio

Los dos casos de suicidio seleccionados correspondieron a una mujer de 31 años (N.) y a una adolescente de 14 (H.). En ambos casos, la primera reacción de los familiares fue de suma

reticencia a hablar de lo sucedido. Particularmente para uno de los casos, el de la adolescente, cuyo padre se negó a hablar, de modo que se volvió en una segunda oportunidad para concretar la entrevista con otro familiar de la mujer, específicamente, una hermana mayor.

El caso H. se trataba de un suicidio provocado por la ingesta masiva de anticonvulsivantes, medicamentos que tenía indicados desde hacía varios años. Como paciente reunía antecedentes de consultas sistemáticas, desde los diez días posteriores al nacimiento, a efectores tanto de APS como hospitalarios, según los registros de la HC y fichas de consultorios externos.

Un dato particular consignado en la HC del CS aludía a la inserción laboral del padre: albañil.

Como antecedentes patológicos de relevancia se registraban una quemadura de abdomen y mano, no constando las circunstancias de su producción y, a los 11 años, un aparente episodio convulsivo por el que había sido derivada al Hospital D, a partir del cual, H. comenzó a ser medicada con Fenobarbital y Carbamazepina por un neurólogo del mencionado hospital.

En los registros del CS, no estaba consignada la consulta efectuada a ese efector el día en que la paciente realizó el intento de suicidio, ni tampoco referencia alguna sobre su derivación al Hospital A.

En el Hospital D se consultaron distintas fuentes, las HC de internación y las fichas de consultorios externos. En estas últimas, había registros de una sucesión de consultas en un período de dos años. Se trataba de consultas de control neurológico posteriores a la internación de H., al principio con una frecuencia mensual y posteriormente bimestral.

Los datos consignados en la primera consulta (noviembre de 1994), eran el familiograma, la descripción de un examen físico normal y el diagnóstico de epilepsia criptogénica parcial, conjuntamente con la medicación prescrita : Fenobarbital 100 mg.

En consultas posteriores constaba información sobre el desarrollo evolutivo de la paciente, los resultados, normales, de los estudios electroencefalográficos y una valoración, también normal, de su nivel de escolaridad.

En una consulta posterior (agosto de 1995), la paciente había sido descripta como asintomática, registrándose: "Problema de conducta. Nerviosa. Le tiró con el cuchillo a la hermana. Problema de conducta desde que presentó las convulsiones y recibe medicación... Diagnóstico: Epilepsia parcial criptogénica??"

En consultas posteriores se volvieron a consignar los trastornos de conducta y, según los registros de HC del Hospital D, la paciente fue internada el 23/12 por "Cefalea, vómitos y convulsiones".

En los datos relativos a los Antecedentes Personales, se destacaban algunos datos significativos como: Conducta y disciplina calificada como "buena" y Relación con la familia, el medio, etc. evaluada como "buena" con los hermanos y la madre y como "regular" con el padre. En la hoja de prescripciones y órdenes médicas, del mismo día de la internación, obraban dos pedidos de interconsulta : uno para Neurocirugía y uno para Psicología.

Al día siguiente, comenzó a ser medicada con Fenobarbital, reiterándose el pedido de interconsulta a Neurología, fundado en el cuadro ya mencionado como motivo de consulta y consignándose además como antecedente: "Presencia discusión familiar el 22/12. Padre alcohólico."

El día 25/12, los registros mencionaban un examen físico normal y una solicitud de interconsulta con Psicología, sin consignar los motivos del pedido.

El día 26/12, los datos aludían nuevamente a un examen físico normal, transcribiéndose como informe de interconsulta con Neurología un posible diagnóstico de "Crisis parcial benigna de la infancia".

Con este diagnóstico presuntivo fue dada de alta el 27/12, indicándose control y seguimiento por Neurología.

En la HC no aparecieron datos del Servicio de Psicología, por lo cual se desconoce si la Interconsulta efectivamente se llevó a cabo y no fue registrada, o directamente no se concretó. En última instancia este dato quedó perdido y junto con él, la dimensión subjetiva que atravesó este caso.

En la entrevista con la hermana de H., ésta relató que el padre era alcohólico, habiendo mantenido un intenso hábito de consumo hasta pocos meses antes del suicidio de su hija. El problema del consumo era agravado por conductas francamente violentas de parte del papá:

"... Siempre nos pegaba, nos pegaba mucho, a todos... a mi mamá también... Mi hermana no lo quería ni ver, estoy segura que lo odiaba... era la que más le hacía frente... En una época se pegaban mucho, ella también le daba cuando él la golpeaba... ella tenía carácter fuerte, era muy cerrada".

Discurso médico y saber popular: ¿Un diálogo de sordos?

Un aspecto de significación analítica fue el referido a las teorías construidas por el grupo familiar en torno a los condicionantes que habían desencadenado la muerte. Sólo en casos excepcionales, las causas de la muerte fueron atribuidas a razones de estricto orden biológico:

"Esa enfermedad estaba detrás del útero, como el embarazo le apretaba el tumor, antes del parto eso se desparamó por todo el cuerpo." (Mujer de 22 años fallecida por cáncer de colon diagnosticado a posteriori del parto)

"Mi mamá falleció por lo mismo que mi abuelo, el papá de mi mamá... Toda la familia de mi mamá sufre de presión..." (Mujer de 45 años, muere por un accidente cerebro-vascular a consecuencia de HTA no tratada)

En varios casos, por el contrario, e independientemente de las causas de muerte formuladas desde el discurso médico, pareció minimizarse la razón biológica tomando cuerpo otras lógicas más ligadas a la historia personal de las mujeres, fundamentalmente historias signadas por condiciones de violencia.

"Se dedicaba a tomar y el alcohol le hacía mal... Comenzó con problemas en el 95, se descomposó una mañana, se puso toda morada, le costaba respirar... Me contaba mi suegra, cuando comenzó con la enfermedad, que el problema que ella tenía era porque cuando era chica, su padre la castigaba y una vez le pegó con un palo que le perforó el pulmón... Ella vivía con gran tristeza, muchas veces yo veía que miraba el infinito." (Mujer de 48 años, muerta por esclerodermia)

"Lo que pasa es que tuvo una discusión familiar muy fuerte, por eso se fue a Córdoba. Le hizo mal esa discusión." (Mujer de 33 años, fallecida por aneurisma cerebral)

"Mi hija era monja y desde hacía tres años tenía problemas de anorexia... Es un modo de flagelarse... Se castigan, empieza siendo simple pero después..." (Mujer de 31 años, muerte por suicidio)

"No quería comer, ni tomar pastillas... no quería vivir." (Mujer de 47 años, fallecida por cáncer de mama)

"Lo que pasa es que mi madre sufrió mucho de chica. Se crió en la Isla y a los 15 años muere la

madre. Ahí el padre la dejó con una familia que la maltrataba. Después pasó a vivir con la madrina pero también la maltrataban. La golpeaban mucho. Era toda cicatrices mi mamá.

Pero mi madre estaba muy mal. Ella no quería vivir más. Me decía: "Ya estoy cansada, pastillas para esto, pastillas para lo otro...tantos medicamentos, no quiero vivir más..." (Mujer de 53 años, fallecida por diabetes descompensada)

En dos de los casos los familiares apelaban a creencias de corte religioso o pagano para enmarcar el evento de la muerte:

"Ella era sana, tenía todas las vacunas. Cuando ella nació yo estaba anémica, muy descalcificada en el embarazo, tendrá que ver con lo que le pasó? La tía le llevó una foto al padre Ignacio y le dijo que no era una nena para este mundo. Yo pienso que es así." (Mujer de 14 años, leucemia)

"La que quedé mal fui yo... Sabe qué pasa?, aquí en esta escalera murieron un montón. En un año murieron cinco vecinos y dicen que cuando se llevan a uno se llevan a dos o tres... Todos se quieren mudar." (Mujer de 53 años, fallecida por cáncer de mama)

Polifuncionalidad de la mujer: La mujer madre, la mujer cuidadora, la mujer educadora, la mujer esposa, la mujer postergada...

En cuanto a la responsabilidad en torno a la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado de estas mujeres, ésta fue atribuida a la figura de otra mujer, hija, nuera, madre, etc., en la mayoría de los casos estudiados.

"Toda la enfermedad, la cuidé yo a mi mamá. La realidad familiar nuestra es muy difícil porque ahora mi padre está postrado y yo vivo en Villa Gobernador Gálvez y vengo a cuidarlo todos los días con la beba."

"Mi hermana la acompañaba a los médicos, yo me quedaba en casa cuidando los chicos... Ahora está en Buenos Aires"

"La llevé en brazos hasta el taxi y en el Hospital A la dejaron internada a mi mamá. Después cuando volvió a casa yo la atendía. Me acuerdo una vez que yo había salido, al volver a casa, me encuentro con que estaba toda quemada. Se preparó mate para llevar a la cama y se quemó con agua hirviendo, en la espalda, ahí abajo...Yo la lavé enseguida y la fui curando, pero estaba en carne viva... Después se le hicieron "queresas" , ¿sabe lo que son? Gusanismos. Un día la levanto de la cama para llevarla al baño y estaba el colchón lleno de gusanos."

"Yo me ocupaba de atenderla, de todos los cuidados. Mi papá le hacía cumplir con el tratamiento porque ella es como que se dejaba estar... Después que se separaron (porque ella empezó a salir) no se hizo tratar más. Gastamos muchísimo en remedios."

La figura de los hombres apareció en gran medida desdibujada. Resulta significativa la respuesta que aportó uno de los hombres de una de las familias visitadas, cuando se le propuso participar de la entrevista:

" Yo no entiendo nada de estas cosas. Tienen que hablar con mi mujer o mi hija, la de 18...Yo no sé leer ni escribir así que menos les voy a poder explicar de estas cosas..."

Visiones sobre la calidad de la atención: Entre la satisfacción y la violencia

institucional

Las concepciones subyacentes a la percepción de satisfacción con el proceso de atención mostraron una amplia variabilidad en los distintos casos. Sin embargo, fue posible identificar algunos ejes que permitieron establecer diferenciales en los niveles de satisfacción. Uno de ellos es el referido al grado de fluidez en la comunicación entre los responsables de la atención y los familiares de la mujer, aspecto sumamente valorado como determinante de peso en lo que hace a la percepción de satisfacción:

"La atención fue buena pero el problema es que no le dan demasiada información a los familiares."

"...Nosotras teníamos miedo,... no sé... por esas biopsias que le hacían. Mi mamá tenía mucho miedo y como no entendíamos de eso, nos transmitía el miedo, no sabíamos... mucho no nos explicaban"

HIIJA: Nadie nos explicó nada.

PADRE: Quise buscar al médico de cabecera pero nadie nos quería decir nada. Todos obedecen órdenes de alguien y al final uno termina hablando con una pared. Nadie es responsable. El médico viene y te sale con esas palabras, con ese vocabulario que no se entiende...con ese vocabulario médico.

HIIJA: "Prepárense que se muere." -nos decían-. "Vaya buscando la cochería, vaya preparando los documentos..." Que no sean tan crueles...

"Ese Dr. fue muy bueno con mi mamá y tenía mucho diálogo con los familiares."

"La atención fue buenísima, tanto en el Hospital Q, como en el Hospital P, yo siempre dije que tengo que hacer una carta de agradecimiento a todos pero por una cosa u otra se me fue pasando. Les dije a los médicos que les debía la torta de manzanas que les había prometido."

"Siempre se atendió en el Hospital A. Es un lugar muy solidario. Atienden muy bien. Te explican todo"

Otra dimensión, que surgió de un modo dramático en la percepción de satisfacción, estuvo ligada a la condición de aislamiento respecto del grupo familiar a la que se veían sometidas algunas pacientes terminales, impidiendo acompañarlas en los últimos momentos de la vida; situación ésta percibida como altamente angustiante, a la vez que agravada por la incertidumbre de no poder prever el momento del desenlace.

"En el hospital después de la segunda fractura ya entró con un cuadro muy desmejorado, estaba como más perdida y con los ojos distintos; el policía de la vigilancia no me dejaba entrar aunque yo le explicaba que tenía que estar con mi hija, que se estaba muriendo, pero no me dejó, G. murió y yo se lo recriminé al policía".

"Se murió y estaba sola. No pudo estar con ninguno de nosotros. Que la dejen morir con uno... No nos dejaron compartir los últimos días de mi madre.

Todo fue horrible. Uno si va ahí es porque no tiene plata para llevarla a otro lado. No es porque uno quiera ahorrar plata para otra cosa".

"¿Cómo no te van a dejar que la veas cinco minutos si saben que se va a morir? A los familiares directos tendrían que dejarla ver... Era un sorteo todos los días...y no sabíamos si era el último

día...."

En algunas situaciones, la accesibilidad a insumos tecnológicos adquirió relevancia en la valoración del proceso de atención.

"La atendieron muy bien, le daban todos los medicamentos. No tuvimos que gastar en nada, no hubiéramos podido..."

"Nosotros al principio, comprábamos las bolsas de colostomía con aro especial, porque nos decían que no tenían. Después, uno de mis hermanos que está en política se quejó en SSP y al día siguiente le dieron. Con las drogas, a veces pasaba igual..."

Otra dimensión ligada a la percepción de satisfacción, surgida como componente sustantivo, fue la demora en el acceso a la atención en circunstancias percibidas como graves o urgentes. Según los testimonios, demora provocada por diferentes circunstancias, demora en el traslado al efector de salud, demora del equipo de salud en iniciar la atención, etc.

'Como era una paciente terminal no la querían internar en ningún lado...fue desesperante."

"La llevábamos acá y no nos daban pelota, esa vez estaba muy mal, vomitaba ahí en el CS, mi mamá les tuvo que gritar: ...¿Qué quieren, que se muera mi hija?, pero no la trasladaron, se la tuvo que llevar en un taxi al Hospital D, y ahí la internaron de urgencia."

"... Que la van a llevar al Dispensario! !, si ahí siempre nos tienen dando vueltas... La tuvieron que alzar entre mi mamá y mi tía, y estuvieron no sé cuánto tiempo en la calle porque paraban los remises y no las querían llevar, hasta que al final consiguieron un taxi y se la llevaron directo al Hospital A..."

"La trasladamos en ambulancia particular al Hospital B pero no la quisieron recibir y la mandaron al Hospital A. Tuvimos que pelear con el neurólogo para que la recibieran. Estuvimos 2 horas en la ambulancia hasta que se decidieron a internarla. Entonces el Dr. nos dijo "la interno porque es una chica joven, si no, no la interno".

"A los seis meses que empezó la llevamos al Hospital A, la tuve que cargar como pude, porque era un peso muerto y conseguir un taxi. No tenía un centavo así que tuve que pedirle plata a un vecino. Había llamado al SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias de la SSP) pero me dijeron que la ambulancia no estaba disponible. La llevé en brazos hasta el taxi y en el Hospital A la dejaron internada."

"El 25/8 llamamos a la ambulancia porque mi mamá se descompuso y esperamos una hora. Nos atendieron mal, nos cortaban. Al final la llevaron al Hospital A. Estaba afuera tirada en el pasillo, sola sin atención médica, más de una hora esperando, hasta que mi papá fue y preguntó: "No la van a atender?" Ya habían pasado como tres horas y no la habían atendido... A lo mejor, si la atendían antes se hubiera salvado..."

Conclusiones

El análisis de los perfiles de mortalidad posibilita caracterizar cómo se materializan los modos diferenciales de enfermar de los grupos humanos. Como todo problema de salud, la mortalidad es un fenómeno complejo en el que confluye una trama de diversas dimensiones de las cuales la

biológica es apenas una de ellas, resignificada en la mayoría de los casos por las condiciones materiales de existencia que determinan modos particulares de reproducción social y por tanto, de desgaste bio-psicológico.

Sin embargo, no puede reducirse el análisis de la mortalidad exclusivamente a las diferenciales de clase escotomizando otra dimensión que opera como diferencial cual es la dimensión de género. Esto resulta de sustancial importancia atendiendo al interés que tuvo el presente trabajo de poner en relación las condiciones de producción del evento muerte en las mujeres con las características particulares de la respuesta que el sistema de salud brinda a la problemática de salud de los sujetos. Mucho más si se considera que esta respuesta está muchas veces "inscrita en un modelo médico dominante de carácter patriarcal, curativo-asistencial y excluyente desde el punto de vista social" [\(13\)](#).

Planteaba Carlyle Guerra de Macedo que en el marco de las Discusiones Técnicas que precedieron la 45ª Asamblea Mundial de la Salud, dicha Asamblea "reconoció que las mujeres - a través de edades, fronteras geográficas y estadios de desarrollo - soportan una carga desproporcionadamente mayor de problemas de salud prevenibles que la que aflige a los hombres. Tal desventaja fue atribuida a la desigualdad más amplia que exhiben las mujeres frente a los hombres en materia de posición social y económica, la cual se refleja en el menor acceso que ellas tienen a recursos básicos para la promoción y protección de su salud..." [\(14\)](#).

En tal sentido, la condición de género reviste una importancia fundamental en todo lo referido a los procesos de cuidado y búsqueda de atención en el campo de la salud. Por tal motivo, cabe señalar que el presente trabajo no pretendió un análisis exhaustivo que pivotee en la categoría de género, sino más bien tornar visible una perspectiva que habitualmente se mantiene en la opacidad, aún cuando constituye una dimensión imprescindible para comprender determinadas particularidades que revisten los procesos de salud/enfermedad poblacionales.

Desde una perspectiva epidemiológica, aunque circunscripta a las muertes ocurridas en los efectores municipales, las discrepancias esbozadas en los perfiles de mortalidad, entre las distintas fuentes de información sobre causas básicas de muerte, ameritan un amplio debate y reflexión en el colectivo de salud. Indudablemente, si la producción de información es la herramienta clave a partir de la cual se toman decisiones en el orden de la planificación y organización de los servicios y sistemas de salud, se torna un desafío permanente la optimización de los datos producidos para el logro de diagnósticos confiables que permitan la adecuada identificación de prioridades de atención y en consecuencia, una asignación equitativa de recursos en el sector.

En general, la información analizada sobre muertes de mujeres en edad reproductiva da cuenta en su conjunto de serias insuficiencias en la completud y calidad de los registros de datos en los documentos hospitalarios (RH e IH), particularmente en los protocolos de HC. Considerando los datos que más frecuentemente son consignados, se observaron grandes inconsistencias entre las diferentes fuentes consultadas, incluyendo CD, que, para el caso de los registros hospitalarios, asume singulares dimensiones en lo concerniente a la definición de la causa básica de muerte. En particular, caben destacarse algunos ejemplos paradigmáticos. Uno alude a las inconsistencias encontradas entre IH, diagnóstico de egreso y resultado de la revisión de la HC por el grupo local correspondiente, caso que finalmente condujo a interpretar como muerte por "SIDA". Del mismo modo, otros dos fallecimientos cuyas causas básicas al clasificarse en grandes grupos, fueron atribuidas finalmente a "complicaciones del embarazo, parto o puerperio", en total discordancia con los diagnósticos de egreso.

En su conjunto, todas estas evidencias conducen a conjeturar que el registro de los diagnósticos de egreso puede estar respondiendo al sólo cumplimiento de una formalidad administrativa de los servicios.

La no debida consideración acerca de la importancia de documentar adecuadamente la secuencia de los procesos mórbidos que conducen a la muerte de las pacientes, de ser una práctica habitual y generalizada al conjunto de altas hospitalarias y derivaciones a otras instituciones, podría estar afectando los cuadros epidemiológicos resultantes, desde la perspectiva de los egresos de los efectores municipales.

Aunque delimitados a esta jurisdicción, los dos casos de muertes maternas - hallados a partir de la revisión de sólo 74 HC -, son un claro ejemplo confirmatorio de lo sostenido por UNICEF acerca del considerable subregistro de estos eventos.

Cabe en este punto señalar la paradoja que aquí está en juego. Se trata, en un sentido, de habernos topado con la "deshistorización" que se hace evidente en la Historia Clínica de estas mujeres; deshistorización expresada a través del subregistro, o en el mejor de los casos, del registro equívoco de los datos. En esta deshistorización, encontramos una de las pistas que permiten comprender el por qué de las muertes, sobre todo de las muertes evitables. Y encontramos también una pista para interpretar los efectos desubjetivantes de las intervenciones de salud, intervenciones que, para el caso de las mujeres, refuerzan su condición de marginación en tanto ciudadanas con derecho a la atención oportuna e integral, excepto que se presenten a la mirada médica desempeñando el rol que de ellas se espera, vale decir, el rol de reproductoras de especie.

La situación problemática que deja planteada el estudio respecto de los registros, también estaría reflejando una escasa utilización de los documentos hospitalarios, en particular de las HC, con fines docentes, para la realización de seminarios de análisis de casos, para evaluar la calidad de las prestaciones asistenciales, protocolizar la atención de casos críticos, de procesos patológicos graves que pueden o no desencadenar la muerte, etc.

Relacionado con lo anterior, el grupo responsable del estudio programó, durante la propia ejecución del proyecto, una serie de seminarios para la presentación y análisis de casos, una vez reconstruida la historia de atención de los mismos, convocando a participar a todos los equipos de los servicios hospitalarios / CS involucrados en la asistencia en alguna etapa de su historia de atención. Esta propuesta se concebía como una línea de intervención estrechamente ligada al desarrollo de la investigación, que propiciara, en un marco colectivo, una reflexión crítica en torno a las propias acciones que desarrolla el sector, apostando a la transformación de las prácticas. No obstante, esto fue posible solamente para tres de los casos. Aún cuando la respuesta de los equipos de APS fue entusiasta respecto de la propuesta salvando algunas excepciones, se encontró escasa disposición de los equipos hospitalarios a participar. Esta reticencia permite conjeturar acerca de la posible lógica corporativa que aún subyace en las organizaciones hospitalarias y que resiste el ejercicio crítico, sobre todo si éste está planteado en un dispositivo abierto, donde tienen "voz" todos los actores de todos los niveles de la red.

Por esta misma razón, se considera imprescindible retomar esta experiencia, probablemente con otras estrategias y multiplicarla, apuntando a que tenga continuidad en el tiempo.

Relacionando los hallazgos de esta segunda presentación con las consideraciones expuestas en la primera parte del estudio, pareciera que la desvalorización acerca de la importancia de la suficiencia y calidad de los registros en los documentos clínicos no estaría gravitando de igual manera al momento de certificar legalmente las defunciones, pese a las deficiencias de los CD, cuando

quienes los suscriben no son los médicos intervinientes.

Los testimonios de varios de los casos entrevistados tornan evidente de qué manera la mujer desempeña un rol preponderante como proveedora de los cuidados y procuradora de atención para el grupo familiar. Sin embargo, paradójicamente su propio cuerpo queda eludido como condición de posibilidad para el sostenimiento de esta función. Cuerpo que soporta, cuerpo que puede esperar. Por su parte, el sistema de salud continúa en buena medida girando en torno a una concepción de la mujer que la coagula en su rol reproductor y de "cuidadora" (Zurutuza, 2000)[\(15\)](#), hecho que contribuye a reforzar el descuido de la salud integral de la mujer. Los casos de muertes violentas (fundamentalmente suicidios) y de cáncer ginecológico en mujeres jóvenes parecen ser muy sugerentes de las condiciones de inequidad en lo que respecta al acceso de la mujer al cuidado de su salud. En coherencia con lo afirmado por Elsa Gómez Gómez citando a Restrepo, los hallazgos del estudio inducen a pensar que la sobremortalidad femenina por cáncer en mujeres adultas no se asocia tanto con la letalidad de la patología sino con la "accesibilidad limitada de la mujer a la tecnología médica de detección temprana y de tratamiento en sus etapas iniciales"[\(16\)](#).

Vale decir, el sistema de salud organiza respuestas fragmentadas, con efectos de escisión en los sujetos. Esta escisión, para el caso de las mujeres, lleva a invisibilizar todo aquello que excede a la esfera reproductiva (control de embarazo, anticoncepción, etc.) produciendo un efecto de exclusión e impidiendo la conformación de un escenario posibilitador de producciones subjetivas que incluyan la perspectiva de las mujeres.

Un aspecto emergente del trabajo de entrevistas, y señalado como un componente esencial en la percepción de satisfacción con el proceso de atención, es el vinculado a la comunicación que se establece entre los profesionales y los pacientes. Es necesario enfatizar este aspecto en toda su dimensión, puesto que de lo que aquí se trata es del suministro suficiente y adecuado de la información, ingrediente básico del concepto de consentimiento informado. En otras palabras, lo que está en juego en este punto, es la dimensión ética de los actos en salud en términos del respeto a la autonomía de los sujetos, y no hay posibilidad de una auténtica autonomía, si se retacea información -o bien se la transmite de un modo inaccesible- en torno a los diagnósticos, pronósticos y alternativas de intervenciones terapéuticas posibles.

Otro aspecto relevante surgido en los casos estudiados se vincula a la dimensión de la violencia en una doble dirección: la violencia como marca presente en la cotidianeidad de la historia de varias de estas mujeres y la violencia institucional corporeizada de distintas maneras, el rechazo a la demanda, la discriminación, la demora excesiva en la atención, el manejo arbitrario y "privado" de la información, la separación entre el grupo familiar y la mujer en situación de inminencia de la muerte. En todo caso, cabe reflexionar sobre los alcances del fenómeno de la violencia contra la mujer, dado que, como se evidencia en los casos seleccionados, aparece como un problema extendido mucho más allá de lo visible a través de su forma más descarnada: el evento muerte (por ejemplo, el suicidio, como punto final de una historia de violencia). En alguna medida, cabría preguntarse en qué medida una condición básica para la perpetuación del fenómeno de la violencia de género es precisamente su silenciamiento y por tanto su invisibilidad. Resulta llamativo en este sentido que en los dos casos de suicidio analizados en este estudio, los registros hospitalarios consignaban como diagnóstico presuntivo la intoxicación por psicofármacos, quedando perdida en esta categoría taxonómica, el carácter violento de la muerte.

Centrando nuestra reflexión en las respuestas que la actual red de servicios de salud está brindando a la población, cabe consignar que algunos testimonios pusieron de relieve una posible

desarticulación entre efectores de diferentes niveles de atención, como también una fragmentación de las prácticas al interior de un mismo equipo de trabajo. De ser estas condiciones una característica generalizada (la ausencia de mecanismos claros de contrarreferencia y la fragmentación de prácticas al interior de un mismo equipo de salud), ello conduciría a una duplicidad/multiplicidad de circuitos de atención (y también de registros) evidenciando la escisión propia del orden médico atravesando las instituciones de salud. Sólo aquellos fenómenos encuadrables en un orden biológico, parecieran tornarse en factores convocantes para su práctica, desconociendo la dialéctica entre los aspectos socio - históricos y biológicos que todo proceso de Salud - Enfermedad conlleva.

No obstante, aún desde la más pura perspectiva biológica, ciertos datos relevantes de la historia de las mujeres son omitidos regularmente en los registros clínicos, por ejemplo, que la cantidad de embarazos e hijos sólo se registró en un 25% de los casos y que la cantidad de abortos sólo fue indagada en un 13% de los casos. Por otra parte, cierta información clínica relevante que puede ayudar a interpretar, tan luego una enfermedad desencadenante de la muerte, como son los antecedentes de patologías previas, sólo fueron consignados en alrededor del 50% de los casos. A modo de cierre, es de interés señalar que el presente estudio no tuvo la pretensión de realizar un análisis exhaustivo de las prácticas que desarrolla el colectivo de salud ni tampoco agotar la problemática de la muerte de las mujeres en etapas tempranas de la vida. En todo caso, la intención fue instalar un debate amplio sobre la problemática de salud de las mujeres y las formas particulares en que el colectivo de salud organiza sus respuestas a esta problemática. En el marco de ese debate se aspiraba a sentar las bases para el desarrollo de mecanismos de monitoreo permanente que, centrados en otro tipo de eventos cruciales durante la vida de la mujer, posibiliten evitar o al menos demorar la condición de la muerte.

[ver Anexo](#)

Agradecimientos

- A todos los miembros del personal de la SSP, responsables del desarrollo operativo del proyecto, cuya participación ha hecho posible arribar a la meta propuesta.
- Al Dr. Juan Zamora, Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital de Emergencias C. Alvarez (HECA) y a la Estadística Bibiana Cagna, subjefa del Departamento de Estadística del HECA, por su involucramiento con el proyecto y sus esfuerzos personales en la búsqueda y captación de datos de las HC.
- A la Psicóloga Marcela Ricchetti, a las Trabajadoras Sociales Diana Balach, Alicia Maltaneres y Miriam Kreiman y a la Dra. Mariana Okon, que comprometieron su interés y su tiempo para colaborar en la realización de algunas de las entrevistas.

Referencias bibliográficas

- (1)Desafíos futuros para la investigación en América Latina "International Development Research Centre", (IDRC/CRDI, CIID-Montevideo Publicaciones), www.idrc.ca/lacro/publicaciones.
- (2)Ibídem 1.
- (3)Szasz, citado por Castro, R. y Bronfman, M. (1995) "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo" en S González (comp.). Las mujeres y la

salud. El Colegio de México. México.

(4)De León Reyes, V.; Pelcastre Villafuerte, B., Díaz Gois, A.; Mujeres y Salud. Una metodología para su estudio. México.

(5)Torres de Quinteros, Z. et al, Mortalidad de mujeres en edad reproductiva. (Una aproximación desde los Certificados de Defunción), Revista de Investigación en Salud, Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Vol 3, N° 1 y 2 , Rosario. Diciembre de 2000.

(6)Secretaría de Salud Pública, Dirección General de Atención Médica, Programa para mejorar la calidad de vida de la mujer en edad reproductiva, 1996.

(7)Lippeveld, T., Ianerborn, R., y Sapirie, S., Por unos Sistemas de Información Sanitaria eficaces, Foro Mundial de la Salud, Vol 18, 1997.

(8)Ibídem 7.

(9)OPS/OMS Colombia, Mortalidad según condiciones de vida, Cap.4 Principales Conclusiones, www.col.ops.oms.org/svigila/morbilidad

(10)Secretaría de Salud Pública, Ejes de Gestión en Salud, Período 1999-2003, documento de trabajo, julio de 2001

(11)Ibídem 10.

(12)Ibídem 7.

(13)Checa, S., (2000), Seminario de Investigación sobre Salud Reproductiva, en Género y Salud, Ed. EUDEBA.

(14)Guerra de Macedo, C., (1993), Prólogo, en Género, Mujer y Salud en las Américas, Publicación Científica N° 541, OPS.

(15)Zurutuza, C., (2000), 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.

(16)Gómez Gómez, E. (1993), Introducción, en Género, Mujer y Salud en las Américas, Publicación Científica N° 541, OPS.

Notas al pie

1. Estos porcentajes fueron calculados excluyendo casos de defunción por accidentes y otras causas externas.

2. Según una clasificación más detallada, el caso de muerte en circunstancias del embarazo, con diagnóstico médico al egreso de "sepsis a punta de partida abdominal", podría hipotetizarse como relacionado a un aborto en curso.

3. Sucesivas internaciones de menos de 24 horas por quimioterapia.

4. Instituto de Lucha Antipoliomielítica y de Rehabilitación del Lisiado de Rosario, que actualmente proyecta su asistencia a pacientes con diferentes tipos de discapacidades motoras.

Anexo

Tabla I: Discordancias en el registro de causa de muerte entre CD y diagnósticos de egreso

Según CD	Causa de muerte Según diagnóstico de egreso	N°
Tumorales (n=21)	Coincidentes	10

	Mal definidas	6
	Sepsis	2
	Sistema nervioso	1
	Ap. Genitourinario	1
	Sin datos	1
	Coincidentes	11
Cardiovasculares (n=18)	Mal definidas	3
	Sepsis	1
	Traumatismos	1
	Sin datos	2
Externas (n=17)	Coincidentes	4
	Mal definidas	8
	Traumatismos	2
Endocrinas y metabólicas (n=5)	Sin datos	3
	Coincidentes	1
	Mal definidas	1
	Tumorales	1
Infecciosas y par. (n=2)	Cardiovasculares	1
	Respiratorias	1
	Coincidentes	2
Respiratorias (n=2)	Mal definidas	1
Digestivas (n=1)	Sepsis	1
	Sepsis	1
Compl. Embarazo (n=2)	Sepsis	2
Otras causas (n=5)	Sepsis	2
	Cardiovasculares	2
	Sin datos	1
Mal definidas (n=4)	Coincidentes	2
	Cardiovasculares	1
	Sin datos	1

Tabla II: Información consignada en RH

A- Antecedentes socio-culturales y gestacionales	Con información	
	Nº	%
Domicilio	70	94,6
Situación conyugal	69	93,2
Nivel de Instrucción	12	16,2
Edad	74	100,0*
Cantidad de embarazos	17	23,0
Cantidad de hijos	19	25,7
Cantidad de abortos / nacidos muertos	10	13,5
B- Antecedentes de consultas previas a la internación		
Lugar consulta anterior	28	51,9**
Fecha de consulta anterior	20	37,0**
C- Antecedentes de la internación, complicaciones y diagnóstico de egreso		
Patologías previas	40	54,1

Fecha de comienzo de los síntomas que motivaron la internación	37	50,0
	44	59,5
Fecha de comienzo de los síntomas que derivaron en la muerte	12	16,2
	72	97,3
Embarazo o puerperio en curso	67	90,5
Motivo de ingreso	67	90,5
Diagnóstico presuntivo	73	98,6
Complicaciones durante la internación		
Diagnóstico de egreso		
D- Datos de la internación		
Forma de traslado		
	12	16,2
Fecha de ingreso a la institución	73	98,6
Hora de ingreso a la institución	63	85,1
Forma de ingreso	57	77,0
Sector al que ingresó	74	100,0
Días de internación en sector de ingreso	56	75,7
Sector en el que se produjo la muerte	74	100,0
Días de internación en sector en que murió	70	94,6
Personal que asistió al momento de la muerte	70	94,6
	73	98,6***
Tiempo total de internación	58	78,4
Hora de defunción		

* Cuando faltó el dato de la edad de la mujer, éste fue recuperado apelando a la fecha de nacimiento.

** Estos porcentajes fueron calculados excluyendo casos por "accidentes" y otras causas "externas" y aquéllos en los que no hubo consultas previas.

*** Para 2 de los 3 casos en que se consignó desconocer la cantidad total de días de internación se pudo obtener este dato a partir de las fechas de ingreso y defunción.

TABLA III: Características socio-económicas y del grupo familiar de las mujeres fallecidas (casos entrevistados)

Nº Caso	Edad	Inserción laboral (Mujer)	Escolaridad	Situación conyugal	Hijos	Grupo familiar	Inserción Laboral (Jefe de Hogar)	Diagnóstico de muerte	Cobertura Obra Social
1	53	Emp. doméstica	Prim. Comp.	concubina	1	Marido Suegros	Desocupado	Ca. mama	no
2	47	Ama de casa	Prim. Comp.	casada	3	Esposo	Subocupado	Ca. mama	no
3	53	Desocupada	Prim. Comp.	separada	2	Hija	Emp. Fábrica	Ca. mama	si
4	40	Desocupada	Prim. Incomp.	concubina	5	3 hijos	Desocupado	SIDA	no
5	47	Ama de casa	Prim. Comp.	Casada	3	Esposo/hijos	Empleado	Ca. pulmón	si
6	45	Ama de casa	Prim. Comp.	Casada	2	Esposo/hijas	Subocupado	Hipertensión arterial	no
7	53	Ama de casa	Prim. Incomp.	Concubina	7	Esposo, hijo, hija, yerno, nietos.	Jubilado	Diabetes	no
8	48	Emp.	Prim.	Soltera	1	Hijo, nuera,	Subocupado	Esclerodermia	no

		doméstica	Incomp.			nieto				
9	22	Prostitución	Analfabeta	Soltera	3	2 hermanas	-	SIDA		no
10	27	Desocupada	Analfabeta	Soltera	-	Madre / Padrastro	Subocupado	Neumonía		no
11	14	Estudiante	Sec. Incomp.	Soltera	-	2 adultos/ 2 hijos	Subocupado	Leucemia		no
12	45	Empleada	Sec. Incomp.	Soltera	-	Padre/1 hermano	Jubilado	Ca. mama		no
13	14	Estudiante	Sec. Incomp.	Soltera	-	2 adultos (padres)/ 2hermanos	Cirujero	Suicidio		no
14	33	Peluquera	Sec. Comp.	Separada	1	1 hijo	Peluquera	Aneurisma		no
15	22	Estudiante	Ter. Incomp.	Soltera	2	Hermano, Cuñada, 3 sobrinos, 2 hijos	Empleado	Ca. colon		no
16	25	Ama de casa	Sec. Comp.	Casada	2	Esposo/ 2 hijos	Empleado	Esclerodermia		si
17	44	Ama de casa	Sec. Incomp.	Casada	3	Esposo/ 2 hijas	Empleado	Accidente Cerebro-vascular		no
18	40	Ama de casa	Sec. Comp.	Casada	-	Esposo	Empleado	Aneurisma		si
19	31	Religiosa	Ter. Comp.	-	-	2 adultos/ 3 hijos	-	Suicidio		si

Procreación Responsable. Visión - Misión del Pediatra *

"La Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear y la libertad para decidirlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícita el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, así como métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables"***

Peralta, V.^a; Simioni, A.^b; Gutiérrez, L.^c

Resumen

Mediante una encuesta conducida por pediatras en formación se analizaron los conocimientos y prácticas vinculadas con la procreación en 176 madres de pacientes internados a lo largo de un mes, en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela.

Siguiendo los criterios de riesgo del Programa Municipal de Procreación Responsable (P.P.R.), se identificaron antecedentes biológicos y socioeconómicos, conocimientos y prácticas sexuales y de procreación asociados a cada condición de riesgo.

Un alto porcentaje de mujeres (81%) reunía uno o más de los factores de riesgo reconocidos por P.P.R. y "un primer embarazo en edad adolescente" resultó el antecedente más relevante en todos los grupos de mujeres.

No hubo variantes significativas según el lugar de residencia de la mujer, dentro o fuera de Rosario. Cerca del 100% de las mujeres conocía métodos anticonceptivos, aunque más de la mitad no hacía uso regular de los mismos, particularmente aquellas madres con relaciones de pareja inestables.

Aunque la muestra analizada resultó un tanto insuficiente, la información obtenida puso en evidencia que la procreación responsable es resultado de una compleja trama de relaciones entre

* Trabajo distinguido con el primer premio en el Concurso anual 2000 de la Secretaria de Salud Pública. Para la revisión final del artículo se contó con la asesoría y participación directa de la Dra. Zulema Torres de Quinteros y Luz Gibbons del Área de Investigación en Salud (SSP).

* Conferencia Internacional de la Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 - Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, firmado por cerca de 200 países, incluido Argentina 1995.

a Médica Pediatra - Jefa de Departamento de Pediatría y miembro del Comité Docente del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de Rosario. Docente de pregrado de la extensión de Cátedra de Pediatría de la UNR. Docente Medico Interno Rotatorio.

b Médico Pediatra - Fellow Salud Integral del Adolescente UBA. Jefe de Consultorios Externos y miembro del Comité Docente del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de Rosario.

c Lic. en Estadística - Pasante del Area de Investigación en Salud (SSP).

características socioeconómicas y culturales, antecedentes genésicos y patológicos, conocimientos sobre anticoncepción y prácticas sexuales.

Los resultados conducen a la necesidad de una visión más amplia por parte del P.P.R., intentando superar la sola consideración de factores puntuales de riesgo.

Del mismo modo, que el Hospital puede constituir un canal importante para la captación de mujeres al P.P.R. y que la temática amerita ser incluida en el proceso de formación especializada en pediatría.

Palabras clave

procreación responsable - anticoncepción - prácticas sexuales

Summary

By means of a survey led by pediatricians, knowledge and practices related to procreation were analyzed in 176 mothers of hospitalized children (Hospital de Niños Víctor J. Vilela) recruited along a month.

Taking into account the risk criteria established by the Programa Municipal de Procreación Responsable (P.P.R.), the biological and socioeconomic backgrounds, sexual and procreation knowledge and practices associated to each risk criteria were identified.

A high percentage of women (81%) showed one or more of the factors of risk recognized by P.P.R. and a "first pregnancy in the period of adolescence" became the most relevant antecedent in all the groups of women.

Significant variants were not observed according to the woman's place of residence, inside or outside Rosario.

Near 100% of the women knew about contraceptive methods, but more than half of them did not make regular use of such, particularly those mothers with unstable relationships.

Although the analyzed sample was somewhat insufficient, the obtained information put into evidence that responsible procreation is the result of a complex scheme of relations between socioeconomic and cultural characteristics, pathological and genetic backgrounds and knowledge on contraceptive and sexual practices.

The results lead to the necessity of an ample vision on the part of P.P.R., trying to surpass the single consideration of isolated factors of risk.

In the same way, the Hospital can constitute an important channel for recruiting women to the P.P.R. and the thematic should be included in the process of pediatric specialization.

Key words

responsible procreation - contraceptive - sexual practices

Introducción

La muerte de una mujer como consecuencia directa o indirecta del proceso de procreación es un hecho extremadamente penoso y la mayoría de las veces evitable. Ello hace imperativa la necesidad de suministrar información sobre salud reproductiva a los grupos más vulnerables y eliminar,

cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden la llegada de dicha información. Todos los países deberían arbitrar los medios para disminuir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que no constituyan un problema de salud pública.

La IV Conferencia de la Mujer en Beijing 1995, produjo un documento donde se planteó una educación no discriminatoria de la mujer y, acorde con ello, la eliminación de todas las barreras que impidan la asistencia a la escuela de las adolescentes embarazadas y madres jóvenes.

Distintos documentos de las Naciones Unidas tratan acerca de diferentes tópicos relacionados con la sexualidad como:

- Enseñanza de Educación Sexual y de Salud Reproductiva en la educación formal.
- Decisión libre del número y espaciamiento de hijos en las parejas y prevención de los abortos mediante programas de planificación familiar.
- Reconocimiento de las necesidades específicas de los adolescentes y jóvenes respecto a las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) entre ellas el VIH/SIDA y la especial vulnerabilidad de las niñas a estas infecciones.

En nuestro país, el Gobierno Nacional dictó el Decreto N° 659 (28/02/77), por el cual prohibió toda acción directa o indirectamente relacionada con la planificación familiar, incluyendo la receta por triplicado en la comercialización y venta de productos medicinales anticonceptivos. De este modo, se formalizaba en ese momento una política implícita pronatalista que fuera sostenida por años en el país.

Con el advenimiento de la democracia, un nuevo decreto presidencial (N° 2274 del 05/12/86) derogó el anterior. Esta disposición legal consagra el derecho de cada persona, cualquiera sea su estado civil, a decidir cuántos hijos desea tener y en qué momento de su vida quiere hacerlo.

El Plan Nacional de Acción y Pacto Federal en favor de la Madre y el Niño, firmado el 09/05/94 acordó, dentro de los objetivos del componente de Salud Materna "Desarrollar e Implementar Programas de Procreación Responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo al sistema de valores vigentes."

La Constitución Nacional recientemente reformada, ha incorporado una serie de recomendaciones surgidas de tratados internacionales sobre derechos humanos, entre ellos la convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Los derechos constitucionales incorporados por este tratado son, entre otros, los siguientes:

Art. 10 - Los estados adoptarán todas las medidas para asegurar el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la Salud y el Bienestar de la familia, incluidas la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Art. 12 - Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para disminuir la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar.

Art. 16 - Los estados partes adoptarán todas las medidas para asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos':

Siendo éste el marco legal, la situación epidemiológica del país y particularmente de Rosario en relación a niveles de fecundidad y mortalidad materna puede resumirse como sigue:

- En la Argentina, la tasa de fecundidad adolescente (TFA) está disminuyendo más lentamente que

la tasa global de fecundidad (TGF), en la cual las mujeres menores de 20 años aportan el 15% de los nacimientos.

- Las cifras de aborto estarían entre 350.000 y 400.000 por año a nivel país, teniendo en cuenta el subregistro que existe alrededor de esta problemática.

- La población de mujeres adolescentes entre 10 y 19 años constituye, globalmente para la ciudad de Rosario, el 30% del total de mujeres en edad reproductiva y su tasa de fecundidad (41,3 por 1.000) es similar a la del total de mujeres en edad reproductiva. A su vez, el 30% del total de los partos anuales, corresponde a mujeres adolescentes y, de éstos, un gran porcentaje tiene lugar en menores de 15 años, proporción que muestra una tendencia creciente en los últimos años, especialmente en los sectores de mayor pobreza.

- "Argentina no ha estado 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 un estudio de Mora, G. y Yunes, J. (1993 bib.). 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. (1993 bib.) - en tanto que sus indicadores de salud le conferían un nivel medio en el llamado índice de necesidades de salud.

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 - 1999 aunque ellas se restringen a muertes por causas obstétricas durante el embarazo y hasta los 42 días posteriores al parto. Las cifras del departamento de 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."¹

- Según información nacional², la tasa de mortalidad materna en la Pcia. de Santa Fe llega a 5,3 por 10.000 nacidos vivos, un tanto más alta que la global para Argentina (4,7 por 10.000). Dentro del grupo de causas que provocan estas muertes figura en primer lugar el aborto con el 28,2% de los casos y en segundo lugar las relacionadas con la atención del parto y del embarazo (23,3% y 23,2% respectivamente), seguidas por las complicaciones del puerperio (15,8%).

La política de la Secretaría de Salud Pública (S.S.P.) ante esta problemática

Los antecedentes locales, antes de la creación del Programa de Procreación Responsable (P.P.R.) de la S.S.P., remiten a algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, consistiendo en la distribución de métodos anticonceptivos (MAC) ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados.

A fines de 1997 fue reglamentada una Ordenanza Municipal (N° 6244 del Honorable Concejo Municipal) que dio lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable y, a partir de esa fecha, la S.S.P. se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados.

Sus objetivos principales son:

- Garantizar el acceso a la comunidad que así lo requiera a la información de lo atinente a necesidades reproductivas.

- Informar sobre el riesgo del embarazo fuera de las edades consideradas adecuadas para la reproducción.
- Contribuir a la difusión de información relacionada con el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Estimular y favorecer períodos intergenésicos no menores de 2 años. Propender a la educación de la comunidad para evitar embarazos no deseados.
- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. Detectar precozmente ETS y patologías del aparato genital.

Este Programa, pasó posteriormente a formar parte del Plan de Salud Integral de la Mujer [3](#), [4](#) donde se abordan las diversas manifestaciones del proceso de salud - enfermedad particulares de este sector poblacional, contemplando su desventaja social, su empleo en trabajos no calificados cercano al 40 %, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral, incluyendo su trabajo en el hogar, situaciones relacionadas con violencia conyugal, y por último y no por ser menos importante la construcción estereotipada de la identidad femenina.

Las estrategias para poder poner en marcha este plan ambicioso integran la prevención, promoción y atención de la salud, defendiendo y mejorando la calidad y la dignidad de la vida a través de las acciones que cada día realizan personas e instituciones, tendientes a multiplicar y democratizar las oportunidades a la vez de garantizar la satisfacción de sus necesidades a más seres humanos. Todo ello a través de vínculos que se generan por un trabajo interdisciplinario e intersectorial de construcción de redes sociales para la búsqueda de soluciones, el mejoramiento de la situación de vida de las mujeres, el ejercicio del derecho de la existencia y al bienestar y para la construcción de ciudadanas libres y autónomas en la toma de sus decisiones.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos el componente programático del P.P.R. establece ciertos criterios prioritarios de inclusión de las usuarias, para la dación gratuita del método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos son:

Mujeres adolescentes (menores de 20 años). Mujeres con 4 hijos o más. Mujeres con HIV/SIDA. Mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto o puerperio. Mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

La información disponible, al momento de la presente investigación, sobre los avances del Programa a partir de su implementación se restringe a un estudio descriptivo basado en las notificaciones elevadas al P.P.R. por el personal de los efectores de salud municipal, que dan cuenta de las mujeres atendidas en el período comprendido entre diciembre de 1998 y abril de 2000. De un total de 4065 mujeres que ingresaron al programa, 3669 (90%) pertenecían a la ciudad de Rosario. Entre las residentes, la captación superó un poco más del 10% en tres seccionales policiales (21,10 y 19), siendo la cobertura menor a esa cifra en el resto de las áreas. De las mujeres con registros de edad (3513), el 25,2% tenía entre 15 y 19 años y el 29,8% tenía entre 20 y 24 años. De las 143 mujeres que al ingreso no usaban métodos anticonceptivos, el 50% optó por los anticonceptivos orales (ACO), y de las 1955 que antes del ingreso al P.P.R. utilizaban ACO, el 12% cambió por DIU. El 7.3% de las mujeres que optaron por el DIU habían cursado por lo menos la educación primaria completa. El 71% de las mujeres prefería los ACO, aunque como tendencia se observó que para el grupo etáreo comprendido entre los 10 y 24 años las mujeres apelaban al Medroxi en

reemplazo del ACO, en tanto que para las mayores de 25 años la segunda elección fue el DIU [5](#). Desde el punto de vista epidemiológico, el estudio mencionado no aporta una caracterización de las mujeres según sus prácticas sexuales y conocimientos sobre los recursos preventivos del embarazo, acerca de la continuidad en el uso de anticonceptivos, etc., como tampoco en la identificación de otros factores condicionantes generales de orden socio - económico y cultural que permitan la identificación de sectores de riesgo para, consecuentemente, intensificar las acciones para el logro de una mayor equidad.

En los equipos de trabajo del Hospital de Niños J. Vilela surgió el interés de colaborar con el Programa, aportando información útil a partir del gran número de mujeres que concurren a dicho hospital para el cuidado de sus hijos internados, ya que muchas de ellas eran visualizadas en situación de riesgo desde la perspectiva de una procreación responsable.

Esta apreciación subjetiva tuvo una primera verificación empírica en un estudio preliminar en el que se encontró que el 70% de las madres habían tenido su primer hijo antes de los 20 años y más del 90 % se había iniciado sexualmente en la etapa adolescente, conformando dos de los principales riesgos relacionados con la responsabilidad ante la procreación.

Estos antecedentes impulsaron el emprendimiento del estudio para ponernos a disposición del P.P.R., rescatando las visiones de los pediatras sobre esta problemática. Aunque restringido a un sector poblacional particular, cual es el de mujeres concurrentes al Hospital que ya tienen uno o más hijos, creíamos pertinentes nuestras posibles contribuciones, entendiendo a este espacio particular como uno de los canales para el desarrollo de las acciones de P.P.R y así integrar a los pediatras al cumplimiento de una "misión" dentro del mismo.

Objetivos del estudio

- Analizar los conocimientos y prácticas vinculadas con la procreación en madres de pacientes internados en el Hospital de Niños Víctor J. Vilela de Rosario en relación a antecedentes de riesgo biológicos y socio-económicos.
- Establecerlas características asociadas (antecedentes biológicos y socioeconómicos, conocimientos y prácticas vinculadas a la procreación) a los distintos grupos de madres definidos por los principales criterios de riesgo que establece el P.P.R.

Propósitos

- Contribuir desde la perspectiva de los pediatras del Hospital de Niños Víctor J. Vilela al reconocimiento de este espacio como un canal para el acceso y captación de mujeres en riesgo, alertando sobre las oportunidades para la atención de esta problemática
- La información suministrada sobre la existencia del programa a los casos de riesgo identificados durante la ejecución del estudio, impulsando la concurrencia a los Centros de Salud para recibir la asistencia correspondiente, constituyeron aportes efectivos en el transcurso de la investigación.
- Por otra parte, tratándose de un Hospital Escuela que tiene a su cargo la formación médica de grado y postgrado, esta experiencia de investigación iba a permitir sentar las bases para promover la inclusión de esta temática de la procreación responsable en la currícula médica en general y del pediatra especializado.

Material y métodos

El grupo en estudio fue integrado por todas las madres de los pacientes internados en las distintas salas del Hospital que se encontraban cuidando a sus hijos durante el mes de noviembre de 1999. La captación de la información se realizó a través de una encuesta de carácter personal utilizando como instrumento un formulario estructurado con alternativas de respuesta y precodificado. Las variables estudiadas fueron clasificadas en cuatro grupos:

- Antecedentes Socioeconómicos, referidos a características de la vivienda, relación de pareja de la mujer, composición del grupo familiar de pertenencia, nivel de instrucción e indicadores relativos al índice N.B.I.
- Antecedentes genésicos y patológicos, referidos a la edad, edad de la primera menstruación y primer embarazo, número de embarazos y antecedentes de abortos, tiempo y lugar del último parto, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, de flujo vaginal y otras patologías de riesgo para la procreación.
- Antecedentes y conocimientos sobre anticoncepción, referidos al interés en controlar el número de embarazos, MAC conocidos, conocimiento e interés en el PPR.
- Prácticas sexuales y de anticoncepción, vinculadas a la edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, utilización de MAC y frecuencia de su uso y realización de la prueba de VIH.

La encuesta fue conducida por dos médicos pediatras, dos médicos con posgrado en pediatría y cuatro médicos del sistema de medicato interno rotatorio. Para facilitar la colaboración de las mujeres a los efectos del estudio, los profesionales informaron sobre sus objetivos y finalidad, entregando a cada encuestada material informativo sobre anticoncepción y planificación familiar, donde constaban las direcciones y teléfono] de las Centros de Planificación del área municipal, remarcando el más próximo a su domicilio a fin de promover su concurrencia.

Las encuestas fueron realizadas a solas con la madre y no se entrevistó a terceros. Las encuestas fueron archivadas fuera del alcance de cualquier otro personal al considerarse que varios datos eran de carácter reservado.

Complementariamente a la encuesta, se utilizaron planillas para la identificación de las mujeres con algún antecedente de riesgo, previendo la posibilidad de un seguimiento posterior para confirmar o no su captación por el P.P.R.

Para probar la asociación entre las variables se utilizaron el test Chi-Cuadrado, el Test Exacto de Fisher cuando el tamaño muestra; así lo requería, como también el test no paramétrico de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados

A- Características Generales

Se obtuvieron resultados de 176 madres cuyos niños estuvieron internados en el mes de noviembre de 2000, cubriéndose prácticamente el 100% de los casos del período. Las mujeres entrevistadas se mostraron muy predispuestas al diálogo con los encuestadores, teniendo en cuenta la temática reservada de las preguntas que se hacían.

La distribución de los casos por distrito de las mujeres residentes en Rosario (Cuadro N° 1),

muestra una mayor afluencia al hospital desde las áreas Oeste, Suroeste y Sur, totalizando un 63% de los niños internados. Sin embargo, casi la cuarta parte de las encuestadas tenía residencia fuera de la ciudad de Rosario, de acuerdo con el área de influencia del hospital derivada de su alta complejidad asistencial.

Cuadro N° 1: Lugar de residencia

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rosario	134	76.1
Distrito Centro	4	2.3
Distrito Norte	8	4.5
Distrito Noroeste	11	6.3
Distrito Oeste	38	21.6
Distrito Suroeste	40	22.7
Distrito Sur	33	18.8
Fuera de Rosario	42	23.9
Total	176	100.0

La importancia relativa de mujeres que provenían de otras localidades (23,9%), cuyas características y antecedentes podían diferir de manera importante de las residentes en Rosario, llevó a un primer análisis comparativo entre ambos grupos.

Entre los antecedentes socio-económicos (Anexo, Cuadro A) no se observaron diferencias en cuanto a la composición del grupo familiar ni en cuanto al nivel de instrucción de las mujeres. En ese sentido, un 64% pertenecía a familias nucleares completas y 62% reunía un nivel de instrucción igual o inferior al primario completo.

Del mismo modo, sin diferencias significativas, se encontró que un 25% de las mujeres vivía en condiciones de hacinamiento, cifra un tanto mayor a la encontrada entre las del interior (19%). En relación a la convivencia en pareja, 58% de las mujeres de Rosario tenía pareja estable de más de 5 años, frente al 48% detectado entre las no residentes en Rosario.

Hubo diferencias en lo relativo al tipo de vivienda y zona de asentamiento de la misma. El 62% de las mujeres residentes en Rosario poseía vivienda en zona urbanizada con baño adecuado, mientras que un 12% vivía en asentamientos irregulares. De las mujeres provenientes del interior, 28% residía en zona rural o asentamiento irregular.

Como era de esperar el nivel de instrucción de la madre se asoció significativamente con las condiciones de su vivienda y con la presencia o no de hacinamiento. En efecto, alrededor del 88% de mujeres que residía en condiciones de hacinamiento y el 77% que presentaba viviendas deficitarias, tenía un nivel de instrucción menor o igual al primario completo. A su vez, la condición de la vivienda y el hacinamiento mostraron una asociación significativa, coexistiendo ambas características en un 36% de los casos estudiados.

El intento de valorar las condiciones de vida a través del índice de NBI fue descartado por ciertas omisiones en el registro del dato para algunas variables, como también debido a algunas inconsistencias que hicieron dudar de su confiabilidad.

Las diferencias encontradas entre ambos grupos de mujeres según sus antecedentes genésicos y patológicos, se centraron sólo en la edad promedio, el lugar en que tuvieron su último parto y en

cuanto al antecedente de flujo vaginal (Anexo, Cuadro B).

Así, 13% de las residentes en Rosario eran adolescentes, en tanto que sólo una madre reunía esa condición entre las de afuera de la ciudad. No obstante, en promedio, las mujeres de Rosario resultaron un tanto mayores (edad promedio 29 años, desvío = 0.7, mediana= 29 y rango de 15 a 49 años) que las provenientes de localidades vecinas (edad promedio de 27.3 años, desvío= 1.1, mediana = 25 y rango de 19 a 46 años).

Coherentemente con el lugar de residencia, 97% de las que vivía en Rosario había tenido su último parto en algún efector de la ciudad, cifra que se reduce a 57.2% entre las no residentes. El 69% de las residentes en Rosario había padecido flujo vaginal alguna vez, mientras que dicho antecedente fue significativamente, mayor para las residentes en otras localidades (77% de las que suministraron el dato).

Las características genésicas y patológicas, que no plantearon diferencias significativas pueden resumirse de la siguiente manera:

- El 85% de las mujeres tuvieron su primera menstruación entre los 10 y los 14 años.
- El 57% de las mujeres del interior tuvo su primer embarazo antes de los 18 años, mientras que para Rosario fue un poco menor (46 %).
- Aproximadamente el 39% de las mujeres tuvieron 4 o más embarazos.
- El antecedente de abortos se identificó en el 19% de las encuestadas rosarinas y en el 14% de las del interior.
- El tiempo del último parto fue menor a un año en un 29% de los casos.
- Se identificaron sólo dos mujeres residentes en Rosario con enfermedades de transmisión sexual, una con VIH/SIDA y otra con antecedente de sífilis.
- Con respecto a las patologías de riesgo para el embarazo, se destacaron infección urinaria (36.3%), hipertensión arterial (14.2%), y en menor grado diabetes, litiasis renal y asma.

En cuanto a los antecedentes y conocimientos sobre anticoncepción (Anexo, Cuadro C) aunque un 90% de las encuestadas manifestó tener interés en controlar el número de hijos, sólo un 14% de las residentes en Rosario conocía el P.P.R. y escasamente 10% entre las del interior. A esto cabe agregar que al considerar las 56 mujeres residentes en Rosario, que tuvieron su último parto hace dos años o menos en alguna de las dos maternidades municipales, sólo 5 (9%) conocían el Programa.

Sin embargo, paralelamente, se observaron altos porcentajes de mujeres que conocían algún método anticonceptivo (98% y 95% entre residentes y no residentes respectivamente). Sin diferencias significativas entre ambos grupos, los MAC más mencionados fueron los hormonales (94.9%/x), seguidos por el DIU (58.5%) y los de barrera (58.0%).

Se encontró una franca relación entre el nivel de instrucción de las madres y el número de MAC que éstas conocían. En efecto, ante un nivel de instrucción igual o superior al secundario, un 60.7% de las mujeres conocía 3 o más métodos anticonceptivos, descendiendo a 37.5% para las que completaron el primario y a 24.3% para las que tenían un nivel inferior.

Un dato a destacar es que sólo una de las mujeres entrevistadas ya había sido captada por el programa y que la mayoría (83%) expresó su interés por incorporarse al mismo. Esta información resulta coherente con los propósitos del estudio, al señalar la importancia del ámbito del hospital en la circunstancia de un niño internado como canal apropiado para la captación de mujeres al programa. Otras características como las denominadas prácticas sexuales y de anticoncepción,

también refuerzan el posible papel a desempeñar por el hospital integrado al programa (Anexo, Cuadro D). Ellas son:

- El 52% dijo haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales.
- El 30% de las encuestadas de Rosario y el 36% de las del interior, dijo no haberse realizado nunca la prueba VIH/SIDA.
- Alrededor del 53% de las mujeres con pareja manifestó que su compañero no se había realizado la prueba VIH/SIDA o que no sabía de tal antecedente.
- . Aproximadamente el 61% de las mujeres expresó que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue menor o igual a los 16 años (promedio de 16.3 años para ambos grupos) aunque el rango de edad para las mujeres de Rosario estaría indicando una iniciación más precoz (10 a 25 años y para las del interior, de 13 a 28 años).
- . En cuanto al uso de anticonceptivos se detectaron variantes en el comportamiento de las mujeres al momento de la encuesta en relación con sus prácticas en el pasado. En efecto, si bien un 67% de las mujeres manifestó usar siempre MAC en los años precedentes, el uso permanente al momento de la encuesta fue reconocido por un 57%.
- . Entre los MAC alguna vez utilizados se destacan los hormonales (alrededor del 62%) resultando importante el número de mujeres que nunca utilizó MAC alguno (19% para las encuestadas residentes fuera de Rosario y 10% para Rosario).
- . En relación a los MAC usados al momento del estudio, el 40% de las mujeres de Rosario dijo utilizar hormonales y el 17% DIU. De las encuestadas del interior, 29% usaba sólo hormonales y 14% DIU. Sin embargo, un dato relevante fue el alto porcentaje de mujeres de ambos grupos que no utilizaba ningún método anticonceptivo (25 y 31 %, respectivamente).

Otras asociaciones verificadas fueron las siguientes:

- La realización de la prueba HIV se encontró vinculada a edades más jóvenes (Mna: 26 años para mujeres que la efectivizaron vs. 31 años para el resto) y a relaciones de parejas inestables (72.7% de las que mantenían relaciones inestables efectivizó la prueba). Como otro indicador indirecto de una mayor preocupación por el problema en mujeres jóvenes, se observó además que entre las madres cuyo parto databa menos de un año al momento de la encuesta, el 82.4% había efectivizado la prueba de HIV, cifra que se redujo a 43.2% en aquellas cuyo último parto había ocurrido más allá de 4 años.
- Se verificó una relación directa entre el nivel de instrucción de la mujer y la edad de inicio de las relaciones sexuales, o sea, que a menor nivel de escolaridad resultó más precoz la iniciación de las prácticas sexuales (Mna: 15 años en mujeres con primaria incompleta, 16 años con primaria completa y 17 años entre las que reunían un nivel de instrucción superior).
- Otro dato de significación lo constituye la utilización irregular de métodos anticonceptivos asociada al tipo de relación de pareja que mantiene la mujer que resultó significativamente más importante entre mujeres con relaciones inestables (58.8g/g).

B- Características asociadas a los antecedentes de riesgo

Agrupando los casos en estudio en base a los criterios de riesgo que utiliza el P.P.R., se intentó caracterizar a estos grupos según antecedentes socioeconómicos, genésicos y patológicos y conocimientos y prácticas sexuales y de anticoncepción.

Los grupos resultantes plantearon algunas variantes en función de una baja incidencia del factor de

riesgo, como es el caso de abortos, y de la particularidad que presentaba el grupo en estudio al tratarse de mujeres que ya habían tenido al menos un hijo. En este sentido, prescindiendo de la edad al momento del estudio, se consideró como factor de riesgo el haber tenido el primer embarazo en la adolescencia.

Los subgrupos de riesgo identificados fueron:

1. Mujeres que tuvieron su primer embarazo en edad adolescente.
2. Mujeres con 1 o más patologías de riesgo.
3. Mujeres con antecedentes de aborto.
4. Mujeres con 4 hijos o más.

1. El grupo que tuvo su "primer embarazo en edad adolescente", mostró una serie de características que tienden a coexistir con ese antecedente y que las diferencia del resto de las mujeres en estudio, a saber (Cuadro N° 2):

- condiciones deficitarias de la vivienda (51.7%), de hacinamiento (30.0%) y de una escolaridad primaria incompleta (27.5%).
- el último parto ocurrió en un lapso menor a un año al momento del estudio (32.5%).
- En relación a sus prácticas sexuales y de anticoncepción se caracteriza por: no usar métodos anticonceptivos con regularidad (45.0%), reconocer que la pareja no efectuó la prueba de H.I.V. (49.2%) y haber iniciado más precozmente las relaciones sexuales (Mna: 15 años).

Cuadro N° 2: Características asociadas a las mujeres que tuvieron su primer embarazo en edad adolescente

	Grupo de riesgo	Resto de las mujeres	Test (prob. Asociada)
Características socioeconómicas			
- Condición deficitaria de la vivienda	51.7%	23.2%	F': P=0.003
- Hacinamiento	30.0%	9.0%	X ² ,=9.49 p=0.002
- Nivel de instrucción primario incompleto	27,5%	7.2%	X ² =25.60 p= 0
Antecedentes genésicos y patológicos			
- Tiempo desde el último parto menor a un año	32.5%	21.4%	X ² =17.05 P= 0.0001
Prácticas sexuales y de anticoncepción			
Edad mediana de inicio de las relaciones sexuales	15 años	18 años	K` = 2.398 p=0
No siempre usa métodos anticonceptivos	45.0%	28.6%	X ² , =5.26 p= 0.022
- No realización de la prueba HIV en la pareja	49.2%	37.5%	X ² =3.99 P= 0.046
Total	120	56	

Nota: Test de Fisher *Test de Kolmogorov - Smirnov

2. Entre las mujeres que manifestaron el antecedente de "una o más patologías de riesgo" (hubo 13 casos en que se desconoció el dato), el único rasgo que puede caracterizarlas refiere a un inicio más temprano de las relaciones sexuales (Mna: 15 años) respecto del resto de las mujeres (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3: Características asociadas a las mujeres con alguna patología de riesgo

	Grupo de riesgo	Resto de las mujeres	Test (prob. Asociada)
Prácticas sexuales y de anticoncepción			
Edad mediana de inicio de las relaciones sexuales	15 años	16 años	k*=1.410 p=0.038
Total**	51	112	

Nota: *Test de Kolmogorov- Smirnov, ** En 13 mujeres no se identificó el dato.

3. Las mujeres con "antecedentes de abortos" (prescindiendo del momento de su ocurrencia) registraron una mayor edad (Mna: 32.5 años), mayor conocimiento sobre la existencia del P.P.R. (25.8%) y el cambio frecuente de pareja (16.1 reconoció haber tenido 5 o más parejas sexuales) (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4: Características asociadas a las mujeres que tiene antecedente de aborto

	Grupo de riesgo	Resto de las mujeres	Test (Prob. asociada)
Características socioeconómicas - edad	32.5 años	28 años	k*=1.531 p=0.028
Antecedentes y conocimientos de anticoncepción - Conocimiento del PPR	25.8%	10.3%	X chi cuadrado=4.24 p=0.039
Prácticas sexuales y de anticoncepción - 5 o más parejas sexuales	16.1%	4.1%	X chi cuadrado=6.20 p=0.045
Total	31	145	

Nota: *Test de Kolmogorov - Smirnov

4. El grupo de mujeres con "4 hijos o más", se destacó principalmente por su bajo nivel de instrucción (42.0% no había completado la escolaridad primaria), por integrar grupos familiares completos expandidos o no (87.1 %) y por su mayor edad (Mna: 31.5 años). En ellas, el antecedente de aborto fue más frecuente (29.0%) y tienden a no utilizar DIU o ACO (57.1 %), como tampoco a realizar la prueba de H.I.U (42.6%) (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5: Características asociadas a las mujeres que tienen 4 hijos o más

	Grupo de riesgo	Resto de las mujeres	Test (prob. asociada)
Características socioeconómicas - Edad			
- Nivel de instrucción primario incompleto	31.5 años 42.0%	25 años 9.7%	K*=2.66 p=0 Chi cuadrado con 2gl =27.05 p=0
- Composición familiar completo exp. o no	87.1%	73.7%	Chi cuadrado con 1gl =4.27 p=0.039

Antecedentes genéricos y patológicos			
- Antecedente de aborto	29.0%	11.4%	Chi cuadrado con 1gl =8.60 p=0.003
Prácticas sexuales y de anticoncepción			Chi cuadrado con 1gl=
- No utiliza actualmente DIU ni ACO	57.1%	36.9%	6.18p=0.0129
- No realización de la prueba HIV	42.6%	26.6%	Chi cuadrado con 1gl =4.58 p=0.032
Total	62	114	

Nota: *Test de Kolmogorov - Smirnov

C- Mujeres expuestas a riesgo según criterios programáticos

Conjugando las diferentes antecedentes analizados desde la perspectiva de los criterios establecidos por el programa para la captación e inclusión de los sectores de mayor riesgo (antecedente de aborto, mujeres con 4 o más hijos, alguna patología de riesgo y edad del primer embarazo en edad adolescente), el grupo estudiado permitió arrojar los siguientes resultados:

- Globalmente más del 81% de las mujeres estudiadas reúne uno o más de los factores de riesgo identificados por el programa (Anexo, Cuadro E): 21.0% presenta 3 o más factores, 39.8% dos factores y finalmente 39.2% sólo un antecedente de riesgo (Gráfico N° 1).
- La ocurrencia del primer embarazo en edad adolescente resultó el rasgo más destacado en todos los subgrupos de mujeres según el número de factores de riesgo que exhiben (Gráfico N° 2). En efecto, entre las 56 mujeres con un sólo factor, 76.8% tuvo su primer hijo en la adolescencia, cifra que asciende a 84.2% entre las 57 que ostentan dos factores de riesgo y a 96.6% de las 30 con 3 o más factores.

Conclusiones y recomendaciones

Los resultados logrados conducen a una serie de reflexiones vinculadas con los aportes al conocimiento en esta problemática:

En primer lugar, que el sector de mujeres que accede al Hospital de Niños V. J. Vilela para el cuidado de sus hijos internados, conforma un sector particular de riesgo en relación a conocimientos y prácticas sobre procreación.

En este sentido, merecen destacarse la alta proporción de mujeres (81 %) que reúne uno o más de los factores de riesgo identificados por el Programa, la confluencia de dos o más factores en la mayoría de estos casos y el antecedente de un primer embarazo en edad adolescente como el rasgo más relevante en todos los subgrupos de mujeres, identificados por el número de factores de riesgo que los caracterizan.

Los antecedentes de conocimientos y prácticas sobre anticoncepción no presentaron variantes sustanciales según el lugar de residencia (dentro o fuera de Rosario) de las mujeres, no obstante que las residentes de Rosario, a diferencia de las del interior, disponen desde 1998 de los beneficios de una oferta programática integral dada por el P.P.R.

Los hallazgos a destacar en este aspecto son la elevada proporción de mujeres que conocía métodos anticonceptivos - cercana al 100% de los casos - pero frente a ello, que más de la mitad no hacía uso regular de los mismos, o prescindía totalmente de ellos, principalmente entre mujeres con relaciones de pareja inestables.

Finalmente, la escasa proyección del programa a todas las edades, reflejada por los altos porcentajes de madres - alrededor del 85% - que no conocía el P.P.R. o bien no lo identificaba por su nombre. Otra evidencia en ese sentido es el 9% de mujeres que habiendo tenido su parto hacia dos años o menos en algunas de las maternidades municipales, sí lo reconocían en contraposición con el interés por controlar el número de hijos, manifestado por la mayoría de las mujeres.

El grupo en estudio resultó insuficiente para lograr evidencias sólidas en cuanto al aporte relativo de los distintos factores que intervienen o podrían explicar los comportamientos de la mujer en torno a la prevención o no del embarazo. No obstante el análisis impuesto a la información obtenida, da cuenta que la procreación responsable es el resultado de una problemática compleja de relaciones entre características socio-económicas-culturales y del grupo familiar de pertenencia de la mujer, antecedentes genésicos y patológicos, conocimientos sobre anticoncepción y prácticas sexuales. Consecuentemente estos primeros resultados, conducen a la necesidad de otra visión del problema desde una perspectiva superadora a la sola consideración de factores puntuales o aislados de riesgo. Ejemplo de lo anterior es el antecedente de haber tenido el primer hijo en edad adolescente, que se mostró claramente asociado con el inicio más precoz de las relaciones sexuales pero particularmente con condiciones más precarias de vida y menor nivel de instrucción de las mujeres, con el uso no regular de métodos anticonceptivos y con la falta de prevención en relación con el H.I.V. Estas primeras evidencias señalan que el embarazo adolescente más que un hecho biológico, pareciera ser el resultado de toda una historia reproductiva que se perfila como característica propia de sectores sociales más empobrecidos.

Otro ejemplo a destacar lo constituye el grupo de casos que ya tenía 4 o más hijos, antecedente que también gravita con más fuerza entre quienes tienen menor nivel de instrucción, en mujeres pertenecientes a grupos familiares completos (nucleares o expandidos), que tienden a no utilizar DIU o ACO como tampoco a realizar la prueba de H.I.V. Estas mujeres que se destacan, como era de esperar, por su mayor edad, constituyen no obstante un grupo joven, (Mna: 31.5 años) y también presentan más frecuentemente el antecedente de algún aborto previo, coincidiendo con otros estudios regionales sobre el tema.

Los resultados obtenidos debieran reconocerse como un paso preliminar para el emprendimiento de futuras investigaciones para profundizar en las concepciones que subyacen a los proyectos de vida, a la dinámica de los comportamientos sexuales y reproductivos de mujeres de los sectores de menores recursos que desencadenan en la ocurrencia de un embarazo precoz, en la multiparidad o bien en el aborto.

En cuanto a las posibles contribuciones y recomendaciones que se desprenden de los resultados de este estudio, caben mencionar:

- La efectiva colaboración general que podrían brindar los autores del trabajo conjuntamente con otros pediatras desde el espacio del hospital de niños (charlas educativas en sala de espera e internación), informando, asesorando y promoviendo la consulta especializada al P.P.R. El compromiso asumido con la problemática, que ha permitido constatar que efectivamente las madres que internan a sus hijos en su mayoría están en situación de riesgo reproductivo, confieren al ámbito particular del hospital la atribución de constituirse en uno de los canales importantes para el desarrollo de las acciones del P.P.R., contribuyendo a una mayor cobertura de la población y así reducir las llamadas "oportunidades perdidas" en la temática de la salud reproductiva.

- En lo particular, promover la habilitación de un espacio para la captación inicial y posterior derivación de las madres interesadas por el programa que podría ser incorporado al servicio de ginecología del Hospital.
- En relación con el desarrollo del programa, los hallazgos orientan hacia una necesaria priorización de las acciones en los sectores de mayor riesgo perfilados por el estudio, con la consiguiente intensificación de los mecanismos de captación y seguimiento de mujeres de menores recursos, etc., propendiendo de este modo hacia una mayor equidad, eficacia y eficiencia de los esfuerzos.
- Finalmente, los autores entienden que el estudio también hace aportes en relación con el registro de información y dinámica de la vigilancia epidemiológica abriendo la perspectiva de una evaluación más integral de los avances del programa, sobre sus resultados e impacto, ya no en términos generales, sino particularizando en distintos sectores según especificidades de la situación de riesgo reproductivo.
- Respecto de las contribuciones previstas del trabajo en esta temática para la formación médica, en el transcurso del proyecto los autores han concretado sus aspiraciones logrando la efectiva inclusión de esta temática en el programa de grado y post-grado desde el año 2000, con la anuencia y debida aprobación de las autoridades correspondientes (Comité de Docencia del Hospital Víctor J. Vilela, Cátedra de Pediatría I de la Facultad de Ciencias Médicas (U.N.R.) y Colegio de Médicos de la II Circunscripción).

"la Medicina Preventiva y Social es la de Menor Costo y la de Mayor Impacto Comunitario, está en nuestras manos ejecutarla"

Agradecimientos

Agradecemos a los doctores Daniel Lizzi [6](#), Ma. Laura López [7](#), Hernán Poretti [8](#), Guillermo Prémoli [6](#), Luciano Rubí [6](#) y Paulina Villalonga [6](#) por su valiosa participación en el estudio sin la cual nos hubiera sido imposible concretarlo.

[Ver Anexo](#)

Bibliografía general

- Angarita, A. (1995) "Salud reproductiva en jóvenes y adolescentes: América latina y el Caribe". Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente. 16-19 de Mayo 1995 Cartagena de Indias, Colombia. Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud en América latina 1995-2000. (PRADJAL). FNUAP Fondo de Población de las Naciones Unidas. Organización Iberoamericana de Juventud. 53-68.
- Burt, M. R. (1998) "¿Por qué debemos invertir en el adolescente?". OPS - Fundación W. K. Kellogg. Washington, D. C. 15-27.
- Coll, A. (1990) "Reproducción en la Adolescencia". Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento. SAP. (1): 203-217.
- Coll, A. (1998) "Embarazo y parto en la Adolescente". Adolescencia, familia y drogadicción. Ed. Atlante. Buenos Aires. 8: 97-112.
- Coll, A. (1996) "Embarazo en la adolescencia". EDISA Educación a Distancia en Salud del

Adolescente. Módulo N° 5. Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires - Fundación W. K. Kellogg. 53 - 63.

- Conferencia Internacional de la Población y Desarrollo de El Cairo de 1994.
- Frauskoff, D. (1995) "Familia y Adolescencia". Adolescencia y Juventud. Aportes para una discusión. Representación de Costa Rica. OPSIOMS. 152-177.
- Guerrero, P. "La Óptica desde la Educación". Idem cita N° 7. 157-166.
- "Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva". Advocates for Youth, OPS, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP. 1995:49-64.
- Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing 1995.
- Moreno, E. (1996) "Políticas de Salud del Adolescente". EDISA Educación a Distancia en Salud del Adolescente. Módulo N° 5. Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires - Fundación W. K. Kellogg. Módulo N° 12. 53-63.
- 19. Proyecto de ley Programa Provincial de Procreación Responsable. Cámara de Diputados de la Provincia de Santa Fe.
- Rock, S. (1994) "La mujer y el SIDA". Conferencia dictada Programa Global del SIDA de la OMS en ocasión del IV Congreso latinoamericano sobre ETSISIDA y de la IV Conferencia Panamericana sobre SIDA realizados en Cartagena de Indias, Colombia, entre el 3 y el 6 de noviembre de 1993. 1 (3): 32-36.
- Romero, M.; Madaleno, M.; Silver, T.; Munist, M. (1992); "Embarazo en la adolescencia" Salud Reproductiva. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS Serie PALTEX N° 20. Washington, D.C. (22): 273-482.
- Sikes, O. J. "La Heterogeneidad del mundo Joven y la Salud Reproductiva". Idem cita N° 7. 121-123.
- Solís, J. A. (1996) "Salud Reproductiva y Perinatal". Acciones de Salud Materno-Infantil a nivel local. Según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. OPS 1996:221-246.
- Stevens-Simon, C.; Mc Anarney, E. R. (1994) "Embarazo en la Adolescencia". Medicina del Adolescente. Ed. Panamericana. (74): 726-732.
- Trumper, E. (1990) "Anticoncepción". Atención integral de adolescentes y jóvenes. Criterios de diagnóstico y tratamiento. SAP. (1): 219-234.
- Woodward, K. (1985) "Anticoncepción durante la adolescencia: cómo ayudar a los adolescentes a elegir un método de control de la natalidad". La salud del adolescente y el joven en las Américas. OPSIOMS. Publicación Científica N° 489; 107-119.

Notas al pie

1- T. de Quinteros et al.: "Mortalidad de mujeres en edad reproductiva (una aproximación desde los Certificados de Defunción)". Revista Investigación en Salud. Publicación Científica de la SSP Municipal - 3 (1 y 2) 2000 (pág. 28)

2- Dirección de Estadísticas de Salud "Argentina - Situación de Salud y Tendencias".

- 3- SSP Municipalidad de Rosario. Salud Integral de la Mujer - Primer documento de Consenso (2001)
- 4- Jornadas de Salud Reproductiva "Anticoncepción, criterios de elección y Prescripción" Prog. de Salud Integral de la Mujer", Diciembre 2000.
- 5- Liborio, M. el al. "Procreación Responsable - Un derecho de toda mujer". IX Congreso "La Salud en el Municipio", Rosario, 1999. Secretaria de Salud Pública, pág 291.
- 6- Medicato Interno Rotatorio Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de Rosario. Año 2000
- 7- Residente de 2° año de Pediatría - Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de Rosario.
- 8- Posgrado de 1° año de Pediatría - Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de Rosario

Una experiencia de trabajo con servicios de atención para el diseño y aplicación de un instrumento de registro de casos: Evaluación epidemiológica de la violencia familiar desde la práctica institucional*

Ynoub, R. C.^a, Colombo, G.^b; Iglesias, G.; Veneranda, L.; Viglizzo, M.; Askenazi, M.

Resumen

El objetivo de este artículo es ofrecer una síntesis y una reflexión crítica de una experiencia de trabajo con Servicios de atención en Violencia Familiar realizada a lo largo de casi tres años desde un organismo público nacional. El propósito del Proyecto estuvo centrado en el diseño de un Instrumento de Registros de Casos de Violencia Familiar que permitiera a los Servicios profundizar en la caracterización de la población atendida, evaluar la prevalencia institucional y comparar situaciones entre regiones geográficas y perfiles institucionales. Se realizó una amplia convocatoria a Instituciones y Servicios de todo el país para elaborar una propuesta de indicadores, y luego en tres Servicios seleccionados se realizó una Prueba Piloto de aplicación del Instrumento elaborado en base a las recomendaciones y propuestas relevadas. Se presentan aquí los resultados de dicha experiencia, y una reflexión acerca de los obstáculos encontrados y los logros alcanzados según las características institucionales y las orientaciones profesionales de los Equipos participantes. Se observó que tanto la dinámica institucional interna, como las relaciones y vínculos interinstitucionales operan como factores intervinientes en las condiciones de realización del Proyecto; al tiempo que las concepciones teóricas y los sesgos profesionales constituyen también dimensiones influyentes a la hora de evaluar la viabilidad y factibilidad de los objetivos propuestos.

Palabras clave

sistemas de información - violencia familiar - producción de información - evaluación epidemiológica

Summary

The objective of this paper is to offer both a synthesis and a critical reflection regarding and experience derived from the work with Family Violence Services through almost three years within the framework of a national public institution.

The proposal of the project was focused on the outline of an instrument to Record Cases of Family

* Se presentan los resultados de una experiencia realizada por el Equipo de Trabajo del Proyecto UBACyT AS02 en el marco del Programa Nacional de Capacitación, Asistencia Técnica y Sensibilización en la temática de la Violencia Contra la Mujer del Consejo Nacional de la Mujer-UNICEF.

a Investigadora-Docente. Facultad de Psicología. UBA.

b Investigadora -Docente. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

Violence that could allow those services to deepen the characterization of the attended population, evaluate institutional prevalence and compare situations among different geographical areas and institutional profiles.

A large amount of institutions and services from all over the country were summoned in order to draw a proposal containing indicators, and later on, three appointed services applied the instrument elaborated as the result of the gathered proposals and recommendations.

We hereby include the results of such and experience and a reflection on the obstacles and successes related to the use of the instrument and information production according to the institutional characteristics and professional approaches of the participating teams.

It was observed that internal institutional processes as well as inter-institutional relations and ties work as intervening factors in the conditions under which the project was developed. At the same time, theoretical considerations and professional conceptions are also outstanding dimensions at the moment to evaluate the viability and feasibility of the proposed objectives.

Key words

family violence - epidemiological research - indicators of family violence - information systems

Violencia familiar y género. Su inclusión en la agenda pública

La violencia familiar, y particularmente la dirigida hacia la mujer, ha emergido como tema de agenda pública desde épocas muy recientes. Fue el movimiento de mujeres el que aproximadamente desde inicio de los '70 instaló el tema en el marco de una serie de reivindicaciones que cuestionaban la relación entre los géneros y del papel de la Mujer como sujeto y actor social (Nieves Rico, 1992). Desde entonces los estados nacionales y los organismos internacionales lo han incorporado como un asunto de especial atención, desde diversas perspectivas sociales: los derechos humanos, los asuntos de género, los derechos del niño y la niña, la dimensión económica de la violencia. (Heise et.al. 1994).

Dentro del campo de la Salud Pública su reconocimiento resultó más resistido (Paltiel, 1993; OPS, 1993), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del programa Mujer, Salud y Desarrollo propuso a la violencia de género como su tema prioritario para el año 1994; asimismo en un informe del año 1996 la consideró, junto a las restantes formas de violencias, como una de las «pandemias del siglo XX» (OPS, 1996).

En Argentina fue también el movimiento de mujeres el que contribuyó a la visibilización de la problemática y; luego de la recuperación de la democracia en 1983, generó -desde las organizaciones no gubernamentales y el ámbito académico- los primeros espacios para la intervención, el estudio y la lucha contra la violencia dirigida a la mujer.

En lo que respecta al Sector Oficial, aunque el tema presentó la resistencias que suelen acarrear la mayoría de las reivindicaciones de género (por cuestionar los modelos tradicionales de la familia, por los estereotipos imperantes en funcionarios, magistrados y profesionales, etc.) y los problemas sociales en general (en el marco del progresivo abandono de los mismos por parte del Estado); tuvo mejor acogida que otros, como los de salud reproductiva, planificación familiar, aborto, etc. en los que hasta los mismos organismos

de mujer no tomaron partido o se mostraron reacios a su tratamiento. En tal sentido pueden

reconocerse algunos avances como la ratificación de la Convención Regional para la Erradicación y Prevención de la Violencia Familiar, de Belén Do Para (1996), y la sanción (1994) y reglamentación (1996) de la Ley 24417 de "Protección contra la Violencia Familiar". Por otra parte cabe mencionar que aunque existen instancias nacionales dedicadas a los asuntos de la Mujer (Subsecretaría - durante el período 1983-1989 y Consejo Nacional de la Mujer -desde 1991 hasta la fecha); los programas y políticas estuvieron y están principalmente diseñados desde los poderes locales (municipales y provinciales), resultando de ello una variedad de efectores aún dentro del mismo sector oficial, que, en la gran mayoría de los casos no mantienen coordinación ni integración entre sí.

En el área de la salud desde hace algunos pocos años se asiste a la aparición de estos servicios en Hospitales públicos o en Centros de Atención Primaria, aunque ellos han surgido, la mayoría de las veces, de manera espontánea como resultado de la organización de los profesionales demandados, antes que por la existencia de planes derivados de los centros de coordinación sanitarios. Sólo posteriormente se fueron creando instancias coordinadoras, de variada naturaleza y dependencias.

Perspectivas teóricas e intervenciones institucionales

El tema de la violencia familiar como efecto del movimiento político e ideológico descripto- se instaló progresivamente en el discurso social y en la formación formal e informal de profesionales y equipos de trabajo.

Un efecto de esa misma expansión fue la diversificación de concepciones para interpretar el problema y de estrategias de intervención para enfrentarlo.

En un estudio preliminar realizado al momento de iniciar el Proyecto que aquí se presenta (cfr. Ynoub, R.,1998), se relevó una importante muestra de Servicios de Atención en Violencia Familiar de todo nuestro país; con el objetivo de conocer sus enfoques teóricos, sus estrategias de intervención, sus planteles profesionales, etc. Se observó entonces que aunque existían diversidad de perspectivas, podían diferenciarse dos grandes grupos -con matices y gradientes al interior de cada uno-. Por un lado, -aunque minoritarios-, estaban los enfoques que cabría denominar «universalistas», según los cuales la violencia es un fenómeno social estructural. Desde esta perspectiva no se considera que la problemática específica de la violencia hacia la mujer tenga diferencias significativas con las que presenta cualquier otro tipo de violencia social y lo en todo caso, con la violencia que pueda ejercerse hacia otros miembros de la familia (en particular niños y ancianos). Según esas definiciones la etiología de la violencia hay que buscarla en determinantes sociales -como la marginación, el desempleo, la falta de educación, el autoritarismo que impera en la sociedad- que como tales pueden afectar, al menos potencialmente, a unos y a otras indistintamente. El otro enfoque se caracteriza en cambio por la explícita inclusión de la concepción de género. También en éste la etiología del problema se reconoce como social, pero se describe lo específico de la violencia hacia la mujer, poniendo el énfasis en las desigualdades de poder existentes entre varones y mujeres. Se mencionan además los determinantes culturales que sostienen esa asimetría (educación patriarcal, subordinación histórica de la mujer, mitos y estereotipos, etc.), señalando que ellos atraviesan todos los niveles sociales e invisibilizan los fenómenos de violencia de género (cfr. Ynoub, R. Op.cit.).

Los enfoques psicopatológicos podían coexistir con ambas perspectivas; pero eran dominantes en el tipo universalistas,- de modo tal que aquellos que consideraban el tema de la violencia como un

fenómeno socio-cultural de tipo estructural, podían incluir en su conceptualización la dimensión psicopatológica como asociada o determinante de la emergencia de la violencia.

En intersección con esta variedad de enfoques se presentan además una gran heterogeneidad en los tipos de Servicios e instituciones que trabajan en la problemática. Como la respuesta asistencial y preventiva surgió de manera espontánea -en parte de la mano de las organizaciones de mujeres, pero también vinculada a acciones de la comunidad, a servicios sanitarios locales, etc.-; existen diversidad de perfiles institucionales entre los servicios de atención en violencia familiar. Ellos van desde organizaciones de la comunidad (como sociedades de fomento, centros barriales, etc.); organismos no gubernamentales (con distintos grados de desarrollo); organismos gubernamentales del nivel local (vinculados a las áreas de mujer, acción social o salud municipales); organismos gubernamentales de nivel provincial; hospitales generales; servicios dependientes de la policía provincial o federal; e inclusive servicios brindados por las áreas de extensión del ámbito académico.

La producción de información y la práctica asistencial

La mayoría de los servicios que trabajan en esta problemática no suelen llevar registros sistemáticos y epidemiológicos de la población que atienden. Las excepciones aparecen -como es por otra parte de esperar- en aquellos casos vinculados a las áreas gubernamentales (e incluso aquí de manera excepcional, no siempre sistemática y de acuerdo a los criterios propios de cada institución). Entre los Servicios no gubernamentales -en especial en aquellos con una consolidada experiencia en el tema- fue posible encontrar relevamientos y estudios especiales (por lo general de única vez), como así también entre los vinculados al área académica. Sin embargo, fue entre las ONG "s donde se constataron las mayores resistencias para incorporar y utilizar de manera sistemática "instrumentos de registros de casos"; por asociarlo a una tarea "burocrática" alejada de la práctica y las necesidades de la intervención. (En otro lugar Ynoub, R.; 1998) hemos tenido ocasión de analizar la naturaleza político institucional de estos diversos posicionamientos, por lo que aquí omitimos entrar en ese tratamiento, sin duda, relevante para los fines del proyecto que comentamos).

El Proyecto para el desarrollo de un Sistema de Registro y Monitoreo de la Violencia Familiar contra la Mujer: síntesis de una experiencia

El Consejo Nacional de la Mujer (inicialmente junto a UNICEF) inició en el año 1996 un Proyecto para el desarrollo de un proyecto de un Sistema de Registro y Monitoreo de la Violencia Familiar contra la Mujer.

Una primera y extensa etapa del Proyecto estuvo centrado en el diseño de un Instrumento de Registros de Casos de Violencia Familiar Contra la Mujer, que permitiera a los Servicios que atendían en esa problemática profundizar en la caracterización de la población atendida, evaluar la prevalencia institucional y comparar situaciones entre regiones geográficas y perfiles institucionales.

En el contexto de marcada heterogeneidad teórica, ideológica, institucional y práctica el esfuerzo por diseñar un "Instrumento de Registros de Casos" con criterios que tendieran a disponer de resultados comparativos y sistemáticos en el tiempo, se tornó más que una tarea, un desafío. El único camino que permitió esa aproximación fue la acción consensuada, democrática y participativa desde los momentos iniciales del Proyecto. Fueron las propias instituciones, los

representantes académicos y los equipos comprometidos con el tema, los que delinearon las necesidades y objetivos que debía contemplar un Sistema de Registro y Evaluación de la Violencia Familiar contra la Mujer.

A los efectos de ofrecer una apretada síntesis de las acciones seguidas -primero desde el Consejo Nacional de la Mujer, y luego, por el Equipo incorporado desde el Proyecto UBACyT de la Facultad de Ciencias Sociales- se enumeran a continuación algunas de ellas.

En primer lugar se realizó un relevamiento institucional vía encuesta postal, se entrevistaron a los principales referentes académicos en el tema y se mantuvieron entrevistas con Equipos de asistencia en el violencia familiar, según una muestra finalística en la que se seleccionaron representantes de distintas modalidades de intervención y perfiles institucionales. Se relevaron también los instrumentos de registros utilizados por los Servicios (en caso que lo tuvieran) y se consultaron a organismos internacionales y a referentes en el tema de nivel internacional para conocer otras experiencias semejantes a las que se proponía el Proyecto.

Como resultado de ese relevamiento se constató la heterogeneidad de estrategias de trabajo (tal como ya fue comentada); la escasa utilización de instrumentos de registro y seguimiento, y sobretodo las dificultades que presentaban para la obtención de información sistemática y confiable, y, finalmente, las pocas experiencias existentes (y exitosas) en el contexto internacional.

Como resultado de ese relevamiento, y en base a la literatura y entrevistas con informantes calificados, se elaboró un primer Instrumento -o mejor aún, un compilado de posibles indicadores para su inclusión en un Instrumento- y se convocó a un Taller de Trabajo a representantes de Servicios, expertos académicos, representantes del área judicial y sanitaria de todo el país con el objeto de discutir la pertinencia y adecuación de los indicadores propuestos. Durante dos días, más de cien personas trabajaron en grupo elaborando recomendaciones y sugerencias para la elaboración del Instrumento. En base a las mismas se diseñó una nueva propuesta y se seleccionaron tres Servicios -con sus respectivos Equipos de trabajo- para la realización de un Taller intensivo de ajuste y precisión de los indicadores y, finalmente para la realización de una Prueba Piloto del Instrumento.

El objetivo principal de la Prueba Piloto fue evaluar y testear la factibilidad de la aplicación del Instrumento y la confiabilidad de los datos producidos. De igual modo, se probó la claridad y precisión del Instructivo de Aplicación, y el funcionamiento y comprensión del Software Informático.

Principales resultados de la Prueba Piloto

Sobre un total de más de cincuenta instituciones que se candidatearon para participar en la Prueba Piloto, fueron seleccionados tres servicios: una organización no gubernamental; un Servicio dependiente de la Policía y un Servicio municipal del área gubernamental.

Los Equipos seleccionados fueron escogidos teniendo en cuenta tres criterios claves: antigüedad institucional (en términos de consolidación del Servicio); cobertura (medida como volumen de población mensual atendida); y dependencia institucional (interesaba trabajar con servicios de distinta naturaleza).

A modo de síntesis de la experiencia, cada uno de los servicios puede ser descripto conforme a distintas modalidades institucionales (de intervención y de organización), con efectos diversos en las condiciones de aplicación, valoración y utilización del Instrumento, de acuerdo a algunos

criterios generales como:

- Etapa del ciclo de vida institucional (mudanzas, cambios en la institución en los niveles de conducción, cambios políticos, etc.)
- Concepción de género prevaleciente entre los actores institucionales.
- Concepciones prevalecientes en el abordaje a la violencia contra la mujer.
- Modelos teóricos que orientan las prácticas institucionales.
- Conformación de los equipos de trabajo.- especialidades de los equipos técnicos.
- Recursos humanos y materiales de las instituciones.
- Estructura organizacional, modalidades de relación entre los actores institucionales (relaciones de obediencia a la autoridad, relaciones de autonomía, relaciones de simetría, asimetría con el sistema de poder prevaleciente al interior de la institución)
- Concepciones y prácticas desarrolladas por los actores institucionales con respecto a las herramientas del Sistema de Información y Monitoreo de la Violencia contra la Mujer.

A la luz de los hallazgos observados, y siguiendo a diversos autores que han tratado el tema del análisis institucional (Kohanoff, R., 1995; Burín, D y otros, 1995) se propone la distinción de los siguientes tres tipos de estilos de gestión (sin pretender generalizaciones que exceden los resultados de esta experiencia de trabajo):

- Organización con estilo de Gestión Tradicional
- Organización con estilo de Gestión Participativo Innovador
- Organización con estilo de Gestión Autónomo

La institución que respondía a este perfil se caracterizaba por un funcionamiento de tipo piramidal, con relativo trabajo interdisciplinario y participativo; predominaba una concepción de la violencia universalista. El abordaje de la problemática se hacía tanto a través de tratamiento individual como grupal, pero es el primero era el que prevalecía. Se realizaban también talleres para adolescentes, con un carácter especialmente preventivo. Con la misma orientación preventiva se realizaban talleres en escuelas primarias y secundarias. A esta actividad la realizaban principalmente trabajadores sociales y psicólogos; pero existían resistencias por parte de los profesionales para salir fuera del ámbito de la institución (según palabras de un miembro de la institución: «no es fácil que la gente de la institución se quiera mover para ir a las escuelas». De algún modo la existencia de estas actividades preventivas y la promoción por parte de algunos miembros, del trabajo grupal podrían ser indicadores de la coexistencia de distintos marcos conceptuales -incluso en relación a la problemática de la violencia dirigida a la mujer. La Institución se mostraba además interesada en el trabajo interinstitucional y en la generación de redes entre Servicios especializados en Violencia Familiar (en sentido amplio, es decir, no sólo referida a la Mujer).

El Estilo de Gestión Tradicional

Con relación a las líneas de comunicación en «lo formal» tendía a la verticalidad; pero al mismo tiempo coexistían estilos -informales- de carácter «horizontal». Esta combinación permitía el establecimiento de alianzas y coaliciones dentro del equipo de trabajo.

Respecto a la incorporación y valoración del Instrumento, las situaciones fueron desiguales: el grupo que participó de las etapas preparatorias de la Prueba Piloto y que tuvo un activo

protagonismo en la discusión y ajuste final del Instrumento se mostró interesado e involucrado en la evaluación y seguimiento del mismo al interior del Servicio; pero, otra gran parte del plantel que no participó en dichas actividades preparatorias, vivió de manera burocrática la inclusión del Instrumento y mostró diversas resistencias para su adopción.

De modo tal que, aunque inicialmente el Instrumento se incorporó de manera sistemática en las entrevistas de admisión, luego algunos profesionales suspendieron su administración y de hecho dejó de ser "obligatorio" (como en un principio lo habían indicado las autoridades de dicha Institución).

Respecto a las resistencias encontradas por parte de algunos profesionales se encontraron expresiones como la siguiente: «los ítems que no se pueden llenarse inventan, hay preguntas muy frías como para seguir el relato de las personas, se aplica el cuestionario justo en un mal momento que es el que están pasando». Otros comentarios ponían de manifiesto la resistencia a generar una apertura y exponer sus resultados con y a otras instituciones: «entre los profesionales está el malestar de trabajar para otro» o, no querer «esperar a que se lleven todo y nos manden los datos»; lo cual al tiempo que reconoce el interés en la información (= tener datos) lo rechaza porque otro podría utilizarlos o apropiarse de ellos antes que la propia institución.

La resistencia al cambio también se puso de manifiesto en expresiones como la siguiente «tenemos otra ficha que llenamos por costumbre, ya estábamos acostumbrados, ahora a esta ficha hay que seguirla, si en la admisión se llena hasta la pregunta 27 es con suerte» (relato que coincide con los resultados de la información producida durante a Prueba Piloto: la información correspondiente a los primeros indicadores es en general cumplimentada, no así el resto referida a la medición de la variable Evaluación del Riesgo y la que permite conocer las características y magnitud de los episodios de violencia). Aunque hubieron casos que mostraron interés en el Instrumento, y en los datos obtenidos, no obstante señalaron déficit vinculados a los intereses particulares de, por ejemplo, la orientación profesional de cada uno: «los indicadores están bien, pero en mi profesión (Psiquiatría) no sirven ya que no hacen referencia a aspectos psicopatológicos».

Como síntesis del perfil de "gestión tradicional" se desprenden que, por un lado existió alguna dificultad para motivar al conjunto del personal involucrado con la tarea; especialmente a aquellos las que nunca participaron de las actividades preparatorias de la Prueba Piloto; y tampoco existió - de hecho- la posibilidad de hacer participar al conjunto del Equipo de los objetivos y propuestas del Proyecto. De ese modo, entre los no participantes se generó una suerte de resistencia al Instrumento, tomándolo como una requerimiento burocrático más, y rechazándolo por provenir de una institución ajena al Servicio. Un agravante de las condiciones institucionales en que se llevó a cabo la Prueba Piloto fueron los cambios políticos a nivel de dirección del Servicio que obligó a reiniciar los vínculos formales entre las instituciones coordinadores del Proyecto.

En el marco de todas esas situaciones desventajosas, puede rescatarse que, aún cuando existieron algunas resistencias, se registraron también signos positivos que expresaban el interés en la producción de información (el que además venía siendo canalizado previamente a través de esfuerzos fragmentarios del mismo Servicio). Se destinaron recursos humanos al volcado de información y al tratamiento estadístico de los datos producidos en la Prueba Piloto. Por otro lado, varios miembros del Equipo se interesaron por los resultados parciales que se iban obteniendo y por las reflexiones que podían motivar los mismos.

El estilo de Gestión Participativo Innovador

La institución enmarcada en este modelo incorporaba de manera explícita la perspectiva de Género como elemento clave en la comprensión de la problemática, combinaba la asistencia junto a la prevención, promovía el trabajo compartido, reflexivo y creativo entre los distintos actores institucionales e inclusive interinstitucionales. Así también, los equipos técnicos elaboraban herramientas de trabajo innovadoras que permitían un acercamiento holístico y procesual de la problemática.

En lo que respecta a las estrategias de trabajo, se llevaban a cabo tratamientos de índole individual, familiar y grupal; a cargo de las psicólogas del equipo.

En cuanto a las tareas de prevención, el equipo ofrecía talleres mensuales, jornadas y charlas según demandas o situaciones específicas. En el caso de los así llamados "talleres asambleas", la convocatoria se realizaba no sólo entre las personas que se hallan en tratamiento en la institución, sino también se abrían a toda la comunidad. Estas reuniones abordaban problemáticas que proponían las mismas mujeres o que sugería el equipo profesional. Existían además, dos grupos de autoayuda y un grupo de ayuda y reflexión.

La violencia se concibe desde la perspectiva de género, pero incluyendo otros factores y determinantes de distinto orden. Se parte del presupuesto de que las familias que padecen violencia participan de una suerte de "naturalización" de la misma, incorporada como algo inherente al proceso de socialización de género. Se considera a la violencia en relación directa con el ciclo de poder y control dentro de la familia. Se concibe a este ciclo en sus manifestaciones por etapas: acumulación de tensión, violencia física y/o emocional, arrepentimiento y perdón. Se considera que la violencia es una conducta aprendida y practicada, que como, en algunos casos, ha dado resultados, se la reitera. Por ello, uno de los conceptos que comparte el equipo es que la violencia puede "desaprenderse".

A partir de ello, el equipo hacía hincapié en la importancia del tratamiento psicoterapéutico, dado que si la "violencia no se trata, se perpetúa".

Este equipo -tanto a nivel profesional como administrativo- valoró el Sistema de Información como de suma utilidad para el quehacer cotidiano. No sólo estuvo de acuerdo con el Instrumento de Registro, sino que participó activamente en todo el proceso de su elaboración. Las observaciones que realizaron estuvieron dirigidas a cuestiones operativas y metodológicas referidas a la medición de algunos indicadores contemplados en el Instrumento y al volcado de los datos en el Software Informática; pero siempre dentro del espíritu crítico-creativo, y buscando optimizar la utilidad de la herramienta. Sin embargo, fue necesario un recorrido que acompañara el proceso de "apropiación" de los resultados obtenidos en la Prueba Piloto. Cuando se presentó un primer análisis de la información el equipo del servicio no visualizó las posibilidades que esos cuadros presentaban. Se realizaron entonces algunos encuentros, destinados a reflexionar conjuntamente con todos los integrantes del Equipo sobre las interpretaciones que permitían los datos obtenidos -aún siendo ellos preliminares-. Fue posible así comenzar a tender nexos entre la información y la práctica cotidiana; lo cual incentivó a todo el grupo a redoblar los esfuerzos para el mejoramiento del registro de la información y el interés por disponer de datos y seguimientos en el tiempo.

Las dificultades que aparecieron con relación a la aplicación del Instrumento estuvieron dirigidas especialmente a las modalidades de funcionamiento y las estrategias metodológicas que desarrollaba el equipo a nivel interno pero no con el contenido ni con la aplicación de las

herramientas del Sistema.

La Institución tiene autonomía para producir información, y dispone de un equipo calificado que desde lo profesional ha demostrado interés en el desarrollo del Proyecto; lo cual resulta muy alentador para la incorporación sistemática del Instrumento y su valoración y explotación desde el punto de vista práctico y teórico.

El estilo de Gestión Autónoma

Este estilo podría corresponder a todas las organizaciones que mantienen autonomía respecto del poder estatal, con procesos de negociación e incluso de confrontación con él. Pertenecen a este grupo, las denominadas ONGs o entidades sin fines de lucro que conforman un enorme potencial y realizan una importante labor de «gestión privada con fines públicos» trazando rutas complementarias entre la economía de mercado y el Estado.

Esta autonomía con respecto a los organismos estatales, no quita que al interior de sí mismas existan modos organizativos muy diversos (con rasgos más o menos "verticalista", "burocráticos", etc.). Además de la autonomía de gestión mencionada, la mayoría de estas organizaciones disponen de escasos recursos económicos o de períodos fluctuantes en sus capacidades de sustentabilidad (los recursos provienen en gran medida de organismos oficiales nacionales o internacionales bajo la modalidad de "subsidios"), gran parte de su desarrollo y mantenimiento se apoya en el trabajo voluntario de quienes se comprometen con sus objetivos y fines institucionales.

En la institución seleccionada, los actores presentaban un sostenido compromiso ideológico con la problemática y habían aportado importantes experiencias en el tema. Adherían a un enfoque ecológico desde una perspectiva de género e incorporaban marcos teóricos provenientes de distintas vertientes, incluyendo por ejemplo, la perspectiva psicoanalítica.

Basaban su estrategia de prevención en la implementación de acciones promotoras de modelos alternativos de género que contribuyan a poner en cuestión los mecanismos de poder y de subordinación en los que se encuentran insertas las mujeres en la estructura social.

Uno de los objetivos principales de la institución estaba dirigido a trabajar la problemática de violencia familiar como un problema social que atañe al conjunto de la sociedad. En tal sentido, cabe señalar la importante articulación que realizaba la institución entre intervención, prevención y capacitación y difusión del problema de la violencia familiar, haciendo especial hincapié en las dimensiones de género que lo atraviesan.

Ha generado redes interinstitucionales, coordinado eventos nacionales, brindado espacios de capacitación y asesoramiento, realizado investigaciones específicas en el tema, entre otras actividades que exceden lo meramente asistencial.

En lo que respecta a la incorporación del Instrumento, hubo una activa participación del Servicio desde los primeros espacios de convocatoria al Proyecto. Sin embargo, debido a que dicha convocatoria provenía de un ámbito gubernamental se tomó con cautela y cierta distancia.

Otras resistencias estaban relacionadas con las orientaciones teóricas de las profesionales a cargo de los espacios de admisión (instancia especialmente indicada para la administración del Instrumento), que se mostraban contrarios a la utilización de Instrumentos estandarizados (en particular entre quienes adherían a una orientación psicoanalítica).

Sin embargo, en lo que concierne a los contenidos, hubo en general, acuerdo, entre otras cosas porque fue este uno de los Servicios que tuvo activa participación en las reuniones preparatorias de

la Prueba Piloto, en las que se discutió la selección de indicadores.

Respecto a la aplicabilidad del instrumento manifestaron la necesidad de que se propicie un intercambio institucional y que solamente se aplique el instrumento para aquellas denuncias que realizan mujeres que luego continúan con el tratamiento.

En síntesis siempre hubo disponibilidad para participar en las actividades vinculadas al Proyecto, y fundamentalmente, aportes en la discusión teórica y práctica vinculada al tema de la violencia basada en los determinantes de género -coherente con el enfoque que sustentaba el Servicio en su conjunto.

Conclusiones

El Proyecto para el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Violencia Familiar contra la Mujer se planteó, como propósitos iniciales, contribuir al mejor conocimiento de las problemáticas atendidas, elaborar herramientas que permitieran evaluar la prevalencia institucional y orientar -a partir de la producción de datos confiables y sistemáticos- la formulación de políticas y la oferta de servicios según las demandas y necesidades de las consultantes.

En el marco de esos propósitos las instituciones y servicios participantes de las distintas convocatorias, se mostraron no sólo entusiastas sino también promotoras y demandantes de la necesidad de avanzar en la elaboración de herramientas de evaluación y monitoreo que permitieran aunar criterios y contrastar resultados y situaciones (cfr.:CNM,1997). Sin embargo, al momento de incorporar de manera efectiva dichas herramientas se encontraron algunos obstáculos para integrarlas en el marco de las prácticas habituales.

De acuerdo a los resultados de la experiencia, dichos obstáculos pueden dividirse en dos grandes tipos:

- por un lado los que podrían denominarse "condiciones contextuales de realización". Se refieren a las condiciones institucionales y organizacionales (según cuáles sean éstos pueden tornarse más permeables o, por el contrario, oficiar de resistencias insalvables) como así también a la predisposición para integrar redes y participar de espacios interinstitucionales.
- por otro, los obstáculos vinculados a las "condiciones subjetivas de realización" referidas a los sesgos de formación profesional y las valoraciones personales en torno a la importancia y utilidad de los registros formales y la producción de información sistemática.

En lo que hace a los factores institucionales éstos cuenta tanto hacia el interior de los Servicios -sus pautas organizacionales y modos de funcionamiento- como hacia el exterior -su relación con otras instituciones, su participación en redes, etc.-. Si la organización es piramidal y el funcionamiento verticalista, resulta difícil incluir de manera protagónica a los equipos de trabajo en el uso y apropiación del Instrumento. De igual forma, si la institución es autoclausurada, existen resistencias para incorporar un Instrumento ideado por un conjunto más amplio de servicios y equipos; como para incluirse como parte o componente de un Sistema coordinado desde instancias de gestión más amplias.

Se ha observado incluso, a lo largo de las distintas convocatorias, que algunos servicios se mostraban reacios a participar por cuestiones de signo político de los gobiernos de turno (y esto incluso entre organismos del ámbito gubernamental pero de distintos niveles de gestión -locales o provinciales que podían no coincidir con los del gobierno nacional). Como se advierte estas

cuestiones hacen a las condiciones de realización y aunque trascienden lo meramente "técnico" son las que muchas veces marcan los efectivos alcances y logros de un Proyecto.

En lo que respecta al segundo tipo de obstáculos -los sesgos profesionales y las valoraciones personales- se observa, por una parte, que existe una suerte de "desvaloración del dato" (asociado a lo "numérico") que aparece como opuesto o desvinculado de la práctica; por otra, que hay obstáculos (más representacionales que reales) para incluir el "instrumento" en el encuadre de la admisión en situaciones particularmente críticas (como muchas veces lo son los casos que llegan por causas de violencia familiar).

Identificados estos dos grandes obstáculos, el Proyecto puede, debido a cómo fue concebido y al espíritu participativo que lo alienta, encontrar mecanismos que contrasten los efectos de aquellos. Dichos mecanismos atañen, por un lado, a las formas de transmisión de los contenidos y al encuadre que requiere la participación en el Proyecto; por otro lado, a la discusión y reflexión teórica y metodológica acerca del alcance de la producción de información, como así también a la creación de espacios destinados a evaluar, interpretar y discutir los resultados obtenidos con la aplicación del Instrumento.

Para ello, en lo que respecta a los dispositivos que encuadran la convocatoria deberían fijarse:

- los criterios para la inclusión de las organizaciones en el Sistema, procurando que las demandas sean expresas y escritas por parte de las autoridades institucionales,
- estipular acuerdos entre las partes participantes para cumplir con los objetivos del Proyecto: de parte del organismo coordinador garantizar la capacitación y la asistencia técnica permanente, de parte de las organizaciones participantes el compromiso de incorporar el Instrumento aportando la reflexión, el balance y los resultados obtenidos al conjunto de las instituciones del Sistema, como así también elevando recomendaciones para la actualización y modificación del Instrumento en caso de creerlo necesario;
- por parte del organismo coordinador garantizar el seguimiento permanente, la asistencia técnica y la realización de eventos en donde presentar los resultados alcanzados, la contrastación de experiencias, las situaciones diferenciales de las poblaciones atendidas según la procedencia de los Servicios y la discusión para la adecuación de los indicadores incluidos en el Instrumento en caso de ser necesario.

Por lo que respecta al otro gran obstáculo - las condiciones subjetivas de realización-, resulta necesario explotar las experiencias de todos aquellos que lograron incorporar el Instrumento en el marco de las entrevistas de admisión sin alterar el desarrollo habitual de las mismas y sin transformarlo en un cuestionario o un interrogatorio. El Instrumento ha sido ideado siguiendo el discurso habitual de las entrevistas de admisión, por lo tanto, nunca fue pensado como un cuestionario (que supone el interrogatorio ítem por ítem) sino como una ficha sobre la que se vuelca la información a medida que aparece en el relato de la consultante o posteriormente a la entrevista. Ello supone además hacer hincapié en que el Instrumento no reemplaza ni sustituye a la entrevista y que por lo tanto no puede cubrir la totalidad de la información necesaria, ni aquellos asuntos que hacen a la "singularidad" de cada consultante. El Instrumento tampoco sustituye el registro que el profesional -o la persona que atiende- hace del relato de la consultante, aquellas "marcaciones" que según su escucha resultan de interés.

Otro asunto que merece especial atención es la necesidad de distinguir el concepto de "dato" (o aún el más general de "información") de la visión "cuantitativista" del mismo: no hay datos sino hay

"significados" que le den sentido, y no sólo para "interpretarlos" sino también para producirlos..Cada uno de los indicadores incluidos en el Instrumento fue seleccionado luego de una reflexión teórica que fundamentaba su inclusión (ellos buscan de algún modo confirmar o refutar hipótesis sobre la etiología, cronicidad, evolución, etc. de la problemática); pero además y sobretodo ellos sólo pueden ser trabajados y utilizados en el marco de teorizaciones y prácticas que los incorporen para potenciar su sentido. Así, por ejemplo, cuando se advierte que la mayor parte de la población consultante llega a la consulta luego de varias décadas de padecer situaciones de maltrato (de distinta naturaleza) podrían estimarse (según los años de exposición y los años a la edad de consulta) que existe una franja de población expuesta que aún no consulta; y orientar a partir de ello las campañas preventivas a esos grupos específicos (conociendo e indagando además los obstáculos que experimentaron las ahora consultantes, los motivos que las llevaron a consultar, etc.).

El asunto no se reduce a que los datos "son fríos" y los problemas de las mujeres consultantes (sus angustias, sus necesidades inmediatas, sus padecimientos) lo "vivo". Se trata, simplemente, de niveles de evaluación distintos: en un caso se estudian las poblaciones y se incluyen las problemáticas particulares en el contexto de las generales. De modo tal que a partir del conocimiento de cada caso se puede construir progresivamente (y tratar de dilucidar) las características estructurales de esta problemática y hasta intervenir preventivamente a nivel poblacional.

En cambio en la atención personal la intervención se circunscribe al caso singular y la información necesaria para ello se agota en lo significativo para dicho caso. Como se señaló en el Manual de Capacitación del Proyecto: "Si se atiende a la Sra. Pérez interesa lo específico de su historia y antecedentes personales, su situación actual, su capacidad para afrontar y transformar el problema que le toca vivir, etc. Pero si interesa conocer cuáles son las características propias de la problemática de la violencia familiar, cuáles son sus ciclos y estructura prototípica, cómo intervenir, etc.; el caso de la Sra. Pérez debe ser resignificado en el contexto de los otros casos, para evaluar las semejanzas y diferencias que mantiene con ellos. La información de ese caso particular se contrasta con la totalidad de los casos que se atienden. Se pasa de esa manera de la unidad de análisis del «caso», a la de «poblaciones de casos atendidos»" (Ynoub, R. y Colombo, G.,1999).

Obviamente tampoco para ello resulta imprescindible disponer de instrumentos estructurados y datos estadísticos (conocimiento basado en inferencias inductivas); antes que cualquier estadística, la clínica (o la asistencia en sentido amplio) ofrece el terreno para comenzar a comprender y situar el problema (y en este caso el conocimiento se construye por medio de inferencias abductivas y analógicas -cfr. Samaja, J.; 1998), que son mucho más holísticas que el mero cómputo estadístico). Sólo a partir de allí es posible delimitar hipótesis y elaborar conceptos explicativos o comprensivos del problema. Pero dichas hipótesis y modelos pueden encontrar en la estadística un útil apoyo a la hora de validar y contrastar dichas hipótesis y, sobretodo, a la hora de difundir y promover la acción política para erradicar y combatir el problema.

Por lo demás, y aceptado este punto de partida, también es necesario reconocerle una cuota de verdad a la representación que asocia "estadística" con "burocracia": de hecho el cálculo estadístico nace de la mano de los Estados (y, en particular de las operaciones mercantiles y los controles impositivos -cfr. I. Hacking, 1991); la evaluación epidemiológica es también un asunto propiamente estatal (es la mirada "sobre" la población como su etimología lo indica); por eso cuanto más se alejan las prácticas institucionales de esa mirada universalizadora (cuanto más se "localizan")

menos se sienten convocadas por esta perspectiva de análisis reflexivo. Pero la contracara de esto - su opuesto extremo- es la posición que solo ve el caso singular, (y que puede llegar a la "identificación personal" con las afectadas). Si en el primer caso el riesgo es la burocratización, en el segundo se puede pecar de asistencialismo acrítico.

Un punto de equilibrio, al que Proyecto puede contribuir -ya que no niega la práctica singularizadora- es la "disociación operativa" que permite combinar la sensibilidad necesaria que está en juego en la atención personalizada con la reflexión y el análisis teórico sobre la problemática.

Bibliografía

- Burin, D. et al. "Hacia una gestión participativa y eficaz". Bs. As., Ediciones Ciccus, 1995.
- CNM-UNICEF. Documento de Trabajo N°2 elaborado en base a los resultados del Taller para la Evaluación y Diseño de un Instrumento de Registros de Casos de la Violencia familiar Contra la Mujer. Inédito, 1997.
- Hac King, I. "La domesticación del azar". Barcelona, Ed. Gedisa, 1991.
- Heise, L., et. al. "Violencia Contra la Mujer. La Carga Oculta de Salud". Programa Salud, Mujer y Desarrollo. Washington, OPS, 1994.
- Kohanoff, R. "La Catástrofe no es inevitable. Una propuesta de renovación del modelo de gestionar las acciones ante la crisis de hoy". Fundación por la Calidad y la Participación, 1995.
- Noeves Rico, M. "Violencia Doméstica contra la Mujer en América Latina y el Caribe: Propuesta para la Discusión". División de Desarrollo Social. Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile, 1992.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). "La Violencia contra las Mujeres y las Niñas: Análisis y Propuestas desde la Perspectiva de la Salud Pública". MSD1316. 13° Reunión. Washington: OPS, 1993.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), "La Violencia en las Américas. La Pandemia Social del SigloXX". Comunicación de Salud N°10. Washington: OPS, 1996.
- Paltiel, F. L. "La salud mental de la mujer de las Américas". Género, Salud y Mujer en las Américas (Organización Panamericana de la Salud, ed.) pp.150-159. Washington: OPS, 1993.
- Samaja, J. "Elementos para una tópic de las inferencias racionales". Material de Cátedra, inédito, 1998.
- Ynoub, R. "Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia familiar del Área Metropolitana de Buenos Aires". Cadernos de Saúde Pública. Río de Janeiro, Vol. 15. 1998.
- Ynoub, E.; Ynoub, R.; y Colombo, G. "Construyendo el saber desde la práctica. Manual metodológico para la aplicación del Instrumento de Registro de Casos de Violencia Familiar". Buenos Aires, Consejo Nacional de la Mujer UNICEF, 1999.

Lactancia y Ciudadanía. Una cuestión de género ayer y hoy

Di Liscia, María Herminia

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar la política y el discurso estatal que desarrollaron los primeros gobiernos peronistas en relación con la lactancia, como así también su tratamiento en los servicios de salud actuales.

En ambos momentos históricos se procura integrar a los abordajes médico-sanitarios una visión de género puesto que se trata justamente del ejercicio de una de las funciones ligadas a la maternidad en la que considero imprescindible tomar posición en cuanto a las implicancias sobre el uso del cuerpo, la subjetividad y los derechos de las mujeres.

La promoción de la lactancia muestra una concepción de mujer y su valorización exclusivamente como madre. Dar de mamar es y ha sido mucho más que una función puramente biológica y supone otro modo de regulación del cuerpo femenino y del lugar de la mujer en la sociedad.

Palabras clave

lactancia - maternidad - género

Summary

The purpose of this article is to analyse the politics and the discourse originated by the State which the first Peronist governments developed in relation to lactation and also its treatment by the health services nowadays.

In both historical moments, there is the intention of integrating a vision of gender to the medical and sanitary practices, because what we are dealing with is exactly the exercise of one of the maternal functions over which I consider it unavoidable to take a stand, in reference to the implications derived from the uses of the body, the matter of subjectivity and women's rights.

The promotion of lactation evidences a conception of women and their exclusive value as mothers. Breast-feeding has been -and still is- a lot more than a purely biological function, and it entails a different manner of regulaci^ón the feminine body and of the place of women in society.

Key words

lactation - maternity - gender

Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la política y el discurso estatal que desarrollaron los primeros gobiernos peronistas en relación con la lactancia¹. Mientras lo escribía, se estaba llevando a cabo la

1 Este artículo forma parte de la investigación: Género, salud y ciudadanía durante el peronismo, bajo mi dirección y que se desarrolla en la Fac. de Cs. Humanas, U. N. de la Pampa. Prog. Nac. de Incentivos. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Una primera versión del mismo fue presentada en el Congreso de la Asoc. Latinoam.

semana internacional de la lactancia, lo que me dio la pauta de la vigencia actual del tema y me animó a intentar realizar una proyección -aunque somera- del tratamiento político-sanitario en nuestros días. En ambos momentos históricos procuro integrar a los abordajes médico-sanitarios una visión de género puesto que se trata justamente del ejercicio de una de las funciones ligadas a la maternidad en la que considero imprescindible tomar posición en cuanto a las implicancias sobre el uso del cuerpo, la subjetividad y los derechos de las mujeres.

El plan sanitario del peronismo se planteó la imperiosa necesidad de implementar una serie de criterios científicos para asegurar una maternidad sana y exitosa. Con este objetivo, inscripto dentro de las metas de aumento de la natalidad y creación de una raza sana y fuerte para la Nueva Argentina Justicialista, se puso en práctica un amplio dispositivo que incluyó medidas legales de protección hacia la maternidad y normas de puericultura y maternología.

Las mujeres fueron convocadas en tanto ciudadanas portadoras de los nuevos derechos políticos pero con deberes claros hacia la familia, la nación y el proyecto político en vigencia.

La articulación de la ciudadanía política y social encontró su punto de inflexión en la interpelación hacia la maternidad. La política sanitaria que se diseñó se apoyó fuertemente en la importancia y necesidad de preparar a las mujeres para convertirlas en madres, a través de impartirles normas vinculadas con la crianza, relacionando conocimientos prácticos con la motivación de emociones, valores, es decir, un conjunto de sentimientos y destrezas que hacen a una buena madre y configuran el ideal maternal. El discurso relativo a la promoción de la lactancia materna se desarrolló en un momento en que ya casi estaba extinguido el modelo de la nodriza y comenzaba a aparecer en el mercado la alimentación artificial.

Las concepciones y prácticas acerca de la lactancia, expresan significativamente la condición maternal de una sociedad en una época determinada. En la etapa estudiada, promover la maternidad y controlar la crianza se convirtieron en una política del estado y en un deber de las mujeres. En otros trabajos anteriores, (Di Liscia, 1999 y 2000) se ha hecho hincapié en la legislación y en el discurso del peronismo hacia la maternidad. Se ha visto que se refuerzan y amplían notablemente un conjunto de acciones que expresaban preocupaciones del estado argentino desde principios de siglo, básicamente la tendencia a la desnatalidad y la necesidad de vigilancia sanitaria hacia la población. Entre estas, fueron significativas las reglamentaciones sobre prostitución y el control hacia la sífilis ya que apuntaban a evitar la degeneración de la raza.

Por otra parte, el gobierno peronista retomó y difundió algunas leyes que, surgidas desde las filas del socialismo, focalizaron en la protección de las madres trabajadoras y la primera infancia.² Desde 1880 funcionaba el Departamento Nacional de Higiene y desde fines de siglo, la Municipalidad de Buenos Aires había establecido disposiciones tendientes a regular la lactancia mercenaria.

En 1934 se dictó la ley 12341 que establecía un régimen de protección de la maternidad para empleadas y obreras particulares, se prohibía el trabajo de las mujeres treinta días antes del parto y cuarenta y cinco días después. Pocos

de Sociología (ALAS), realizado en Concepción (Chile) en octubre de 1999.

2 Por ej., la ley 11317 del 30/9/1924, en la que se prevé un tiempo de lactancia para las mujeres trabajadoras, Boletín oficial del 19 de noviembre de 1924, Ministerio de Trabajo y Previsión de la Nación. Trabajo de Mujeres y Protección a la maternidad, vuelve a publicarse en: Publicación oficial. Secretaría general. División publicaciones y biblioteca, 1952.

años más tarde, en 1937 se creó la Dirección de Maternidad e Infancia (dependiente del Departamento nombrado) donde se delineó un completo plan de protección a la maternidad. En él aparecen una serie de instituciones a crear como centros de protección maternal e infantil; hogares talleres maternales para solteras, abandonadas, tuberculosas e indigentes; maternidades y servicios maternales a domicilio; etc. El proyecto se complementaba con salas de lactancia, cantinas maternales, infantiles y lactarios. La lactancia se establece como un deber de toda madre hacia su hijo y se prescribe que ninguna madre podrá amamantar a un niño ajeno mientras el suyo no haya cumplido cinco meses de edad, previa autorización de la Dirección de Maternidad e Infancia. (Novick, 1992: 105). Sin embargo, aunque las leyes y los discursos médicos expresaron una línea social y protectora, los recursos que destinó el Estado previamente al peronismo no fueron sustanciales y gran parte de estas formulaciones no llegaron a concretarse³.

La política del peronismo sobre promoción de la lactancia materna se basó en reforzar el mensaje de la maternidad biológica, que prolonga y liga a la madre con su hijo⁴, a fin de que esta no se desdibujara dentro de las representaciones e imágenes de maternidad social y de ciudadanía femenina que el mismo Estado promovía.

La lactancia reflejaba otra instancia de moralización de la mujer, en una etapa en que los profundos cambios de la época, como la participación política y la presencia en el mercado de trabajo forjaban nuevas imágenes del género femenino. En este contexto, es pertinente realizar una breve alusión a la mujer trabajadora⁵. «En 1950 la participación de la mano de obra femenina en la actividad fabril se calcula en un 32% y se concentra en los rubros: textil, docente, servicio doméstico, comercio, sanidad, bancos privados y costura a domicilio» (Girbal-Blacha 1997: 220). Según esta autora, el peronismo al poner el acento en la familia como núcleo básico de la sociedad, promociona el hogar como ámbito laboral femenino en el que tomarían nuevo auge las tradicionales labores femeninas como costura, tejido, etc. Por estas razones, las tareas productivas dentro del hogar permiten la lactancia y construyen una imagen armónica de mujer partícipe en la creación de riqueza desde su casa, sin descuido de su mandato más importante y sagrado, el más sustancial para la nación. En palabras de Eva Perón, el hogar no puede funcionar sin la gestión de la madre, en la que reconoce funciones variadas pero todas apoyadas en las virtudes de abnegación femenino⁶ «(..)Y mientras el

3 En el «Atlas de la obra realizada» se detallan algunos datos que permiten ver la inversión previa y la que realiza el peronismo:

«- Servicios de alimentación: antes de 1946: 525, en 1948: 4727; Servicios mensuales: antes de 1946: 176.930, en 1948: 917.309; Niños beneficiados: antes de 1946: 54.663, en 1948: 382.346.

- Mapa comparativo de centros materno-infantiles habilitados entre 1936-1946: se crearon 44 centros materno-infantiles y en 1947 se inauguraron 47 centros nuevos.

- Alimentación de la madre y el niño: se detalla la cantidad de leche de madre, de vaca, en polvo, condensada, babeurre, harinas, cereales, azúcares». Argentina (1950), Atlas de la obra realizada, Presidencia de la Nación, Control de Estado, Buenos Aires.

4 Como hemos dicho en otros trabajos, hay una tensión en el discurso entre «enseñar» a ser madre y el «instinto maternal». La cuestión de la lactancia hace resurgir este debate, haciéndose hincapié en el primero.

5 Por razones de extensión, un análisis más detallado de la lactancia y la mujer trabajadora no se desarrolla en este artículo.

6 Perón, E.: La mujer y los problemas sociales. Boletín del Día, Tomo VI, Año 3, N° 615, 24 de julio de 1952, pag. 1572.

hombre se entrega febrilmente a la búsqueda de soluciones para problemas abstractos, sin contenido práctico muchas veces, las madres se aplican abnegadamente a resolver hora tras hora el problema que crea el presupuesto familiar, la alimentación, la educación, y el abrigo de sus hijos, con esa vigilancia permanente y esa sensibilidad de espíritu que solamente las mujeres tienen para comprender toda la magnitud del mal».

A través de la lactancia puede observarse el refuerzo del rol del médico, especialista y único consejero válido para la crianza, quien derivaba en el personal de salud subalterno los conocimientos científicos de una correcta alimentación.

Las nodrizas

Al igual que en algunos países europeos, en Argentina se desarrolló la costumbre de la lactancia a través de nodrizas. Para las clases burguesas, amamantar no sólo era considerado una práctica poco elegante, casi «animal» (Kniebiehler, 1996:105), sino también una limitante de la vida social y pública que podían desarrollar estas mujeres. Para las mujeres pobres, muchas de ellas migrantes rurales en las ciudades, dar de mamar a hijos ajenos se convirtió en un ingreso monetario posible para quienes no poseían ningún tipo de calificación.

Médicos e higienistas condenaban no sólo a quienes no amamantaban a sus propios hijos y utilizaban la compra del servicio, de ahí la denominación de «lactancia mercenaria», sino también a las que no lo hacían por estar abocadas al trabajo. Así, campesinas y obreras frecuentemente eran acusadas de ser el motivo de la destrucción de las familias y de la mortalidad de los niños (Fuentes Caballero, 1997: 87).

En nuestro país, a partir de la generación del '80 el Estado comienza a tomar a su cargo áreas como la educativa y sanitaria, época que marca también el aumento del poder de la medicina y los médicos como «técnicas» de lo social. La regulación estatal, definida sin duda a partir de los objetivos de los grupos dominantes, se dirigió al control de los sectores populares. «Los estratos más altos recurrieron al servicio doméstico: gobernantas, niñeras, nodrizas, etc., para la crianza y educación de los hijos cuando por alguna razón no se hacían cargo de sus obligaciones. Los estratos más bajos, en cambio, ofrecieron su mano de obra y hasta su cuerpo, en el caso de las nodrizas, para encontrar una salida laboral» (Pagani y Alcaraz, s/d/ed :1).

La Municipalidad de Buenos Aires realizaba la revisión de las amas de leche a fin de comprobar su estado sanitario, emitiendo un certificado que quien las contratara debía solicitar para asegurarse así que la mujer estaba sana y no enfermaría al niño amamantado. Esta ocupación constituyó una salida laboral para las inmigrantes, trabajo que se podía contratar a través de agencias de colocación que ofrecían una descripción completa de las ofrecidas y garantizaban a la vez el certificado de sanidad y las virtudes de las nodrizas⁷.

En el período comprendido entre 1885 y 1945, puede observarse una disminución abrupta en la oferta de amas de leche en la ciudad de Buenos Aires a partir de 1925, siendo esta oferta prácticamente insignificante para 1945 (Pagani y Alcaraz, op. cit.).

7 Por ejemplo, se publicaban avisos como los siguientes: «Ama robusta, leche abundante y buena presencia con certificado médico y pocas pretensiones se ofrece» (La Nación, 14.3.1900), «Ama con abundante y buena leche analizada sala, buena presencia, dentadura perfecta, sana y robusta se ofrece, va al campo sueldo \$ 60 a \$70» (la Nación 10 y 11.12.1905). En: Pagani, E. y Alcaraz, M.

Las fuentes que hemos consultado para nuestro período de estudio ponen el acento primordialmente en la lactancia de la propia madre con respecto a su hijo y no hay demasiadas menciones sobre las de amas de leche.

El peronismo a través de la lactancia va a ser suyo un discurso -originalmente europeo- en el que «el cuerpo de la mujer es la matriz del cuerpo social: es necesario adaptarlo perfectamente a la función reproductiva (...) el embarazo y, más aún la lactancia, constituyen momentos privilegiados para moralizar. Toda madre debe alimentar a su hijo: si ha tenido fuerzas para traerlo al mundo también tendrá fuerzas para amamantarlo. Si es necesario deberá huir de la agitación, de las tentaciones del mundo y retirarse al campo» (Kniebiehler, 1996:109).

Como ya hemos planteado en otros trabajos (Di Liscia, 1999 y 2000) el discurso sobre la maternidad y la crianza de los hijos vincularon a la mujer a un ambiente sano, sin «promiscuidad», en alusión alude a claros elementos morales. En este cometido, el Estado y las madres tienen un rol específico. El primero para vigilar que las madres pobres, solteras, desamparadas, o que provienen de ambientes desintegrados puedan tener y criar sus hijos junto a familias cuando no las tienen o estar contenidas por instituciones.

Las madres, como garantía de crianza reforzada por nuevos preceptos de alimentación, de higiene, del espacio hogareño saludable y de enseñanza de normas morales y religiosas, estas últimas provenientes de la tradición católica, base reconocida de la doctrina peronista.

«Una madre ignorante es una madre peligrosa para sus hijos». «Una madre prolija planeará un programa diario para su bebé». Lactancia, alimentación y cuidados.

Las cuestiones relativas a la alimentación fueron preocupaciones de los dos períodos de gobierno. Atención sanitaria, medicina social y alimentación adecuada fueron consideradas las bases de riqueza y desarrollo de un pueblo⁸. Sin duda, la alimentación de las madres embarazadas y los lactantes ocupó un lugar privilegiado. Así, el papel de la medicina moderna se amplió, abarcando la cotidianeidad de la casa y la privacidad de los hogares y se difundió cada vez más el rol del médico como único especialista adecuado para guiar y aconsejar sobre una correcta alimentación. También hacia el personal de salud se desarrollaron una serie de acciones a fin de adiestrarlas en las nuevas fórmulas alimentarias a través de cursos de capacitación que se llevan a cabo en cada una de las Direcciones Generales de Sanidad Regional⁹.

8 «(...) pues no debemos olvidar que para alcanzar al adulto sano de cuerpo y espíritu, factor de la grandeza de la patria, hay que crear el organismo infantil fuerte y robusto.» En: Plan Analítico de Salud Pública, 1947, Tomo II, pag. 1232.

9 Curso de capacitación de Preparadoras Técnicas de Alimentación del lactante. «(...) toda vez que el importante capítulo alimentario del lactante, debe merecer preferente atención, en concordancia con los postulados de nuestra moderna organización sanitaria, emergentes de la doctrina justicialista. Dentro del plan de estudios se incluye: generalidades sobre la alimentación humana, leyes, tipos de alimentos, Leche de Mujer (composición química del calostro de la leche madura y la leche tardía. digestión, alimentación de la nodriza, lactarios, extracción de leche de mujer: madura, con sacaleches y con aparatos mecánicos. Alteraciones y adulteraciones de la leche de mujer, ordeñada, conservación). Leche de vaca fresca. Leche de vaca en polvo, desecada o deshidratada.

(..) Cada una de las Direcciones Generales de Sanidad Regionales, dispondrán la concurrencia de dos alumnas que deberán poseer el título de enfermeras o visitadoras.» En: Boletín del Día, Tomo V, Año 3, N° 533, 21 de marzo de 1952, pag. 471.

El discurso sobre la mujer que amamanta tocaba dos aspectos, uno técnico-biológico y el otro social-político. El primero se refería a enseñar la importancia de recuperar ciertas sustancias que se perdían en el amamantamiento y la necesidad del aumento calórico de la alimentación de la mujer. El segundo se dirigía a plantear la lactancia como deber ineludible de las madres a fin de formar niños sanos, futuros ciudadanos, «nuevas generaciones de argentinos sanos de cuerpo y espíritu y unidos cada vez más en una sólida conjunción de patrióticos ideales»¹⁰.

Los índices de mortalidad materna habían descendido hacia 1949 (García, 1954:184), pero la mortalidad infantil seguía siendo importante y la lactancia materna era la vía más efectiva para luchar contra ella.

El deber de la mujer, tenía la contraparte de la fiscalización del Estado, que debía velar por la buena alimentación de todas las argentinas, pero sobre todo las trabajadoras, por lo que se plantea la existencia de «cantinas maternas, comedores en fábricas y establecimientos industriales con más de 100 obreras, cuotas suplementarias alimentarias en la segunda mitad del embarazo, adoptando el sistema de la estampilla alimentaria. En cuanto a las nodrizas, la acción se realizará por intermedio de los comedores de amas de leche, examen médico periódico, salas de lactancia en fábricas, talleres, protección contra las industrias y ambientes insalubres y otras medidas tendientes a aumentar el subsidio de alimentación a las clases indigentes»¹¹. Puede verse así como el deber aparece en el discurso como derechos (a comedores, a la atención sanitaria, a descuentos en los traslados¹², a subsidios), configurando una particular ciudadanía para la mujer en la que su pertenencia a la Nación Argentina y su valoración se realiza por su ser maternal.

Hacia el fin de la década del '40 se produjo una crisis económica que afectó especialmente el abastecimiento alimentario en el país, tres años después volvió a repetirse, agravada por dos sequías. «En ese duro invierno de 1952, la gente debió consumir un pan negruzco, elaborado con mijo, faltó la carne y los cortes de luz fueron frecuentes» (Romero, 1994). La preocupación del Estado se manifestaba en medidas concretas que se centraban en el alimento esencial y primario: la leche. Así, se crea en diciembre de 1951 el Servicio Nacional de la Leche cuya misión fue «encarar en forma integral la solución del problema del abastecimiento de la leche en todo el país»¹³. Al año siguiente se realizó el Primer Congreso Argentino de racionalización alimentaria, dentro de cuyo temario ocupaba un lugar privilegiado el estudio de la leche, de la alimentación de la madre y del

1 0 García, L. (1954): Planificación sanitaria. Problemas y soluciones argentinas, Santa Fe, pag. 183. Material perteneciente a la Escuela Superior Peronista.

1 1 Plan Analítico de Salud Pública, 1947, Tomo II, pag.1322.

1 2 Otórganse facilidades en transportes a favor de las madres de lactantes. «(...) Art. 1: A partir de la fecha no registrá para las mujeres embarazadas y las madres de lactantes de hasta un año de edad el «completo» en los medios de transportes, debiéndoseles reconocer a las mismas, preferencia en lo que respecta al acceso a dichos medios. (...) Se otorga el carnet azul: (...) Art. 1: El Servicio Nacional de Biopatología de la Mujer que Trabaja procederá, a partir de la fecha, a extender el carnet azul de identificación a las mujeres embarazadas y madres de hijos lactantes de hasta un año de edad». En: Boletín del Día, Tomo VI, Año 3, N° 615, 24 de julio de 1952, pag. 1222.

1 3 Será estudiado el problema del abastecimiento de la leche en todo el territorio de la Nación. Boletín del Día, Tomo V, Año 3, N° 508, 13 de mayo de 1952, pag. 249.

niño¹⁴.

No sólo a través de la normativa oficial el Estado interpeló a las madres acerca de la lactancia y el compromiso de la crianza. Como en otros países (Nash, 1993: 632-633), un conjunto de publicaciones (entre los que se contaron los libros de texto escolares y folletería)¹⁵, que se distribuía en escuelas, oficinas públicas, unidades básicas y centros sanitarios llevaba también la obligación de toda mujer al conocimiento no sólo de ellas mismas sino de sus hijos, esposos y padres, en el ámbito laboral, político, educativo y en la casa. «Es obligación de toda madre criar a su hijo, tan sólo por razones de salud y consejo médico podrá dejar de hacerlo. (...) Si la madre no tuviera leche suficiente deberá consultar al especialista, que es el único autorizado para aconsejar el alimento conveniente para cada niño»¹⁶.

La función maternal fue objeto no sólo de preceptos y normas, sino también de regulación científica y de importantes medidas destinadas al aprendizaje maternal. En esta línea, la lactancia se inscribía dentro de una política global destinada a hacer desaparecer creencias, supersticiones y errores en relación al cuidado de la salud y a las prácticas reproductivas y alimentarias¹⁷. Cartillas con minuciosos consejos y medidas diarias para tratar al bebé, para organizar la vida hogareña y el tiempo de las madres, aparecen junto a críticas hacia creencias tradicionales e interpelaciones agresivas como: «Una madre ignorante es una madre peligrosa para sus hijos» plantea el Almanaque de la Salud donde claramente queda expresada la importancia de la información y de nuevos conocimientos para desempeñar correctamente el rol maternal. «Así se produce un divorcio

1 4 Apruébase el temario de comisiones y planificación del Primer Congreso argentino de racionalización alimentaria. En: Boletín del Día, Tomo VI, Año 3, N° 692, 17 de noviembre de 1952, pag. 1567.

1 5 El carnet de la Salud. "Las Madres podrán seguir cronológicamente el desarrollo evolutivo de sus hijos. En forma documentada y con el objeto de aplicar los consejos impartidos para elevar su salud física y mental, se ha editado una sencilla pero importante cartilla que, en nombre del primer magistrado de la Nación y de su señora esposa, las envía inmediatamente del nacimiento, el Ministerio de Salud Pública de la Nación Dr. Ramon Carrillo, lleva impresa en sus solapas, una serie de prevenciones tendientes a la mejor crianza del niño. Así pasa revista por el cuidado de los dientes, a su alimentación seleccionada, a la ropa que deben usar, hasta los buenos modales que deben dar los padres para formar de ellos una sana personalidad..." (pag.2088). Boletín del Día, Tomo IV, Año 2, N° 455, 26 de noviembre de 1951. Será distribuido gratuitamente a las madres el libro «Nace un hijo» (...) es en cierta manera una obra representativa de la Nueva Argentina justicialista y una exposición de los privilegios inalienables de los niños que el Excmo. Presid. de la Nación ha proclamado y reconocido oficialmente. (...) Art. 1: distribuir oficialmente entre las madres argentinas la primera edición del libro Nace un hijo, como una adhesión del Ministerio de Salud Pub. de la Nación a las festividades de Navidad, Año Nuevo y Reyes, que en estos días se celebran en los hogares de la nueva Argentina» (pag. 2296). Boletín del Día, Tomo IV, Año 2, N° 455, 26 de noviembre de 1951.

1 6 Aizcorbe, B., Fesquet, A. y Mateo, J. (1950) La mujer en la sociedad. Conocimientos básicos. Serie para 6º grado N° 611. Editorial Kapelusz.

1 7 «Cada vez deberá tomar de ambos pechos, comenzando con el terminó en la anterior. Si la madre no tuviera leche suficiente, deberá consultar al especialista, que es el único autorizado para aconsejar el alimento conveniente para cada niño. Los hábitos del niño deben ser absolutamente regulares, guardándose un orden riguroso para las horas de alimentación, baño y sueño. No se le permitirá dormir cuando es hora de alimentación o prolongar las horas de alimentación en las horas de reposo. Una madre prolija planeará un programa diario para su bebé y no permitirá que su propia conveniencia o el llanto del niño lo alteren en lo más mínimo. (...) Deben desecharse los consejos de las gentes no capacitadas, pues en la gran mayoría de los casos su observancia acarrea serias consecuencias para la salud del lactante». Aizcorbe, Bautista, Fesquet, Alberto E.J. y Mateo, Juan (1950): La mujer en la sociedad. Conocimientos básicos. Serie para 6º grado N° 611. Editorial Kapelusz, pag. 84.

entre el saber empírico, intuitivo, tradicional de las mujeres y el saber racional, objetivo, innovador de los hombres. El último descalifica al primero: la antigua división de responsabilidades entre los sexos, en este punto, se desequilibra en favor de los hombres» (Kniebjebler, 1996: 115).

Los lactarios

La alimentación artificial del lactante puede hacerse a través de la leche de vaca y de las preparaciones en polvo. «Cuando por diversas razones la madre del niño no puede amamantara este, es necesario ofrecerle al lactante mezclas lácteas correctas. La alimentación del niño, después de este período o sea la ablatación, va agregando papillas y otros elementos sucesivamente... (...J pues no debemos olvidar que para alcanzar al adulto sano de cuerpo y espíritu, factor de la grandeza de la patria, hay que crear el organismo infantil fuerte y robusto»¹⁸.

El control y la higiene, la capacitación al personal para realizar las mezclas correctamente, todas acciones fiscalizadas por el médico, son temas centrales tanto del discurso como de la implementación de las medidas concretas.

Pero lo más importante es lograr que los niños sean alimentados por leche materna. Más que revitalizar el hábito del amamantamiento mercenario, que supondría legitimar diferencias de clase entre mujeres y la imposibilidad (de las más pobres) de alimentar a sus propios hijos, el peronismo se dirige a todas las mujeres para involucrarlas en un proceso de crianza más prolongado¹⁹, que supone una disposición de varios meses para poder cumplir con la lactancia.

Si bien no se elimina totalmente la figura del ama de leche, esta ya no está en relación directa con una familia y un niño, sino que puede llevar su leche a los centros de extracción y conservación, abonándosele el servicio²⁰. De este modo, cobran importancia los lactarios o ginegaladosias, que eran centros de almacenamiento de leche materna cuidadosamente controlados y organizados de acuerdo a normas higiénicas. «La acción a desarrollar por intermedio de los lactarios o ginegaladosias, provisión de mezclas lácteas correctas, centros de puericultura, ayuda de crianza, constituyen una función médico-social de alto valor higiénico. La ginegaladosia es un organismo que tiene por finalidad la entrega gratuita de leche humana para los niños que la requieran y que están bajo su control. Por este medio se evita la lactancia mercenaria con las funestas consecuencias que ella tiene para el hijo de la dadora. La ginagaladosia, al cuidar del niño, cumple funciones de centro de puericultura y es una forma eficiente de combatir la mortalidad infantil de la primera infancia (...J debe cuidarse la salud física y moral de los padres, pues con ello se establece la base fundamental de la Eugenesia, y de la Puericultura, pues de padres sanos nacen hijos sanos que cumplieran una evolución normal a través de las etapas de la vida »²¹.

Desde el discurso estatal se consideraba que la lactancia no solo vincula físicamente más tiempo a

1 8 Plan Analítico de Salud Pública, Tomo II, pág. 1322.

1 9 «No despechar al niño bruscamente, sino haciendo previamente su adaptación y acostumbramiento a los otros alimentos que ha de tomar aparte del pecho. Después del sexto mes comenzará el destete, que será total al año de edad». ídem anterior

2 0 El Instituto Nacional de la Nutrición abonará \$ 40 el litro de leche materna. Resolución 9034, 2 de junio de 1953. En: Boletín del Día, Tomo VII, Año 4, N° 822, 9 de junio de 1953, pág. 894.

2 1 Plan Analítico de Salud Pública, 1947, Tomo II, pág. 1325.

la madre con su hijo, sino que posibilita la conexión psicológica y afectiva, base necesaria para «fomentar y reforzar sólidos vínculos morales y espirituales entre la familia argentina, vale decir, la Nación misma»(García, 1954: 183).

la disposición del cuerpo femenino a las necesidades de otro ser requieren de un disciplinamiento de horarios y hábitos. Por otra parte, la mujer en su casa, junto a sus hijos, conforman una imagen en que la maternidad se liga inextricablemente al cultivo de virtudes morales y buenas costumbres. Un ejemplo de esto podemos verlo en el nombramiento de la jefa de un lactario, en el que se recomienda a una joven por su «intachable conducta»²².

La promoción de la lactancia materna en las políticas actuales

En este apartado se pretende abordar el tratamiento de la lactancia materna en la actualidad, tomando en cuenta los discursos médico-sanitarios y una serie de acciones de difusión.

Luego de la segunda guerra mundial se intensificó en todo el mundo la promoción de leches en polvo, presentándolas como más modernas y científicas y superadoras de la leche materna. Las instituciones hospitalarias se poblaron de latas y biberones que fueron ganando defensores dentro de la medicina. Pese al costo de estos sustitutos, pocas mujeres pudieron resistir a la publicidad que mostraba bebés saludables y regordetes alimentados con fórmulas por madres satisfechas y hermosas.

La lactancia artificial posibilitó el abordaje médico desde una perspectiva científicista-positivista ya que permite la medición, el control de la cantidad de alimentación, el pesaje de niñas y niños y una vigilancia permanente en el crecimiento (Kniebiehler, 1996). La pediatría a través del control de la alimentación del lactante se catapultó en una de las especialidades por excelencia que posibilitaba incidir en la demografía.

Un conjunto de elementos se combinaron eficazmente para promover la alimentación a biberón, entre los que recalcamos la aplicación de los preceptos del modelo médico y la atención-medicalización del parto. La alimentación artificial, según registran una serie de estudios, tuvo una amplia difusión, primeramente en las áreas urbanas pero también llegó a las rurales.

Según algunas investigaciones realizadas en países europeos, como el de Oakley de 1990, la lactancia materna se tornó impopular en Inglaterra porque el pecho femenino se ha vuelto un objeto sexual, no nutricional. En una cultura que reprime la sexualidad femenina, esto es algo que hay que evitar. «Las mujeres han aprendido a reprimir sus sensaciones corporales, tanto las reproductivas como las sensuales: este hecho está en curiosa contradicción con la glorificación del ideal de la maternidad en la sociedad moderna»²³.

En este complejo proceso en el que se combinaron una serie de variables macroestructurales como la presencia masiva de las mujeres en el mercado de trabajo, el aumento de sus niveles de instrucción e imágenes de mayor autonomía, se fue perdiendo y relegando la cultura del amamantamiento y los saberes femeninos en torno a la crianza y alimentación.

2 2 Ministerio del Interior. Gobernación de la Pampa. Extracto si se gestione instalación lactario en Eduardo Castex. enero de 1948. «Para jefa del lactario, cargo capital para la buena marcha de la institución, propongo el nombre de la señorita..., joven de cultura superior, llena de vocación por los problemas médico-sociales de la infancia, e intachable conducta».

2 3 Oakley, A.: Housewife. Citado en: Monserrat Salas (1995, pág. 97)

A partir de los años '70 comienzan a escucharse las primeras voces de cuestionamiento a este modelo de maternidad y crianza y a los efectos de la alimentación artificial puesto que se presentaron evidencias concretas de sus perjuicios, fundamentalmente en las sociedades de los países periféricas y en las clases populares.

Los terribles efectos en relación a la morbi-mortalidad infantil en los países pobres fueron objeto de análisis por la OMS y UNICEF y a partir de la década de los '80 comienzan a desplegarse una serie de acciones para eliminar la utilización de las leches artificiales y reinstalar la lactancia natural.

Podríamos intentar una clasificación (sin la pretensión de que sea exhaustiva) de estas acciones en los siguientes tipos:

- todo el proceso que culminó con la sanción del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que supuso también una serie continua de estrategias para evitarla promoción de esos productos y anexos, como chupetes, biberones, tetinas, etc.
- la capacitación y recapacitación del personal de salud para lograr la promoción de la Lactancia Materna en los distintos niveles de atención.
- la iniciativa de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, creada por UNICEF que reconoce a aquellos hospitales o maternidades que realizan una política integral de promoción de lactancia Materna.
- la convocatoria comunitaria a través de diferentes instituciones para realizar acciones de promoción a través de escuelas, colegios profesionales, sindicatos, universidades, etc.
- la difusión a través de medios gráficos, televisivos y periodísticos.

Argentina a través de sus servicios públicos de salud lleva a cabo la mayoría de las acciones señaladas. Por Resolución N° 54 de 1997 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación aprobó en todos sus términos el Código Internacional de Sucedáneos a la leche Materna y las Resoluciones complementarias (Boletín Informativo de la Sociedad Argentina de Pediatría, mayo de 1997).

Pero es interesante develar cuál es la información que se difunde, qué aspectos se consideran relevantes a fin de que podamos caracterizar la imagen de mujer y madre que subyace.

la cuestión central recae en los beneficios para la salud del bebé, que son de orden físico y psíquico. Multiplicidad de estudios, de los más variados (y también limitados y parciales) exhiben que los bebés alimentados exclusivamente a pecho resisten mejor todo tipo de enfermedades, su desarrollo óseo es mejor, tendrán mayor agudeza visual, se favorecerá el desarrollo de dientes y maxilares, estarán protegidos de muerte súbita en la cuna, etc. No menos son las ventajas de índole psicológica y social entre las que se señalan que tendrán coeficientes intelectuales más altos, lograrán mejor rendimiento escolar, se generarán menos casos de maltrato y abandono, el contacto con la madre le promoverá mayor seguridad, afecto, contención y prevención contra la drogadicción, etc.

la madre en todos los mensajes y acciones es considerada un ser pasivo, al que debe enseñársele todo, sobre la que se deben volcar acciones para lograr convencerla de que amamante o la «mejor técnica» para que pueda llevar adelante un proceso de lactancia exitoso.

Cómo se debe amamantar en la información que se difunde hoy no difiere demasiado de las pautas que difundía el Estado en la época del primer peronismo, sólo que ahora el mandato a hacerlo se presenta con más apoyo de evidencias científicas que refuerzan su conveniencia. las posibilidades de llevarlas a la cabo por quienes trabajan fuera de su casa han sido y son casi impracticables, no

sólo por el tiempo de traslado sino por la necesidad de tranquilidad y disposición que se requiere. En todos estos años, la instalación de salas de lactancia y guarderías en los lugares de trabajo prácticamente no se ha efectivizado.

Aún cuando se resalta la importancia de la conexión psicológica entre madre y bebé, se difunde también un discurso contradictorio en el que se plantea que la madre puede exprimir su leche y dejarla para que el niño o niña la reciba en su ausencia.

Si bien el retorno a la lactancia natural podría verse como una revalorización de la autonomía maternal, el amamantamiento se ha constituido nuevamente en tópico privilegiado de enseñanza de la pediatría y del personal de salud hacia las madres, que asesoran sobre la mejor técnica, sobre las posturas correctas, sobre ejercicios para formar el pezón, sobre horarios, formas de extracción de la leche, etc.

En el material que he analizado, salvo contadas excepciones²⁴ no se toma en cuenta a la madre, a su cuerpo, a sus vivencias, alegrías, temores, deseos; se obvia la subjetividad femenina dando por sentado que del hecho de parir debe derivarse la disposición y la decisión al amamantamiento.

A diferencia de la década de los '40, se realiza una difusión, aunque siempre en segundo término, de cuáles son las ventajas de la lactancia natural para la madre:» porque produce secreción de prolactina, una hormona que tranquiliza a las mamás²⁵, pospone la ovulación y la menstruación, protege contra algunos cánceres, ayuda a que el útero regrese a su tamaño, se pierden menos días de trabajo o escuela debido a que el bebé se enferma menos, ahorra tiempo porque no hay que preparar biberones, ofrece un momento especial para crear fuertes lazos de amor entre la mamá y el bebé»²⁶.

El retorno a la lactancia natural puede enmarcarse también en las nuevas tendencias que buscan hacer retornar el parto a la atención domiciliaria, más íntima y menos medicalizada, modalidad todavía difícil de producir mejores resultados en la mayoría de los hogares de los países del tercer mundo, donde el parto institucional sigue siendo superior.

Tal vez, realizando una interpretación más global y abarcadora, podamos ver hoy en estas nuevas tendencias al amamantamiento, otra justificación para el retorno de la mujer al hogar, sacándola de la fuerza de trabajo donde presenta competencia con el hombre.

Además, frente a la violencia, la delincuencia, las adicciones, la lactancia sería un reaseguro para el futuro que sanearía la sociedad y revitalizaría el rol de la familia como célula básica: «Porque queremos lo mejor para nuestros niños...promovemos la lactancia materna como el inicio de una vida plena, procurando una infancia protegida desde el vínculo afectivo para lograr un país de adultos más sanos»²⁷.

Dentro de las nuevas tendencias se plantea una prolongación del tiempo de amamantamiento hasta

2 4 Me refiero a la investigación de Mónica Waisman: Organización de un consultorio de lactancia materna. Experiencia de un año de trabajo. En: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Volumen 17, N° 3, 1998, Buenos Aires, pags. 184-7. En esta investigación se explicita la necesidad de un relevamiento de las experiencias y conocimientos de la madre acerca del amamantamiento y el respeto a asesorar y no a imponer.

2 5 El subrayado es mío.

2 6 Folleto: La lactancia materna es el mejor alimento para el bebé. Centro Sanitario de Santa Rosa, LP. Fuente: LLL Leader. IBFAN, LACMAT.

2 7 Folleto: Lactancia materna. Comisión de promoción, protección y seguimiento de la lactancia Materna. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social. Gobierno de la Pampa. Argentina.

los dos años de edad (según, por ejemplo, la Declaración de Innocenti) y un contacto constante entre madre e hijo, inclusive se critica y censura la «independencia» del bebé, el sueño solitario y se considera positivo que la madre duerma con el bebé en la misma cama.

Si bien hoy se difunde que una de las ventajas de la lactancia natural es el retardo de la ovulación, por lo tanto su potencial anticonceptivo, este mensaje es contradictorio con el anterior donde se censura la sexualidad de las madres, es decir, donde puede interpretarse que para una madre la sexualidad es algo secundario frente a la crianza de sus hijos.

Los consejos de la pediatría hoy, inmediatamente después del parto son "pecho a demanda", estableciendo una ligazón y dependencia total del cuerpo de la mujer a los deseos del bebé. En el discurso, acorde a un abordaje "políticamente correcto" en el que se intentaría infundir un cierto protagonismo o decisión de la mujer, el deber de amamantar se difunde como un derecho, tal el lema de la Semana Internacional de la lactancia de 2000: "Amamantar es tu derecho".

A modo de conclusión

Entendemos que los estudios y el abordaje hacia la lactancia han omitido precisamente a quien brinda su cuerpo, han silenciado su subjetividad y obturado su derecho a opinar y a decidir. La alimentación a pecho ha sido considerada puramente biológica, ahistórica y perteneciente al espacio privado exclusivamente.

«Toda madre debe amamantara su hijo», «La maternidades un deber» fueron los mensajes claros y transparentes que se emitieron hacia las mujeres en la década de los '40.

"Querés darle a tu hijo lo mejor? El pecho es todo lo que necesita(...). No sólo es necesario, placentero y suficiente. es perfecto..."²⁸ "Amamantar es tu derecho y el de tu bebé, será más fuerte y más sano, tu leche lo protege contra muchas enfermedades, tu pecho le brinda amor, alimento y sostén"²⁹, son algunos de los mensajes que se emiten en el presente.

Si bien en la actualidad sigue considerándose a la maternidad y a la crianza como el destino primordial de las mujeres, los mensajes y las interpelaciones están mediatizados por nuevas informaciones y una pretendida conjunción de trabajo extrahogareño y ejercicio de la lactancia.

También hoy la madre es convocada para dedicarse a la crianza y para ser el pivote del hogar, lugar de refugio y de paz: «La madre que escoge dar el pecho, se pronuncia por dar prioridad a los contactos prolongados con su hijo antes que a otras exigencias de nuestra agitada vida»³⁰.

La política de promoción de la lactancia deja ver, más que otros temas, la revalorización de la mujer exclusivamente como madre. Su cuerpo y su mente son convocados cotidianamente, en el hogar,

2 8 Afiche de la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF.

2 9 Afiche de la Maternidad Alberto Peralta Ramos. Servicio de Pediatría del Hospital B. Rivadavia (G.C.B.A).

3 0 «El apoyo a la lactancia materna tendría que ser firme, constante, cálido, basado en la información adecuada. A través de la leche materna el bebé recibe, además del mejor alimento, afecto, ternura; recibe inmunidad ante posible infecciones y se establece una estrecha relación entre él y su madre; recibe estímulos madurativos y una fuente íntegra de salud para comenzar su andadura en la vida. El tacto es el sentido más desarrollado que tiene el bebé, él necesita ser tocado, acariciado. La madre que escoge dar el pecho, se pronuncia por dar prioridad a los contactos prolongados con su hijo antes que a otras exigencias de nuestra agitada vida». Derechos del Nacimiento. En: Enredados. N° 13, abril de 1999, pag. 2.

para insuflar alimento y valores morales a las futuras generaciones. ¡Qué más concreto que alimentar, qué más generoso que dar del propio cuerpo y qué más trascendente que salir de las paredes de la propia casa y contribuir a los objetivos de una sociedad!. «El contacto íntimo entre la madre y el lactante establece lazos afectivos que transfiguran todas las relaciones familiares y pueden llegar incluso a regenerar el Estado. Las dulces virtudes de una madre dedicada a sus hijos impondrán un nuevo modelo de familia y de civilización» (Kniebiehler, 1996: 109).

Como puede verse, dar de mamar es y ha sido mucho más que una función puramente biológica y supone otro modo de regulación del cuerpo femenino y del lugar de la mujer en la sociedad.

Si lo que se pretende es fomentar la lactancia materna, esta no puede estar desvinculada de una promoción del papel social de las mujeres, como ciudadanas plenas para que, en igualdad de condiciones, puedan elegir de qué manera alimentar y criar a sus hijas e hijos.

Fuentes y documentos consultados

- de los primeros gobiernos peronistas:

- Aizcorbe, B., Fesquet, A. E. J. y Mateo, J. (1950) "La mujer en la sociedad. Conocimientos básicos". Serie para 6º grado N° 611. Editorial Kapelusz.

- Almanaque de la Salud. Dirección de Cultura Sanitaria. 1952. Biblioteca Peronista. Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina.

- Argentina (1947) "Plan Analítico de Salud Pública" Tomo II y III, Secretaría de Salud Pública, Ministerio del Interior. Buenos Aires.

- Argentina (1950) Atlas de la obra realizada, Presidencia de la Nación, Control de Estado, Buenos Aires.

- Argentina (1947) Primer Plan Quinquenal, Presidencia de la Nación, Subsecretaría de Informaciones, Buenos Aires.

- Argentina (1953) Segundo Plan Quinquenal, Presidencia de la Nación, Subsecretaría de Informaciones, Buenos Aires.

- Argentina (1947-1954) Boletín del Día. Ministerio de Salud Pública de la Nación, serie completa, Buenos Aires.

- Folleto: Policlínico Presidente Perón. Fundación Eva Perón. Sin datos de edición. Biblioteca Peronista. Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina.

- Folleto: "Argentina vela por la salud de su pueblo". Sin datos de edición. Biblioteca Peronista. Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina.

- Folleto: "Trabajo de Mujeres y Protección a la maternidad", vuelve a publicarse en: Publicación oficial. Secretaría General. División publicaciones y biblioteca, 1952.

- García, L. (1954) "Planificación sanitaria. Problemas y soluciones argentinas". Santa Fe (está registrado como libro en la Escuela Superior Peronista). Biblioteca Peronista. Biblioteca del Congreso de la Nación Argentina.

- Libro de la Salud, Ministerio de Salud Pública de la Nación, Dirección de Cultura Sanitaria, 1952.

- de la época actual:

- Afiche de la Maternidad Alberto Peralta Ramos. Servicio de Pediatría del Hospital B. Rivadavia

(G:C:B:A)

- Afiche: "Querés darle a tu hijo lo mejor". Sociedad Argentina de Pediatría/UNICEF.
- Declaración de Innocenti. "Sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna" 1° de agosto de 1990, Florencia, Italia.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna. OMS/UNICEF . Hospital Amigo de la Madre y el Niño. UNICEF.
- Declaración de Cocoyoc. En: Correo de la SAP (Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría). Diciembre de 1988. Año 3, N° 3.
- Derechos del Nacimiento. En: En-Red-Dados. Noticias e Información de lactancia Materna. Fundación LACMAT. Año III, N° 13, abril de 1999, pag. 2.
- "Trabajo materno fuera del hogar y lactancia. Lo mejor de la Red LACMAT". En: En-Red-Dados. Noticias e Información de lactancia Materna. Fundación LACMAT. Año III, N° 13, abril de 1999, pag. 17.
- Folleto: "La lactancia materna es el mejor alimento para el bebé". Centro Sanitario de Santa Rosa, LP. Fuente: LLL Leader. IBFAN, LACMAT.
- Gechter, C. "Amamantar evita muertes precoces". En: La Nación, 1° de agosto de 2000, pag. 12.
- "Lactancia Materna Hoy". Boletín Informativo de la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría). Año 4, N° 1, mayo de 1997.
- Reportajes: Annelies A. Directora del ICDC (Centro de Documentación del Código de la red IBFAN, Penang, Malasia). En: En Red Dados. Noticias e Información de lactancia Materna. Fundación LACMAT. Año III, N° 13, abril de 1999, pag.10 y 11.

Bibliografía general

- Bock, G. y Thane, P. (editoras, 1996) "Maternidad y políticas de género. Las mujeres en los Estados de Bienestar europeos, 1880-1950". Cátedra, Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer, Madrid.
- Di Liscia, M. H.: "Ser madre es un deber" (maternidad en los gobiernos peronistas, 1946-1955). En: Villar, D.; Di Liscia, M. H. y Caviglia, M. J. (editores) (1999): Historia y género. Seis Estudios sobre la condición femenina. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Di Liscia, M. H. et al (2000) "Mujeres, Maternidad y Peronismo". Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano.
- Fuentes Caballero, M. T. (1997) "Ser nodriza en Barcelona: una posibilidad de supervivencia a final del siglo XIX" Anuario Hojas de Warmi, N° 8, Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad. Universitat de Barcelona, págs. 81-93.
- García, L. (1954) "Planificación Sanitaria. Problemas y soluciones argentinas". Santa Fe. Material de la Escuela Superior Peronista, pp 184.
- Girbal-Blacha, N. (1997): "El hogar o la fábrica. De costureras y tejedoras en la Argentina Peronista (1946-1955)". Revista de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Quilmes, 6: 217-230.
- Kniebihler, Y. (1996) "Madres y nodrizas". En: Silvia Tubert (ed.): Figuras de la madre. Madrid, Cátedra, págs. 95-118.
- Novick, S. (1992) "Política y población/1. Argentina 1870-1989". Buenos Aires, Centro Editor de América latina.

- Pagani, E. y Alcaraz, M. V. "Las nodrizas en Buenos Aires. Un estudio histórico (1880-1940)". Buenos Aires, Centro Editor de América Latina. Sin año de edición. N° 14.
- Novick, S. (1992) "Política y población/2 . Argentina 1870-1989". Buenos Aires, Centro Editor de América latina.
- Nash, M. (1993) "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España 1900-1939". En: Duby, G. y Perrot, M. (1993): Historia de las Mujeres. El siglo XX, bajo la dirección de Françoise Thebáud. Madrid, Taurus.
- Romero, L. A. (1994) "Breve historia contemporánea de la Argentina". Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Salas, M. (1995) "Lactancias materna y trabajo asalariada: ¿irreconciliables?". En: González Montes, S., compiladora (1995): Las mujeres y la salud. México, El Colegio de México, pags. 93 a 127.
- Sohn, A. M. (1993) "Los roles sexuales en Francia y en Inglaterra: una transición suave". En: Duby, G:Perrot, M. (1993): Historia de las Mujeres. El siglo XX, bajo la dirección de Françoise Thebáud. Madrid, Taurus.
- Trad Fager, C. (1993) "La lactancia y el equipo de salud". Salud y Sociedad. Año 10, N° 24-25., Córdoba.
- Waisman, M. (1998) "Organización de un consultorio de lactancia materna". Experiencia de un año de trabajo. En: Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 17 (3): 184-187.

Estudio aleatorizado de control prenatal para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal de rutina*

Villar, José ; Ba'aqueel, Hassan, Piaaggio, Gilda; Lumbiganon, Pisake; Belizán, José Miguel; Farnot, Ubaldo; Al-Mazrou, Yagob; Carroli, Guillermo; Pinol, Alain; Donner, Allan; Langer, Ana; Nigenda, Gustavo; Mugford, Miranda; Fox-Rushby, Julia; Hutton, Guy; Bergsjö, Per; Bakketeig, Leiv; Berendes, Heinz^a

Resumen

Antecedentes

Emprendimos un estudio controlado aleatorizado multicéntrico que comparó el modelo estandar de control prenatal (CPN) con el nuevo modelo que enfatiza acciones conocidas por ser efectivas para mejorar los resultados neonatales o maternos y requerir menos visitas clínicas.

Métodos

Se asignaron al azar clínicas en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia para proveer o el nuevo modelo (27 clínicas) o el modelo estandar en uso actualmente (26 clínicas). Se enrolaron todas las mujeres que se presentaron para CPN en estas clínicas durante un promedio de 18 meses. Las mujeres enroladas en las clínicas que ofrecían el nuevo modelo fueron clasificadas sobre la base de sus historias de las condiciones obstétricas y clínicas. A aquellas que no requerían otra evaluación específica o tratamiento se le ofrecía el componente básico del nuevo modelo y a aquellas que se las consideraba en mayor riesgo, recibieron la atención habitual para sus condiciones; sin embargo, se incluye a todas en el grupo del modelo nuevo para los análisis que fueron por "intención de tratar". Los resultados primarios fueron bajo peso al nacer (< 2500 g), preclampsia/eclampsia, anemia post parto severa (< 90 g/L de hemoglobina) e infección tratada del tracto urinario. Hubo una evaluación de calidad de atención y una evaluación económica.

Hallazgos

Las mujeres que concurrieron a las clínicas asignadas al nuevo modelo (n=12568) tuvieron una mediana de cinco visitas comparadas con ocho dentro del modelo estandar (n=11958). Más mujeres en el modelo nuevo que en el estandar fueron derivadas a niveles superiores de atención (13.4% vs 7.3%) pero las tasas de ingreso al hospital, el diagnóstico y la longitud de la estadía fueron similares. Los grupos tuvieron tasas similares de bajo peso al nacer (modelo nuevo 7.68% vs modelo estandar 7.14%; diferencia de tasa estratificada 0.96 [IC 95% -0.01 a 1.92]), anemia post

* Artículo publicado en Lancet de Mayo 2001. Vol:357:1551-1564. Traducción a cargo del CREP (Centro Rosarino de Estudios Perinatales).

a Integrantes del Grupo de Investigación de Estudios de Control Prenatal de la OMS.

parto (7.59% vs 8.67%; 0.32) e infección del tracto urinario (5.95% vs 7.41%; -0.42 [-1.65 a 0.801]). Para preeclampsia/eclampsia, la tasa fue levemente mayor en el nuevo modelo (1.69% vs 1.38%; 0.21 [-0.25 a 0.67]). El ajuste por varias variables confundentes no modificó este patrón. Hubo diferencias no importantes entre los grupos para varios resultados secundarios. Las mujeres y los prestadores en ambos grupos estuvieron, en general, satisfechos con la atención recibida aunque algunas mujeres asignadas al modelo nuevo expresaron preocupación sobre la frecuencia de las visitas. No hubo incremento en el costo y en algunos sitios, el nuevo modelo disminuyó el costo.

Interpretaciones

La prestación de CPN de rutina por medio del nuevo modelo parece no afectar los resultados maternos y perinatales. Podría ser implementado sin mayor resistencia de las mujeres y los prestadores y puede reducir el costo.

Summary

Background

We undertook a multicentre randomised controlled trial that compared the standard model of antenatal care with a new model that emphasises actions known to be effective in improving maternal or neonatal outcomes and has fewer clinic visits.

Methods

Clinics in Argentina, Cuba, Saudi Arabia, and Thailand were randomly allocated to provide either the new model (27 clinics) or the standard model currently in use (26 clinics). All women presenting for antenatal care at these clinics over an average of 18 months were enrolled. Women enrolled in clinics offering the new model were classified on the basis of history of obstetric and clinical conditions. Those who did not require further specific assessment or treatment were offered the basic component of the new model, and those deemed at higher risk received the usual care for their conditions; however, all were included in the new-model group for the analysis, which were by infection to treat. The primary outcomes were low birthweight (< 2500 g), pre-eclampsial eclampsia, severe postpartum anaemia (< 90 g/L haemoglobin), and treated urinary-tract infection. There was an assessment of quality of care and an economic evaluation.

Findings

Women attending clinics assigned the new model (n=12568) had a median of five visits compared with the eight within the standard model (n=11958). More women in the new model than in the standard model were referred to higher levels of care (13.4% vs 7.3%), but rates of hospital admission, diagnosis, and length of stay were similar. The groups had similar rates of low birthweight (new model 7.68% vs standard model 7.14%; stratified rate difference 0.96 [95% CI -0.01 to 1.92]), postpartum anaemia (7.59% vs 8.67%; 0.32), and urinary-tract infection (5.95% vs 7.41%; -0.42 [-1.65 to 0.80]). For pre-eclampsia/eclampsia the rate was slightly higher in the new model (1.69% vs 1.38%; 0.21 [-0.25 to 0.67]). Adjustment by several confounding variables did not modify this pattern. There were negligible differences between groups for several secondary outcomes. Women and providers in both groups were, in general, satisfied with the care received,

although some women assigned the new model expressed concern about the timing of visits. There was no cost increase, and in some settings the model decreased cost.

Interpretations

Provision of routine antenatal care by the new model seems not to affect maternal and perinatal outcomes. It could be implemented without major resistance from women and providers and may reduce cost.

Introducción

El CPN es quizás la actividad médica de rutina más común. Los componentes del CPN y la frecuencia de las visitas han sido introducidos mayormente sin una evaluación científica apropiada⁽¹⁾⁽²⁾, aunque se han hecho varios intentos últimamente para evaluar el número de visitas prenatales y los tipos y niveles de prestación de atención a través de los estudios controlados aleatorizados⁽³⁾. En gran medida, los países menos desarrollados se han sumado a los programas prenatales de los países más desarrollados con solo menores ajustes. Sin embargo, la atención comúnmente consiste en visitas espaciadas irregularmente con largo tiempo de espera y pobre retroalimentación hacia las mujeres con poca comunicación entre las clínicas de CPN y las unidades de parto.

Archie Cochrane escribió en 1972; "Por alguna curiosa circunstancia, el CPN ha escapado a la evaluación crítica a la que se ha sometido a la mayoría de los procedimientos de tamizaje". Además recomendó que "se debería eliminar la atmósfera emotiva y los sujetos deberían tratarse como cualquier otra actividad médica e investigarse por medio de estudios controlados aleatorizados"⁽⁴⁾. Específicamente, se necesitó evidencia sobre si un programa de CPN que enfatice los elementos esenciales de atención que se ha demostrado que mejoran los resultados seleccionados de embarazo es tan efectivo como un tipo "occidental" de CPN para prevenir la morbilidad materna y fetal. Los costos de dichos programas y la percepción de los prestadores de la salud y las mujeres sobre el nuevo modelo de CPN también necesitaron evaluación. Presentamos los resultados de un estudio controlado aleatorizado con estos objetivos.

Nuestra hipótesis principal fue que un modelo nuevo de CPN basado en los componentes que se mostró que mejoran los resultados maternos, perinatales y neonatales sería tan efectivo como el paquete tradicional en términos de puntos finales maternos y perinatales específicos entre los embarazos simples, costo y aceptabilidad de las mujeres y los prestadores.

Métodos

Diseño y organización del estudio

El estudio fue un estudio controlado aleatorizado multicéntrico en clínicas en Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia. Las clínicas de CPN que atendían a cuatro áreas geográficas bien definidas fueron asignadas al azar a los dos programas de CPN (figura 1) dentro de cada uno de los cuatro sitios de estudio y dentro de estratos definidos sobre la base de las características de las clínicas, fuertemente correlacionadas con el tamaño de la clínica. Las definiciones de estratos específicas al país fueron usadas para implementar la aleatorización. Para cada país, se clasificaron

las clínicas como pequeñas, medianas o grandes. Estas definiciones fueron basadas en el número de nuevas pacientes que asistían al CPN por año, tipo de clínica (independiente o asociada a un hospital) y el sistema de salud al cual pertenecían. Hubo dos clínicas grandes, seis medianas y cuatro pequeñas en Tailandia; dos grandes y quince pequeñas en Argentina; cuatro medianas y ocho pequeñas en Arabia Saudita y 12 pequeñas en Cuba. Una descripción detallada de las razones y el diseño del estudio ha sido publicada en otro lugar (4).

Este estudio fue coordinado en forma central por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana del Banco Mundial, UNDP/UNFPA/OMS, Ginebra, Suiza. Un comité de monitoreo de seguridad y datos externos independientes revisó mensualmente cualquier caso de muerte materna, muerte fetal o eclampsia. Estos acontecimientos fueron registrados porque son las complicaciones más serias del embarazo y el nacimiento. El comité no adoptó reglas de detención formales antes del comienzo del estudio pero estuvo de acuerdo en que cualquier tasa incrementada en el grupo del nuevo modelo de más del 20% comparada con la tasa del modelo estandar para cualquiera de los resultados primarios debería ser considerada específicamente por el comité. También se adoptaron reglas para el retiro de las clínicas del estudio debido a que no se adherieron al protocolo o tasas de reclutamiento muy bajas. Sin embargo, no hubo retiros entre las 53 clínicas que estuvieron de acuerdo en ingresar al estudio.

Un protocolo detallado fue preparado en inglés y en español, apoyado por el Manual de Operaciones y el Manual de Actividades Clínicas (también en ambos idiomas), que fueron usados en las clínicas y en las oficinas locales del estudio. Una lista de control de las actividades clínicas fue seguida durante cada visita de las mujeres que recibían el componente básico del nuevo modelo de CPN (figura 2). Todos los formularios de recolección de datos fueron traducidos del inglés al español y al árabe.

El protocolo y los documentos suplementarios y los fondos para el estudio se completaron en junio de 1994. La fase preparatoria comenzó durante noviembre de 1995 y la aleatorización y la capacitación del personal en las clínicas de intervención fueron comenzadas para marzo de 1996. La primera mujer se enroló en Tailandia el 1° de mayo de 1996 y la última en Argentina en abril de 1998. El archivo completo de datos estuvo listo para el análisis hacia setiembre de 1999.

Figura 1: Diseño del estudio

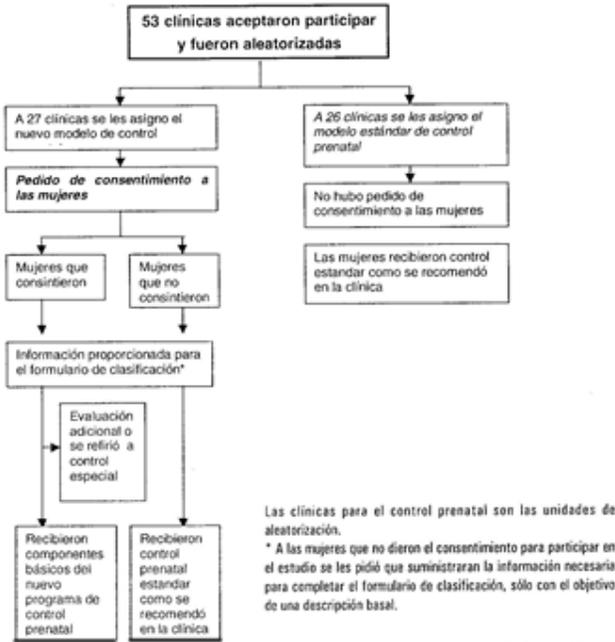


Figura 2: Ficha incluida en los archivos médicos para el control prenatal de las mujeres atendidas en las clínicas bajo el nuevo modelo de control prenatal y que fueron consideradas elegibles para los componentes básicos del nuevo modelo.

Ficha para el control básico prenatal

Chequear las actividades cumplimentadas donde sea apropiado (casilleros en blanco)
 (Utilizar la edad gestacional más cercana al momento de la visita)

Nombre de la paciente:

Número de la clínica:

Número del sujeto en estudio

Visita

PRIMER VISITA para todas las mujeres en el primer contacto con la clínica, sin importar la edad gestacional. Si la primer visita fue más tarde que lo recomendado, registrar todas las actividades hasta el momento.

1° < 12 semanas 2° 3° 4°

Fecha: ___ / ___ / _____

Formulario de clasificación

Examen clínico

Anemia clínicamente severa: test de hemoglobina

Examen Obstétrico: edad gestacional, altura uterina

Examen Ginecológico (puede ser pospuesto hasta la segunda consulta)

Presión arterial

Peso / Altura materna

Test sífilis, detección de enfermedades de transmisión

sexual sintomáticas-tratamiento
Test de Orina (tira reactiva múltiple)
Grupo y factor de sangre
Toxoide Tetánico
Suplementación de hierro/ácido fólico
Recomendaciones para emergencias/ Líneas para emergencias
Carnet prenatal completo

SEGUNDA Y SUBSECUENTES VISITAS

Edad gestacional-n° semanas aproximado
de
26 32 38

Fecha: / /

Examen clínico de anemia
Examen obstétrico: estimación de la edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal
Presión arterial
Peso materno (sólo para las mujeres con bajo peso en la primer consulta)
Test de orina para proteínas (sólo para las nulíparas/ mueres con antecedentes de eclampsia)
Suplementación de hierro/ácido fólico
Recomendaciones para emergencias
Carnet prenatal completo

Población del estudio

Los sitios seleccionados para el estudio fueron la provincia de Khon Kaen (Tailandia) y las ciudades de la Habana (Cuba), Jeddah (Arabia Saudita) y Rosario (Argentina). Se consideró un quinto sitio durante la fase de planificación del estudio pero no fue incluido debido a la alta tasa de pérdidas en el seguimiento durante un ejercicio piloto. Los criterios de elegibilidad para las clínicas fueron los siguientes: cada clínica tenía que ser capaz de proveer al menos 300 nuevas pacientes en un período no mayor de 24 meses; las clínicas de intervención y control tenían que estar en la misma área geográfica pero atendiendo a distintos barrios; las mujeres de estas clínicas tenían que ser posibles de rastrear en el parto; el mecanismo de seguimiento tenía que tener acceso a los hospitales a los cuales serían derivadas todas las mujeres de alto riesgo; las clínicas tenían que ser parte de un sistema de CPN público (o semi-público); los hospitales militares o las instituciones de seguridad social también fueron elegibles. El estudio no incluyó a las clínicas en las que se requerían pagos directos de honorarios por servicios. Todas las clínicas tenían que tener un sistema de CPN en el lugar con normas y actividades predefinidas que eran seguidas. Las clínicas tenían que ser capaces de implementar nuevas pruebas o actividades simples como lo requería el protocolo. Los fondos para estas actividades nuevas tenían que ser provistos por la institución o instituciones porque eran para la atención directa de pacientes solamente. Estas pocas actividades nuevas reemplazaban a varias implementadas hasta el presente. Las clínicas tenían que tener un personal mínimo ya trabajando y apoyado económicamente requerido para la atención de pacientes de acuerdo al protocolo.

Hubo 12 clínicas de CPN en cada uno de los tres sitios de estudio y 17 en el cuarto sitio que fueron

elegibles para el estudio y donde las autoridades de salud estuvieron de acuerdo en permitir que las clínicas fueran incluidas en el estudio.

Todas las mujeres que concurrían al CPN por primera vez después del comienzo del estudio en cada uno de los sitios seleccionados fueron enroladas en el estudio, sin tener en cuenta la duración de su gestación, las características obstétricas o médicas o previo CPN. Sin embargo, se excluyó de todos los análisis a las mujeres que se encontró subsiguientemente que no estaban embarazadas. Las mujeres enroladas para el CPN en las clínicas de control siguieron el procedimiento estandar y dieron a luz en los hospitales habituales (figura 11). Las mujeres enroladas en las clínicas asignadas al grupo del nuevo modelo fueron tratadas por el nuevo componente básico si eran clasificadas como de bajo riesgo según un conjunto de factores de riesgo especificados en el formulario de clasificación. Las restantes recibieron cualquier tratamiento requerido médicamente o fueron derivadas si se encontró que necesitaban mayor evaluación o tratamiento. Estas mujeres dieron a luz también en los hospitales habituales.

Procedimientos del estudio

El modelo en las clínicas de control fue el CPN ofrecido corrientemente, siguiendo los lineamientos formalmente recomendados por las autoridades de salud locales (6) (9) basados en el modelo occidental tradicional. En general, el programa fue que las mujeres hicieran visitas una vez por mes durante los primeros 6 meses, una cada 2-3 semanas por los siguientes 2 meses y luego una cada semana hasta el parto. Bajo las circunstancias ideales, una mujer que se inscribiera al principio del embarazo tendría alrededor de 12 visitas. Se hicieron en forma rutinaria las actividades clínicas, las pruebas urinarias, el tamizaje por sífilis, la medición de hemoglobina y la tipificación del grupo sanguíneo.

El nuevo modelo asignó a algunas mujeres al CPN de rutina sobre la base de actividades orientadas a un objetivo y evaluadas científicamente, llamado componente básico del nuevo modelo. Estas fueron las mujeres que se juzgó que no necesitaban mayor evaluación o cuidados especiales en el momento de la primera visita según los criterios de riesgo predefinidos. A las otras se les dio el cuidado apropiado para cualquier condición detectada o factor de riesgo. Las mujeres que se negaron a recibir el componente básico del nuevo modelo siguieron los procedimientos estandar pre estudio en estas clínicas (figura 1).

En la primera visita prenatal a las clínicas del nuevo modelo, las mujeres fueron clasificadas con respecto a si necesitaban o no mayor evaluación o cuidados especiales (por ejemplo, la derivación a una clínica especializada). El formulario de clasificación contenía 18 respuestas binarias (signo) que cubrían la historia obstétrica (previo nacido muerto o pérdida neonatal; historia de tres o más abortos espontáneos consecutivos; peso al nacer del último bebé < 2500 g ó > 4500 g; ingreso al hospital por hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia en el último embarazo; cirugía previa en el tracto reproductivo), embarazo actual (embarazo múltiple; edad < 16 años o > 40 años; isoinmunización Rh (-); sangrado vaginal; masa pélvica; presión sanguínea diastólica de 90 mm Hg o más al inscribirse) y condiciones médicas generales (diabetes mellitus insulino-dependiente; enfermedades renales o cardíacas; abuso conocido a sustancias, incluyendo alcohol y cualquier otra enfermedad o condición médica severa). Las mujeres con una respuesta positiva a por lo menos una de las preguntas no fueron elegibles para el componente básico del nuevo modelo pero permanecieron en el grupo de intervención como aleatorizadas, recibiendo la atención

correspondiente a la condición detectada.

El uso del formulario de clasificación es una parte integral del nuevo modelo, el cual tenía dos componentes (el componente básico y mayor evaluación y/o cuidados especiales) y no se consideró como un criterio de ingreso al estudio. Por lo tanto, no se introdujo ningún formulario correspondiente en las clínicas de control.

Las actividades incluidas en el nuevo programa básico cayeron dentro de tres áreas generales: tamizaje para condiciones de salud que es probable que incrementen el riesgo de resultados adversos específicos; intervenciones terapéuticas conocidas como beneficiosas; alerta a las mujeres embarazadas sobre emergencias e instruir las sobre las respuestas apropiadas. En la figura 2 se presentan las actividades distribuidas en cuatro visitas. Esta lista de control fue incluida en los registros médicos de todas las mujeres clasificadas para el componente básico del nuevo modelo en las clínicas de intervención y seguidas por sus prestadores del cuidado de la salud (5).

Se hicieron esfuerzos para permitir que las clínicas asignadas al nuevo modelo implementaran las actividades recomendadas: se dispuso de reactivos múltiples para pruebas de orina en todas estas clínicas en las cuales no era posible el cultivo de orina de rutina; se suministraron tabletas de hierro y ácido fólico a todas aquellas clínicas que no las tenían disponibles, para que se las dieran gratis a todas las mujeres" (10).

La implementación de la intervención varió en cierta forma de sitio a sitio. En Tailandia, la altura uterina se registró solamente en los registros médicos y se hizo una prueba de hemoglobina en la primera visita que no estaba en el protocolo. En Arabia Saudita, las mujeres rhesus negativas no fueron elegibles para el componente básico del CPN y no fue aceptable el examen vaginal de rutina. En Argentina, algunos médicos en las clínicas del nuevo modelo pidieron una evaluación ecográfica sin indicación médica, lo cual no fue recomendado. También en Argentina, si la mujer no había dado a luz para la semana 41 de gestación, la siguiente visita tenía lugar en la clínica prenatal más que en el hospital, como se requería en el protocolo y algunos médicos en una clínica grande continuaron haciendo pruebas de tamizaje de tolerancia a glucosa, aunque estas no fueron incluidas en el nuevo protocolo.

El cumplimiento del componente básico del nuevo modelo fue evaluado formalmente por medio de la lista de control clínico de CPN (figura 2). La lista de control fue completada durante esta evaluación tanto por el principal prestador del control como por observación directa del supervisor clínico del estudio o un observador externo. Por lo tanto, para cada mujer enrolada en este ejercicio, dos listas de control fueron completadas para la misma visita. Se estudió a todas las pacientes que concurrían un día seleccionado al azar en cada clínica del nuevo modelo. Las clínicas no fueron notificadas por adelantado. Se evaluaron un total de 481 visitas de CPN.

Medidas de resultado

El resultado fetal/neonatal primario fue bajo peso al nacer (< 2500 g) entre nacimientos simples. El resultado materno primario fue un índice de morbilidad maternas (5) definido como la presencia de al menos una de las siguientes condiciones severas para las cuales se cree que el CPN es efectivo: pre-eclampsia o eclampsia durante el embarazo o dentro de las 24 horas del parto (pre-eclampsia definida como hipertensión y proteinuria de 2,0 g o más en 24 horas o 2+ 0 más en el examen cualitativo [reactivo]); anemia post parto severa (hemoglobina <90 g/L); e infección tratada del tracto urinario incluyendo pielonefritis (definida como cualquier episodio que requiere tratamiento

antibiótico o ingreso al hospital). Se consideraron otros varios acontecimientos maternos y perinatales estandar como resultados secundarios (11).

Evaluación económica

Se llevó a cabo una evaluación económica junto con este estudio (12). Se recolectaron los datos sobre costos para los prestadores y las mujeres. Se derivó la información sobre el uso de servicios a partir de los formularios de resumen del estudio. Esta información se combinó con los costos de las unidades, estimados en un estudio separado de costos, para calcular los costos totales de la atención para cada modelo de atención. Los costos de los prestadores de la salud por embarazo para cada mujer se calcularon como aquellos que surgen de las visitas al CPN de pacientes externas, incluyendo las visitas no rutinarias, días de control prenatal de pacientes internadas, parto (según el tipo de parto), días de control post natal y días de cuidados neonatales especiales. Los estudios de costo estimaron los costos de la unidad de cada uno de estos formularios de uso de servicio dentro de cada servicio usado por las mujeres en el estudio en Cuba y Tailandia. Los costos para las mujeres son los asociados a la concurrencia a las visitas como pacientes externas y se estimaron a partir de una encuesta de una muestra de mujeres que concurren a las clínicas participantes. Todos los costos se expresan en U\$S en precios del 1° de enero, 1998 por medio del uso de pesos de paridad de poder de compra. Debido a las diferencias en las circunstancias en cada país, la estimación de costos acumulados para todo el estudio no fue la apropiada (13).

Como los fondos fueron limitados, se pudieron estimar los costos en detalle en todas las clínicas del estudio solamente en Cuba y Tailandia. Los informes completos de los ejercicios de costos están disponibles a partir de los investigadores económicos (MM, JF-R, GH).

Evaluación de la percepción de las mujeres y los prestadores sobre la calidad de la atención

Este componente apuntaba a comparar la percepción sobre la calidad del CPN (particularmente la satisfacción) y las razones detrás de ella, en las mujeres que concurrían a ambos tipos de clínicas. También exploró la percepción de los prestadores de la salud sobre los dos modelos prenatales (14). La evaluación se organizó en dos etapas. En la primera, se usó el enfoque etnográfico, incluyendo los grupos de foco y las entrevistas en profundidad con el personal de la salud y las mujeres para evaluar el marco de los valores relacionados culturalmente e cada país. Estos hallazgos se incorporaron en la segunda etapa (cuantitativa) que usó un cuestionario estandar, de final cerrado para todos los prestadores de CPN (92 en el nuevo modelo, 82 en el estandar) en todas las clínicas participantes en el estudio y otros cuestionarios para una muestra al azar, estratificada por clínica, de 790 mujeres en el nuevo modelo y 748 en el estandar. Se incluyó a las mujeres si estaban en la semana 32 o más de gestación y habían tenido al menos dos visitas de CPN antes de la entrevista. Todas las entrevistas tuvieron lugar durante 1997, cuando el estudio estuvo bien establecido.

Diseño y aleatorización

Se aplicaron las fórmulas de tamaño muestral correspondientes al diseño de aleatorización por racimos estratificada (15) (16) tanto al resultado de bajo peso al nacer como al índice de morbilidad materna, que en ambas se esperaba que ocurrieran en alrededor del 10% de los casos. El cálculo tuvo en cuenta que el diseño involucraba cuatro sitios, con clínicas (racimos) dentro de cada sitio

asignado al azar al modelo de control nuevo o estandar. Se esperaba que una mayor estratificación por las características de las clínicas tuviera un impacto conservador sobre el poder y por lo tanto fuera ignorado para este propósito.

Con la suposición de un número constante de clínicas por estrato y los tamaños muestrales tomados como 300, 450 ó 600 pacientes que concurrían por año, los requerimientos de tamaño muestral para el diseño fueron calculados con un nivel de significancia de dos colas en $\alpha=0.05$ y un poder de $1-\beta=0.90$ para tres valores de la razón de probabilidades (RP) de la intervención (OR 1.16, 1.18 y 1.20) y para los valores del coeficiente de correlación intra racimo (ρ) que oscilaba de 0 a 0.002. Este rango se basó en una estimación de 0.00065 de uno de los sitios de estudio. Estos cálculos mostraron, por ejemplo, que 19087 mujeres en cuatro sitios de estudio enrolados en 12 clínicas por sitio, reclutando cada clínica 450 pacientes, proveería un poder de 90% para la detección de una razón de probabilidades de la intervención de 1.2 en una prueba de dos lados con un nivel de significancia del 5% si ρ es 0.001. Elegimos el valor 1.2 como el valor máximo de la razón de probabilidades que sería considerado como consistente con la conclusión de que el nuevo programa es tan efectivo como el estandar, teniendo en cuenta los presuntos costos incrementados y las inconveniencias para las mujeres y las familias asociadas con este último. Con una tasa de resultado promedio a través de los sitios del grupo control de 0.10, esta decisión implica que una elevación en esta tasa hasta alrededor de 0.12 se considera como sustancialmente importante de detectar.

También se calcularon las estimaciones de tamaño muestral con un enfoque de equivalencia (16).

Para establecer la equivalencia con un intervalo de confianza de dos lados dentro de una diferencia de 0.02 con un poder del 90% y la aplicación de un efecto de diseño de 1.45 para los racimos, se necesitarían alrededor de 17000 mujeres (15). Ambos enfoques mostraron que el blanco de 20000 mujeres para el estudio dio suficiente poder para que este detecte una diferencia relevante o demuestre equivalencia práctica, como se definió anteriormente.

Sin embargo, el protocolo del estudio estipuló que el período de reclutamiento debería durar al menos 1 año para capturar todas las variaciones estacionales. Por lo tanto, tuvimos que continuar el reclutamiento más allá del número mínimo requerido.

El programa de asignación aleatoria de los modelos de control para las clínicas fue generado por computadora, incluyendo la estratificación por sitio de estudio y características de la clínica, en un lugar central (OMS, Ginebra, Suiza) por la Unidad Estadística del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP. La asignación del tratamiento para cada sitio se mantuvo en Ginebra hasta que el sitio hubiera completado el entrenamiento introductorio básico del personal del estudio (ambos en las clínicas de modelos estandar y control). Cuando los investigadores locales estuvieron listos para implementar los talleres de capacitación para el personal si la clínica estaba asignada al nuevo modelo, el o la estadística del estudio enviaba la asignación del tratamiento por fax directamente al investigador principal del sitio seleccionado.

El sistema de manejo de datos fue el DMS2 estandar para micro computadoras del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana de la OMS. Este sistema consiste en un juego completo de software que captura los datos recolectados en las clínicas y hospitales dentro de los archivos electrónicos según los lineamientos de la Buena Práctica Clínica de la OMS. La unidad coordinadora de cada país fue responsable del ingreso de datos y la preparación del archivo de datos del país, siguiendo el sistema de la OMS. Los archivos de datos se enviaron a Ginebra regularmente para consolidar el archivo maestro de datos y

de modo que se pudieran producir los informes de monitoreo general.

El personal responsable de la recolección de datos después del nacimiento, que incluyó las variables de resultado, no estaba al tanto del estatus del grupo de las mujeres en el estudio. Además de monitorear por un posible sesgo en los datos recolectados en forma rutinaria, se recolectó información sobre acontecimientos intraparto, parcialmente no relacionados al CPN, tal como cesárea de emergencia y parto por forceps.

El formulario de recolección de datos fue validado por el supervisor del estudio quien completó un segundo formulario de recolección de datos para todos los partos que tenían lugar durante un día seleccionado al azar en cada uno de los hospitales del estudio. Este formulario fue adicional al completado para el estudio por el empleado de datos del hospital. Se evaluó el acuerdo entre estos dos observadores por medio del porcentaje del acuerdo y la estadística κ ajustada por estratos para las variables cualitativas y el coeficiente de correlación (17) intraclase para las variables cuantitativas. Durante el estudio, 428 mujeres en el grupo del nuevo modelo y 331 en el estandar fueron incluidas en este análisis.

Análisis estadístico

Las tablas basales compararon los dos grupos de estudio con respecto a factores de riesgo a nivel racimo y a nivel individual. Los análisis estadísticos fueron por "intención de tratar" y representaban la correlación dentro de la clínica. Sin embargo, dada la naturaleza de equivalencia del estudio, también se hicieron los análisis de eficacia.

La unidad primaria de inferencia en este estudio es la paciente individual, con la unidad de aleatorización (la clínica) adoptada sólo por razones prácticas para facilitar la implementación de la intervención.

Los IC del 95% (de dos lados) fueron construidos sobre las razones de probabilidades del efecto de la intervención (18) y también sobre la diferencia en las tasas del efecto de la intervención. La equivalencia práctica fue definida a priori como que existía para los dos resultados primarios si el límite superior del IC del 95% era 1.2 o menos. Controlamos por las variables basales pronósticamente importantes por medio del enfoque de ecuaciones de estimación generalizada (19). Estas variables fueron la edad (< 20 años, de 21 a 30 años, y más de 31 años), previo bajo peso al nacer y nuliparidad así como cualquier variable que muestre un desequilibrio basal sustancial entre los grupos de estudio.

También se hicieron análisis para explorar la posibilidad de modificación del efecto sobre los resultados primarios que involucran estratos (país y tamaño de la clínica) y tipo de CPN basal aunque el poder de los efectos de interacción fue bajo. Se hicieron inferencias formales (pruebas de significancia e IC del 95%) sólo para los análisis principales de los resultados primarios.

Etica

Este estudio fue aprobado por el Grupo de Revisión Científica y Etica del Programa Especial sobre Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana del Banco Mundial/UNDP/UNFPA/OMS, el Comité Secretaria) para la Investigación en Reproducción Humana de la OMS y las Juntas de Revisión Institucional de los centros participantes individuales y las correspondientes autoridades de salud de las regiones donde se implementó el estudio.

El procedimiento de consentimiento informado se basó en el diseño de consentimiento único propuesto por Zelen (20). Por lo tanto, sólo se les pidió el consentimiento informado a las mujeres que concurrían a las clínicas prenatales asignadas al nuevo modelo; las mujeres que se rehusaban, fueron atendidas según la práctica estandar en su clínica. Sin embargo, dichas mujeres fueron contadas en el análisis de "intención de tratar" como que fueron asignadas al grupo del nuevo modelo. Las mujeres que concurrían a las clínicas del modelo estandar recibían los protocolos recomendados en cada país, en el mejor formato ofrecido, en estas clínicas, que fueron actualizadas cuando fue necesario para permitir una atención satisfactoria. El personal de las clínicas del grupo estandar fue alentado para que siguiera los lineamientos de CPN recomendados en su país (6) (9).

Resultados

Características de las clínicas y las mujeres

La mayoría de las clínicas participantes fueron urbanas y todas pertenecían a los sistemas de salud pública. Treinta y nueve fueron parte de un policlínico y 14 estaban dentro de un hospital. La mayoría de las clínicas eran de tamaño mediano con 33-38 mujeres embarazadas que se escribían por mes (10). En general, los recursos disponibles fueron suficientes para la implementación de un tipo de CPN occidental, adecuado, básico, de rutina. La mayoría de las clínicas pudieron derivar a las mujeres a otros niveles de atención dentro del mismo edificio. Algunas pudieron internar a las mujeres en el mismo servicio, aunque la mayoría de las mujeres en los sitios de estudio, excepto en Tailandia, dieron a luz en hospitales grandes.

Los médicos (especialistas en obstetricia y ginecología o médicos generales) estuvieron disponibles en todas las clínicas para la prestación del CPN. En Tailandia, las clínicas tenían parteras que daban la atención básica y los médicos se usaron para las derivaciones. La mitad de las clínicas tenía un personal especial para obtener las muestras de sangre o de orina y las otras clínicas fueron visitadas en forma rutinaria por el personal de los laboratorios centrales para extraer o recoger las muestras. Los datos fueron obtenidos de una encuesta entrevistando al personal en todas las clínicas y de una muestra al azar de las mujeres que concurrían al CPN en estas clínicas poco tiempo antes de la aleatorización (10). La distribución de las características de la clínica, la ubicación, el número de nuevas pacientes enroladas por mes y los recursos disponibles fue muy similar entre las clínicas que fueron aleatorizadas subsiguientemente para los dos modelos en el estudio.

Se asignaron 27 clínicas al nuevo modelo de CPN y 26 al modelo estandar. Todas las 53 clínicas completaron el estudio. Hubo 24678 mujeres en los cuatro países que concurrían a las clínicas de CPN por primera vez durante el período de estudio; todas ellas se enrolaron en el estudio. Después de la primera visita, se encontró que 100 mujeres en el nuevo modelo (0.8%) y 52 (0.4%) mujeres en el estandar no estaban embarazadas y fueron excluidas de todos los análisis. De las restantes mujeres, 12568 comenzaron el control en las clínicas que daban el nuevo modelo y 11958 mujeres en las clínicas asignadas al modelo estandar (figura 3). Se perdieron en el seguimiento 2.0% de las mujeres enroladas en el modelo nuevo y 2.4% en el estandar. La proporción de abortos (espontáneos o inducidos) fue similar en los dos grupos de estudio. La proporción de mujeres que no se perdieron en el seguimiento y tuvieron nacimientos simples pero completaron el estudio sin información sobre el peso al nacer fue 1.1 % en el nuevo modelo y 0.7% en el estandar (figura 3). Las proporciones sin datos para anemia post parto fueron 7.6% y 9.0%, respectivamente. 164

mujeres (1.3%) que concurrían a las clínicas asignadas al modelo nuevo se rehusaron a participar. Estas mujeres siguieron el control estandar en las mismas clínicas pero fueron incluidas en el grupo del nuevo modelo de estudio para el análisis. Los nacimientos múltiples fueron excluidos del análisis principal.

El nivel profesional del prestador de atención primaria fue similar entre los dos grupos del estudio dentro en los países y en general. Por ejemplo, 61.7% de las mujeres tuvieron CPN con un obstetra/ginecólogo en el grupo del nuevo modelo comparado con 57.1% en el estandar. Las proporciones respectivas para los médicos generales fueron 18.9% y 19.9% y para las parteras, 19.1% y 18.8%. Sin embargo, el prestador primario varió por país: los especialistas en obstetricia y ginecología prestaron la mayoría del CPN en Argentina y Cuba, los médicos generales en Arabia Saudita y las parteras profesionales en Tailandia.

La duración media de gestación al ingreso al estudio fue 16.5 semanas (D.E. 8.4) en el nuevo modelo y 16.0 semanas (8.0) en el modelo estandar (tabla 1). Las mujeres enroladas en los dos grupos de estudio fueron similares en términos de características demográficas y obstétricas. Sin embargo, hubo algunas diferencias en las variables básicas de importancia pronóstica potencial, general y dentro de cada país. Estas variables fueron: tabaquismo durante el embarazo, nivel de instrucción inferior a la educación primaria, internación en el embarazo precedente por hipertensión o preeclampsia/eclampsia, cualquier cirugía previa en el tracto reproductivo e inscripción tardía (> 28 semanas de gestación) al CPN.

La proporción de mujeres en el nuevo modelo que no requirieron mayor evaluación o tratamiento después de la primera visita según determinó el formulario de clasificación fue 76.8% (oscilando de 69.3% a 88.5% en los cuatro países). La historia de bajo peso al nacer, previo nacido muerto, cirugía en el tracto reproductivo, sangrado vaginal y severas condiciones médicas en el presente embarazo fueron las causas más comunes para una mayor acción.

Figura 3: Perfil del ensayo

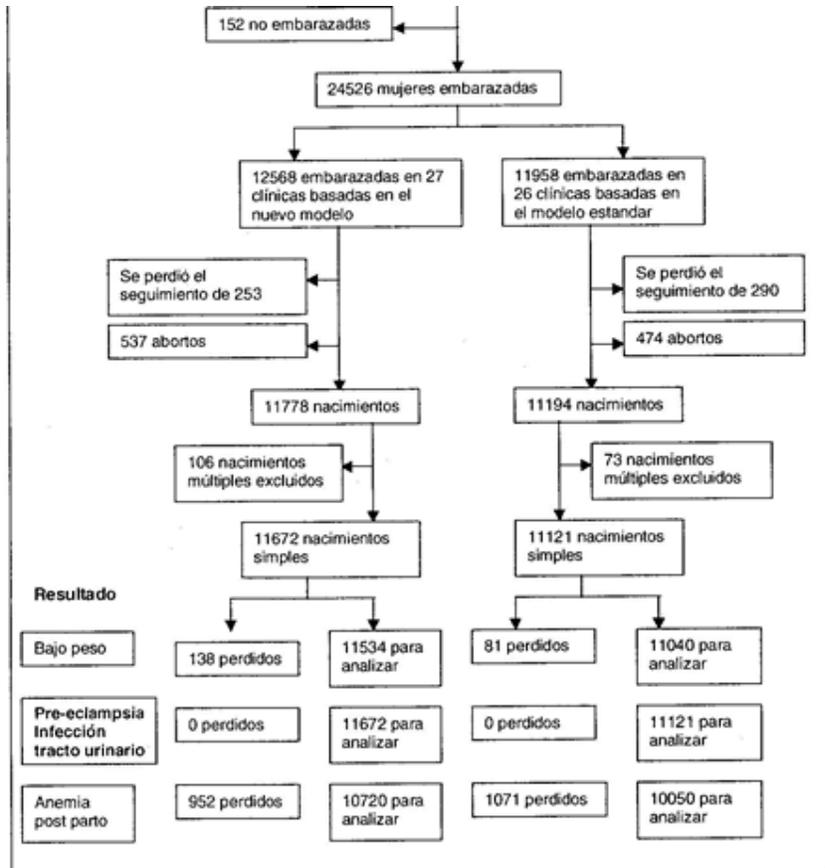


Tabla 1: Características basales de las mujeres al comienzo del ensayo

Características	Nuevo Modelo n = (12568)	Modelo estandar n = (11958)
Demográficas		
Casada o con relación estable	11609 (92,4%)	10841 (90,7%)
Nivel de instrucción menor al primario	2204 (17,5%)	1882 (15,7%)
Tabaquismo durante el embarazo	1308 (10,4%)	1495 (12,5%)
Abuso de drogas	64 (0,5%)	41 (0,3%)
Número de personas por habitación*	2,4 (1,4)	2,4 (1,2)
Reclutamiento en 1997	8010 (63,7%)	7588 (63,5%)
Edad materna en años*	25,5 (6,0)	25,2 (6,0)
Resultados de embarazos anteriores		
Abortos	2681 (21,3%)	2554 (21,4%)
Nacidos muertos	92 (0,7%)	74 (0,6%)
Bajo peso (< 2500 g)	374 (3,0%)	384 (3,2%)
Muerte neonatal	66 (0,5%)	47 (0,4%)
Admisión hospitalaria por hipertensión or pre-eclampsia/ eclampsia	215 (1,7%)	132 (1,1%)
Historia Reproductiva		
Algún bebe con bajo peso al nacer previo	715 (5,7%)	702 (5,9%)
Alguna cirugía previa del tracto reproductivo	227 (1,8%)	351 (2,9%)
Algún aborto previo	4037 (32,1%)	3809 (31,9%)
Algún nacido muerto o muerte prenatal previo	563 (4,5%)	464 (3,9%)
Embarazo actual		
Isoinmunización RH(-)	143 (1,1%)	76 (0,6%)
Sangrado vaginal en el primer trimestre	445 (3,5%)	333 (2,8%)
Fecha del UPM desconocida	641 (5,1%)	538 (4,5%)
Nulipara	4661 (37,1%)	4665 (39,0%)
Primigravida	3310 (26,3%)	3353 (28,0%)
Altura de la madre en cm*	156,8 (6,6)	156,4 (6,5)
Peso de la madre en kg en la primer consulta*	59,4 (12,6)	59,0 (12,2)
Duración gestacional a partir de la primer consulta en semanas	16,5 (8,4)	16,0 (8,0)
Inscripción tardía para el control prenatal**	1653 (13,2%)	1346 (11,3%)

UPM: último periodo de menstruación. Los datos son el número esperado de mujeres.

* Media (DE)

**>28 semanas de gestación en la primer consulta

La intervención

En general, las mujeres que concurrían a las clínicas asignadas al nuevo modelo de UN tuvieron una mediana de cinco visitas de CPN (rango intercuartil de tres a seis) comparado con una mediana de ocho (de cinco a once) en el modelo estandar. En todos los países, el número de visitas fue menor en el nuevo modelo que en el estandar (figura 4). 47.6% de las mujeres tuvieron menos de cinco visitas en el nuevo modelo comparado con 19.6% en el modelo estandar. Las mujeres que se clasificaron como elegibles para el componente básico en el nuevo modelo tuvieron, como se planeó, una mediana de cuatro visitas y aquellas identificadas en la primera visita del nuevo modelo como que requerían mayor evaluación o cuidados especiales tuvieron una mediana de seis. 50.6% de las mujeres en el nuevo modelo elegibles para el componente básico tuvieron menos de cinco visitas comparado con 37.1 % de aquellas que requerían más evaluación.

El cumplimiento con las actividades incluidas en el componente básico del nuevo modelo (figura 2) fue evaluado en una muestra al azar de 481 mujeres. En general, el acuerdo entre el prestador del control y el observador externo sobre cada actividad recomendada estuvo por encima de 83% en 11 de las 14 actividades recomendadas para la primera visita (n=204). Durante la segunda visita (n=104), las correspondientes cifras fueron seis de las ocho actividades, durante la tercera visita (n=107), ocho de las 12 actividades y durante la cuarta visita, ocho de las 12 actividades (n=66). Las actividades para las cuales había poco acuerdo fueron el examen clínico por anemia, el examen ginecológico y las recomendaciones para emergencias, parto, lactancia y anticoncepción.

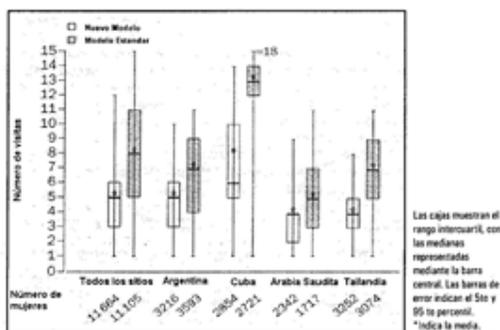
Se promovieron específicamente prácticas seleccionadas como parte del nuevo modelo de CPN. En

general, una proporción mayor de mujeres recibió los suplementos de hierro en el nuevo modelo que en el estándar (85.6% vs 63.8%). Esta diferencia se debió mayormente al estudio en Argentina, donde se suministró el suplemento de hierro a 85.0% de las mujeres en el nuevo modelo pero sólo 20.6% en el estándar. En los otros estudios, los porcentajes fueron similarmente altos para ambos modelos. La proporción con la inmunización completa para el tétanos fue similar en los dos grupos (84% vs 85%). La sífilis fue tratada más frecuentemente en el modelo nuevo que en el estándar (1.1% vs 0.7%). Otras infecciones transmitidas sexualmente fueron tratadas en 3.1 % de las mujeres en el nuevo modelo y 2.8% en el estándar. La proporción con versión cefálica externa fue similarmente baja en los dos grupos.

El acuerdo entre el personal responsable de la abstracción de los datos y el supervisor de los resultados primarios obtenidos de 759 registros seleccionados al azar fue más del 98%; las estadísticas K ajustadas por estratos fueron 0.93 o más para los bajo peso al nacer y el índice de morbilidad materna. El porcentaje de acuerdo para las características básicas y los resultados secundarios fue más de 99% en la mayoría de los casos y más de 94% en todos los casos. Las estadísticas K, calculadas sólo para aquellas variables con frecuencias entre 5% y 95%, fueron 0.79 o más.

Para investigar la posibilidad de sesgo en la extracción de datos, comparamos las tasa de parto por forceps y aspiración, y cesárea intraparto debida a la falta de progreso y cesárea por desproporción cefalopélvica entre los modelos. El CPN debería haber tenido una influencia muy limitada en estas variables. Las tasas fueron casi idénticas en los grupos del modelo nuevo y el estándar (parto por forceps o aspiración 3.2% vs 3.4%, $p=0.57$; cesárea intraparto 7.8% vs 7.6%. $p=0.60$; cesárea intraparto debida a la falta de progreso 2.3% vs 2.6%, $p=0.24$; y debida a la desproporción cefalopélvica 1.5% vs 1.4%, $p=0.85$).

Figura 4: Número total de visitas de control prenatal de acuerdo al modelo en su totalidad y por sitio estudiado



Medidas de resultado

La tasa de bajo peso al nacer fue similar en los dos grupos. La diferencia de tasa estratificada fue 0.96% (IC 95% -0.01 a 1.92; $p=0.06$). La razón de probabilidades (RP) de resumen estratificada fue 1.10 (IC 95% 0.95a 1.27); (tabla 2). El peso al nacer medio fue 3120 g en ambos grupos.

El índice de morbilidad materna ocurrió en 14.5% de las mujeres para el nuevo modelo y 16.5% para el modelo estándar (RP de resumen estratificado 0.98). Durante el análisis del estudio, se encontró la heterogeneidad cualitativa estadísticamente significativa ($p=0.012$) entre los estratos, mayormente relacionada a la anemia postparto severa. Aunque este índice fue uno de los dos

resultados primarios seleccionados en el protocolo, consideramos que era inapropiado otro análisis sobre una base general. Los tres componentes del índice fueron por lo tanto analizados separadamente.

Las tasas de anemia post-parto severa (ningún valor p debido a heterogeneidad) e infecciones del tracto urinario ($p=0.95$) fueron similares en ambos modelos (tabla 2). Sin embargo, la tasa de anemia post parto severa fue sustancialmente menor en el modelo nuevo (8.8%) que en el modelo estandar (13.3%) para Argentina, donde se logró la diferencia más grande en suplementación de hierro. El análisis de sensibilidad que excluía datos de Argentina sugirió que la heterogeneidad observada en la anemia post parto fue relacionada mayormente con el gran efecto protector del nuevo modelo en este sitio de estudio. Para la preeclampsia/eclampsia, la tasa fue levemente mayor en el nuevo modelo ($p=0.63$).

Los ajustes para tabaquismo durante el embarazo, nivel de instrucción menor al primario, internación en el embarazo precedente por hipertensión o preeclampsia/eclampsia, cirugía ginecológica antes del embarazo índice, bebé previo con bajo peso al nacer, sangrado vaginal en el primer trimestre, inscripción tardía (> 28 semanas), edad materna y la nuliparidad no cambió los patrones pero produjo intervalos de confianza estrechos (tabla 2). Por lo tanto, teniendo en cuenta el diseño aleatorizado por racimos y el ajuste para las variables seleccionadas, podemos decir con una confianza del 95% que cualquier incremento en las razones (o groseramente en el riesgo) de bajo peso al nacer asociado con un nuevo modelo no serán mayores de 15% (límite superior de IC 95% para RP 1.15) y que para la infección del tracto urinario el incremento del riesgo no será mayor de 10% (límite superior de IC 95% para la RP ajustada 1.10).

La comparación entre los grupos no mostró ningún patrón en los resultados secundarios maternos y fetales o neonatales en favor de cualquiera de los dos grupos (tabla 3). Hubo ocho casos de eclampsia en el grupo del nuevo modelo y nueve en el estandar y siete versus seis muertes maternas. En general, la tasa de anemia severa durante el embarazo fue similar en los dos grupos (RP de resumen estratificado 0.96 MC 95% 0.48 a 1.90)]. En el sitio de estudio, con la mayor diferencia en suplementación de hierro, la tasa de anemia durante el embarazo fue menor en el nuevo modelo que en el estandar (1.7% vs 2.9%). Las tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal fueron similares en los dos grupos (todos los valores $p > 0.05$, tabla 3).

Hubo, sin embargo, una tasa más alta de muerte fetal a las 36 semanas o menos de gestación en el nuevo modelo que en el estandar (1.0% vs 0.7%) aunque no alcanzó significancia estadística ($p=0.08$). Las tasas fueron similares en los dos modelos para muerte fetal después de las 36 semanas de gestación. Hubo más fetos pequeños para la edad gestacional entre aquellos que murieron a las 36 semanas o antes en el nuevo modelo que en el estandar (40.2% vs 28.6%), pero menos entre aquellos que murieron después de las 36 semanas (37.8% vs 47.6%). La edad gestacional media al parto para los fetos que murieron antes de las 36 semanas, la edad gestacional media también fue idéntica a las 38 semanas.

Consideramos que una parte importante de esta equivalencia es un análisis que comparaba sub poblaciones que recibieron el componente básico del nuevo modelo, representando la parte más innovadora del modelo, con las mujeres que habrían sido elegibles para este componente básico pero que concurrieron a las clínicas de control. Comparamos a todas las mujeres en el estudio con las mismas variables incluidas en el formulario de clasificación usado en el nuevo modelo pero obteniendo los datos para ambos grupos a partir del formulario de recolección de datos del estudio porque no había ningún formulario de clasificación en las clínicas del modelo estandar.

9314 mujeres (79.8%) en el nuevo modelo y 8984 (80.8%) en el estandar habrían sido elegibles para el componente básico del nuevo modelo.

Las características basales fueron similares para estas dos subpoblaciones. No se encontró ningún cambio fundamental en el patrón de resultados.

Tabla N° 2: Resultados Primarios

Resultado	Nuevo Modelo	Modelo Estándar	Diferencias de tasas estratificadas (IC 95%) ^a	Razones de odds resumen estratificadas (IC 95%) ^b	Razones de odds ajustadas (IC 95%) ^a
Bajo peso al nacer (<2500 g)	886/11534 (7.68%)	788/11040 (7.14%)	0.96 (-0.01 a 1.92)	1.10 (0.95 a 1.27)	1.06 (0.97 a 1.15)
Pre-eclampsia/eclampsia	197/11672 (1.69%)	153/11121 (1.38%)	0.21 (-0.25 a 0.67)	1.22 (0.92 a 1.60)	1.26 (1.02 a 1.56)
Anemia post parto	814/10720 (7.59%)	871/10050 (8.67%)	0.32*	1.02*	1.01*
Infección del tracto urinario tratada	695/11672 (5.95%)	824/11121 (7.41%)	-0.42 (-1.65 a 0.80)	0.90 (0.56 a 1.45)	0.93 (0.79 a 1.10)

§Ajustadas por los efectos de los estratos mediante un ANOVA de dos factores de proporciones cluster.

o Método de cluster de Woolf.

o Ecuaciones estimadas generalizadas: ajustadas por estratos y por las variables baseline: tabaquismo durante el embarazo, nivel de instrucción menor al primario, admisión hospitalaria por hipertensión o preeclampsia/eclampsia, cirugía ginecológica antes del embarazo, algún bebe con bajo peso al nacer anterior, sangrado vaginal en el primer trimestre, inscripción tardía para el control prenatal(> 28 semanas), edad de la madre (20 años o menos, 21 a 30 años, 31 años o más), nuliparas.

*Los efectos fueron heterogéneas a través de los sitios y de los estratos, de todas formas las estimaciones globales pueden llegar a esconder efectos específicos de los sitios.

Aquellos intervalos de confianza que no se mostraron fueron calculados con métodos computacionales que asumieron homogeneidad.

Tabla 3: Resultados Secundarios

Resultado	Número de eventos	
	Nuevo Modelo	Modelo Estandar
Maternos	(n = 11672)	(n = 11121)
Embarazo inducido por hipertensión	402 (3.4%)	554 (5.0%)
Pre-eclampsia	189 (1.6%)	144 (1.3%)
Admisión hospitalaria por pre-eclampsia	50 (0.4%)	32 (0.3%)
Eclampsia	8 (0.07%)	9 (0.08%)
Anemia severa del embarazo	514 (4.4%)	435 (3.9%)
Hipertensión con tratamiento	272 (2.3%)	438 (3.9%)
Hipertensión sin tratamiento	131 (1.1%)	116 (1.0%)
Sangrado vaginal segundo trimestre	98 (0.8%)	54 (0.5%)
Sangrado vaginal tercer trimestre	82 (0.7%)	68 (0.6%)
Algún sangrado vaginal	378 (3.2%)	241 (2.2%)
Sifilis postparto	31 (0.3%)	47 (0.4%)
Internación hospitalaria Postparto > 8 días	388 (3.3%)	382 (3.4%)
Cesaria	1640 (14.1%)	1569 (14.1%)
Parto vaginal asistido	428 (3.7%)	423 (3.8%)
Cualquier presentación podálica	406 (3.5%)	335 (3.0%)
Parto vaginal podálico	52 (0.5%)	49 (0.4%)
Muerte materna	7 (0.06%)	6 (0.05%)
Feto-neonatal	(n = 11534)	(n = 11040)
Pequeño para la edad gestacional*	1743 (15.2%)	1657 (15.1%)
Parto prematuro (<37 semanas)	910 (7.9%)	852 (7.7%)
Peso al nacer muy bajo (<1500 g)	121 (1.1%)	108 (1.0%)
Parto prematuro indicado médicamente (< 35 semanas)	75 (0.7%)	74 (0.7%)
Parto prematuro indicado médicamente (35-36 semanas)	74 (0.6%)	79(0.7%)
RPM (< 35 semanas)	84 (0.7%)	68 (0.6%)
RPM (35-36 semanas)	67 (0.6%)	86 (0.8%)
Apgar 1 min < 7♣	396 (3.5%)	353 (3.2%)
Apgar 5 min < 5♣	21 (0.2%)	23 (0.2%)
Admisión para control prenatal intensivo > 2 días♣	617 (5.4%)	700 (6.4%)
Mortalidad fetal	(n = 11672)	(n = 11121)
Muerte fetal	161 (1.4%)	119 (1.1%)
Nacido muerto fresco	99 (0.9%)	80 (0.7%)
Nacido muerto macerado	62 (0.5%)	39 (0.4%)
Muerte fetal ≤ 36 semanas	122 (1.0%)	77 (0.7%)
Muerte fetal > 36 semanas	37 (0.3%)	42 (0.4%)
Muerte fetal sin malformaciones congénitas	117 (1.0%)	85 (0.8%)
Muerte fetal con malformaciones congénitas	19 (0.2%)	22 (0.2%)
Mortalidad neonatal		
Mortalidad neonatal día 1 únicamente	31 (0.3%)	32 (0.3%)
Mortalidad neonatal a partir del día 1	42 (0.4%)	39 (0.4%)

RPM: ruptura prematura de membrana. *n = 11440 para el nuevo modelo, 10974 para el modelo estandar. § n = 11397 para el nuevo modelo, 10934 para el modelo estandar.

RPM: ruptura prematura de membrana.

*n=11440 para el nuevo modelo, 10974 para el modelo estandar.

§ n = 11397 para el nuevo modelo, 10934 para el modelo estandar.

Costos de los prestadores de salud y las mujeres

La Tabla 4 muestra los costos para los dos países en los cuales se disponía de información detallada. Los costos promedio de los prestadores por embarazo reflejan tanto el número de usos de los servicios como los costos de la unidad de cada tipo de servicio. Los costos por embarazo fueron más altos en las clínicas del modelo estandar que en las que ofrecían el nuevo. Las diferencias entre los modelos en el costo medio de los prestadores y en los costos "del bolsillo" de las mujeres fueron significativos a $p < 0.05$ en Tailandia y a $p < 0.1$ en Cuba. Típicamente, menos de 25% de los costos

promedio para los prestadores son variables a corto plazo (21), y estos costos pueden tomarse como una autorización para los costos marginales (22). Estos costos variables fueron menores para las clínicas del nuevo modelo que para las del modelo estandar en todos los países, con reducciones en los costos medianos de entre 6% y 15%. La diferencia en las costos variables fue significativa a $p=0$ en Tailandia pero no fue significativa en Cuba ($p>0.1$).

Los costos por embarazo en cada país fueron distribuidos en forma diferente entre la atención neonatal, post parto, intraparto y prenatal de pacientes externos e internados. Hubo diferencias entre los países, especialmente en los costos de la atención neonatal. En Cuba, los costos para la atención neonatal fueron altos, representando más del 20% del total. En Tailandia, se derivaron menos bebés para el cuidado intensivo neonatal, por menos tiempo y a menor costo promedio por día. Los costos del cuidado neonatal fueron menos del 3% del total. Los costos del CPN de pacientes externos formaron la mayor proporción de costo pero esta proporción fue menos en el nuevo modelo. La cantidad de tiempo que las mujeres en las clínicas del nuevo modelo destinaba durante sus embarazos para acceder al control fue significativamente menor en el nuevo modelo que en el estandar en los dos países (tabla 4, $p < 0.05$).

Tabla 4: Costos para los prestadores y las mujeres en Cuba y en Tailandia.

Tipo de costos	Modelo nuevo		Modelo Standard		Diferencia de medias (IC 95%)
	Número de mujeres	Media (D.S.)	Número de mujeres	Media (D.S.)	
Costos para los prestadores*					
Cuba	2870	885,4 (1632,0)	2734	956,8 (1294,2)	-71,4 (-148,8 ; 2,5)
Tailandia	3278	167,2 (144,7)	3091	206,1 (172,9)	-38,9 (-46,3 ; 30,9)
Costos a cargo de las mujeres*					
Cuba	170	174,4 (144,7)	170	242,4 (174,4)	-68,0 (-144,0 ; 7,7)
Tailandia	205	11,9 (16,7)	226	18,4 (27,1)	-6,5 (-10,8 ; -2,19)
Tiempo que transcurre hasta que las mujeres acceden al control†					
Cuba	170	15,9 (17,3)	170	25,0 (23,5)	-9,1 (-13,5 ; -4,7)
Tailandia	205	14,8 (12,1)	226	29,7 (19,2)	-14,9 (-18,0 ; -11,8)

*Costo promedio por embarazo convertido a U\$S de 1998. Las tasas de cambio oficial fueron: U\$S1= 1 Peso cubano = 52,3 bhat tailandeses el 1° de enero de 1998. Las tasas de paridad de compra fue: U\$S 1= 0,42 Peso cubano = 26,9 bhat tailandeses el 1° de enero de 1998. Estas cálculos se realizaron en función de los costos de una canasta de alimentos seleccionados para cada país. Esto permitió que se utilizara un método común de conversión de paridad de compra.

†Tiempo promedio por embarazo en h.

La percepción sobre el CPN de las mujeres y los prestadores

En el estudio cualitativo, las variaciones en las ideas generales de las mujeres sobre el embarazo y sus opiniones y experiencias previas de control apoyan las opiniones que expresaron. Para los servicios y los prestadores de salud, el eje más importante de categorización fue moderno versus tradicional. Los servicios prenatales se vieron generalmente como satisfactorios pero surgieron algunas preocupaciones, por ejemplo, las ansiedades originadas en los cambios de los patrones estandar de atención, especialmente el número y el espaciamiento de las visitas, la necesidad de

mejorar la forma en que el personal trata a las mujeres y la necesidad de obtener mejor información sobre los temas tales como nutrición y salud personal.

Los prestadores, por otro lado, mostraron fuertes opiniones específicas al país, tanto negativas como positivas. En general, aunque los doctores no se opusieron a los cambios, quisieron asegurarse que las modificaciones no limitaran su control clínico. En el país con la mayor reducción en el número de visitas entre el modelo estandar y el nuevo, los doctores expresaron su satisfacción porque creen que el cambio reducirá el papeleo y les permitirá pasar más tiempo con sus pacientes.

La sub-muestra de mujeres en el estudio cuantitativo fue representativa de la población total de las mujeres enroladas. Sin embargo, lo anterior tuvo en promedio leves ventajas: la duración de la gestación en la primera visita fue menor (12.7 vs. 16.2 semanas) y una proporción más pequeña había tenido un bebé previo de bajo peso (4.0% vs 5.8%). Los requerimientos de las dos visitas previas y las 32 semanas o más de gestación como criterios de inclusión para la encuesta podrían explicar estas diferencias. Las mujeres encuestadas fueron similares entre los grupos del nuevo modelo y el estandar en términos de variables básicas.

Las mujeres en ambos grupos del estudio expresaron una alta satisfacción con su atención, como fue evaluado por una pregunta directa sobre su satisfacción y dos preguntas indirectas (¿Volvería a esta clínica?, ¿La recomendaría?). Sin embargo, las mujeres en el nuevo modelo estuvieron menos satisfechas con el número y el espaciamiento de las visitas que las mujeres en el modelo estandar. Por otro lado, más mujeres en el nuevo modelo consideraron que el tiempo pasado con sus doctores o parteras fue bastante adecuado. Las mujeres estuvieron más satisfechas con la información recibida de sus prestadores (tabla 5).

Tabla 5: Percepción y satisfacción de los prestadores y de las mujeres.

	Modelo nuevo 790 mujeres, 92 prestadores*	Modelo estandar 748 mujeres, 82 prestadores*	Diferencias de tasas (%) estratificadas (IC 95%)
<i>Encuestas de las mujeres</i>			
Número de visitas adecuado▲	612 (77.6%)	649 (87.2%)	-7.9 (-16 a 0.2)
Satisfechas con el periodo entre visitas▲	572 (73.2%)	625 (84.0%)	-8.3 (-16.8 a 0.3)
Satisfechas con el tiempo de espera▲	639 (81.9%)	610 (82.1%)	0.7 (-7.4 a 8.8)
Tiempo con el médico/parteras adecuado ▲	684 (86.7%)	598 (80.1%)	6.6 (-0.5 a 13.7)
Muy satisfechas con el control prenatal de la clínica▲	318 (40.5%)	301 (40.7%)	0.4 (-8.6 a 9.3)
Satisfechas con el control prenatal de la clínica▲	460 (58.5%)	426 (57.6%)	-0.1 (-9.1 a 8.8)
Volvería en el próximo embarazo▲	758 (96.7%)	703 (94.7%)	1.4 (-2.2 a 4.9)
Recomendaría la clínica a sus amigos/familiares▲	760 (97.4%)	706 (95.0%)	1.6 (-1.4 a 4.7)
Información recibida (score 0-6)▲	4.4	4.0	0.40 (0.13 a 0.67)
Información sobre reconocimiento/ procedimiento de los problemas en el embarazo▲	3.4	2.9	0.56 (0.06 a 1.06)
<i>Censo de los prestadores</i>			
Número de visitas adecuado	63 (68.5%)	53 (64.6%)	*
Tiempo destinado con las mujeres adecuado	79 (85.9%)	57 (69.5%)	*
Información provista	5.6 (0.9)	5.2 (1.3)	*

▲Pertencen a valores perdidos, rangos denominadores desde 790 a 780 mujeres para el nuevo modelo y desde 748 a 740 mujeres para el modelo estandar.

*Número de repuestas positivas.

▲Media del score 0-6, con un máximo de información 6.

*No están dados porque todos los prestadores se ensayaron.

Discusión

Tanto para el bajo peso al nacer como para las infecciones del tracto urinario, hubo una fuerte indicación de que los dos modelos son equivalentes; el límite superior del IC 95% para la RP ajustada estaba por debajo del límite de equivalencia (1.20) preespecificado en el protocolo. Para la preeclampsia, las tasas fueron clínicamente similares pero no se puede descartar un incremento en el riesgo de hasta 56%. Para la anemia post parto severa, hubo un gran efecto protector del nuevo modelo en el país con el incremento más grande en la provisión de suplementación de hierro. Los resultados secundarios no sugieren ninguna diferencia importante entre los modelos de atención. Usamos un diseño de aleatorización por racimos, con un tamaño de muestra que provee suficiente poder para demostrar la equivalencia práctica para los resultados primarios. La aleatorización por racimos ha sido usada en los estudios perinatales y de VIH/SIDA en los países más y menos desarrollados (23) (25). Todos los análisis representaban la correlación dentro de la clínica que invalidaría la aplicación de los métodos estadísticos estandar. Usamos el diseño de consentimiento único de Zelen adaptado a los estudios de aleatorización por racimos. Se han publicado pocos de estos estudios (26) (27) pero este diseño está apelando por estudios que evalúen las intervenciones a nivel de la clínica más que por estudios terapéuticos.

Los cuatro centros del estudio difirieron sociocultural y económicamente. El CPN basaj ofrecido en las clínicas osciló desde una adaptación pragmática de las visitas de rutina occidentales recomendadas, comunes en los servicios de salud urbanos de los países en desarrollo, hasta un CPN casi ideal del estandar en los países más desarrollados. Estas diversidades le dan al estudio una buena validez externa.

No usaron la mortalidad como resultado primario. Este punto final requiere un número irrealísticamente grande de participantes pero hay un apoyo fisiopatológico para que los puntos finales preeclampsia y eclampsia, infección y anemia severa sean considerados como en el camino causal hacia la necesidad de cuidados intensivos, el peligro de muerte y la muerte materna (28). Desenredamos el índice de morbilidad, para el cual teníamos una hipótesis formal de equivalencia, porque encontramos heterogeneidad del efecto de la intervención a través de los estratos. Se han sugerido índices combinados para usar en los estudios donde se espera una modesta mejoría o equivalencia en unos pocos resultados; en nuestro estudio, los distintos mecanismos y la efectividad de los tratamientos hicieron que el uso del índice de morbilidad materna fuera insatisfactorio. Después de desenredar el índice, pudimos detectar la equivalencia solamente para la infección del tracto urinario. Para la preeclampsia/eclampsia, de los tres métodos estadísticos usados para comparar las tasas entre los modelos, las diferencias no fueron significativas por dos; la RP ajustada, que provee el IC 95% más estrecho, solo fue marginalmente significativa. El incremento en el riesgo de preeclampsia en el nuevo modelo podría ser en términos absolutos, con un IC 95%, como máximo 0.67% (tabla 2).

Aunque el nuevo modelo puede haber perdido más casos de hipertensión que subsiguientemente desarrollaron en preeclampsia que el modelo estandar, creemos que esta posibilidad es improbable. Las puebas de proteína en orina se hicieron en todas las mujeres, en todas las visitas, en el nuevo modelo, mientras en el modelo estandar se hicieron solo en la primera visita y en mujeres con hipertensión. Por lo tanto, puede haber habido más probabilidad de detección en el nuevo modelo. Además, si hubiera más casos de preeclampsia temprana no diagnosticada en el nuevo modelo, se podría haber esperado una tasa mayor de complicaciones relacionadas, tales como eclampsia,

hipertensión con derivación y tratamiento e internación por preeclampsia pero no fue así.

Se intentó la definición de la infección del tracto urinario para capturar sólo a los casos severos pero las altas tasas observadas, particularmente en los dos sitios de estudio, podrían relacionarse no solo con el alto riesgo de estas poblaciones sino también con la detección y el tratamiento de casos menos severos.

La intervención se implementó mayormente como fue planeada, incluyendo la selección inicial de mujeres para el componente básico del nuevo modelo. Esta simple herramienta identificó 20% de las mujeres que requirieron un nivel mayor de atención sobre la base de las complicaciones históricas o presentes. El objetivo de esta selección fue llamar la atención a las condiciones o enfermedades que pueden necesitar mayor evaluación o seguimiento a un distinto nivel de atención. El procedimiento de clasificación no fue un puntaje de riesgo porque cada enfermedad o condición fue evaluada independientemente, y no produjimos una estimación de riesgo general. Además, incluye elementos de la historia, condiciones médicas y características obstétricas, la mayoría de ellas presentes en el momento del primer examen. Las mujeres con un diagnóstico de cualquiera de estos trastornos calificaron automáticamente para mayor evaluación o tratamiento para esa condición en particular, no necesariamente relacionada a la frecuencia o el contenido del CPN de rutina (por ejemplo, intervenciones nutricionales). La predicción de los acontecimientos intraparto no fue considerada porque el objetivo en esta evaluación fue evaluar el tipo de CPN.

La reducción en el número de visitas en el nuevo modelo comparado con el modelo estandar fue grande y clínicamente relevante, con un sitio de estudio a la mitad de número de visitas. El componente básico del nuevo modelo es el conjunto de actividades efectivas, orientadas hacia un objetivo implementadas en un programa de cuatro visitas. Hubo, sin embargo, actividades recomendadas del nuevo modelo que no fueron totalmente implementadas. Un ejemplo es la versión cefálica externa, una intervención efectiva para reducir las tasas de presentación de nalga y cesárea (29). La provisión de información sobre la efectividad claramente no es suficiente para cambiar la práctica clínica. Además, la recomendaciones a la mujeres para situaciones de emergencia fueron informadas por las mujeres menos frecuentemente de lo que dictaba el protocolo, aunque los prestadores informaron que fueron implementadas. Los clínicos y las parteras pueden requerir una capacitación y motivación especial para incluir estas actividades en su rutina o quizás deberían ser dados por otro personal. Más mujeres en el nuevo modelo fueron derivadas a niveles superiores de atención, quizás reflejando la preocupación de los clínicos sobre el tiempo más largo entre las visitas. Esta sobrederivación no resultó en un incremento en las internaciones y la tasa de trastornos no diagnosticados en el ingreso al hospital o al trabajo de parto no se incrementó en el nuevo modelo.

Se suministró la suplementación de hierro de rutina a la mayoría de las mujeres antes del estudio en tres sitios de estudio. En el otro sitio, la suplementación, gratis para las mujeres en el nuevo modelo, acordó con el bien conocido efecto protector de esta intervención contra la anemia. Quizás lo más importante, tuvo una acción de larga duración sobre las concentraciones de hemoglobina hasta el período post-parto.

No tuvimos ningún mecanismo formal para evaluar el cumplimiento del programa estandar con los lineamientos nacionales. La suposición fue que se llevó a cabo de la mejor manera que permitieron los servicios y que la disponibilidad de los servicios no fue una limitación fundamental para la implementación de un tipo occidental de CPN. Esta es una suposición importante en un estudio de equivalencia si el modelo estandar no se implementaba como se requería.

No pudimos recolectar datos para el análisis económico debido a las diferencias en las circunstancias en cada país e investigamos los costos en detalle solo en dos países. En ambos, hubo una tendencia a bajar los costos con el nuevo modelo. Los resultados de estudios más simples en los otros dos países no contradicen estos hallazgos. Aunque 10% es un nivel demasiado alto de significancia estadística para las decisiones, otros dos factores son relevantes. Primero, se sabe que los tamaños muestrales grandes son necesarios para detectar las diferencias en las evaluaciones económicas (30). Segundo, Briggs y Fenn (31) han argumentado que el nivel apropiado de error aceptable puede variar entre el área terapéutica, tipo de intervención y los umbrales de los tomadores de decisiones en las economías de salud.

Hubo, en general, alta satisfacción entre las mujeres en ambos grupos. Sin embargo, las mujeres en las clínicas del nuevo modelo mostraron alguna preocupación sobre el número de las visitas por ser demasiado pocas y el espaciamiento demasiado largo. En la dirección opuesta, pero consistente con los componentes del nuevo modelo, las mujeres estaban más satisfechas con la información recibida que aquellas en las clínicas de control.

La evaluación de las opiniones de los prestadores no indicaron ninguna oposición al nuevo modelo de control. Estudios similares han mostrado cómo perciben ellos el balance de ventajas y desventajas de los nuevos programas, tanto para las mujeres como para sí mismos (32) (33). Hubo una interesante disidencia entre la percepción de las mujeres y de los prestadores en relación con la información dada durante las visitas sobre los temas clave. Por ejemplo, los prestadores se dieron a sí mismos puntajes más altos que sus pacientes en relación con la información que ellos suministraban.

Ha habido cuatro estudios aleatorizados publicados comparando la efectividad de los modelos de CPN de rutina con el número reducido de visitas incluyendo algún grado de actividades orientadas hacia un objetivo (3). Tres de estos estudios (34) (36) fueron de buena calidad metodológica con pequeño o moderado riesgo de sesgo. Como en nuestro estudio, no fue posible enmascarar a los prestadores de la atención y a las mujeres y el problema de la "contaminación" del tratamiento en todos los estudios es probable. Este efecto podría explicar la pequeña reducción en el número de las visitas (diferencia media de dos visitas) en los dos estudios de los países más desarrollados (34) (36). En general, la evidencia de los estudios publicados en sitios con servicios de obstetricia (34) (36) (37) bien establecidos muestra que pequeñas reducciones en el número de visitas son compatibles con buenos resultados perinatales; esta conclusión es apoyada por los resultados de ambos, el estudio de Zimbabwe (35) y nuestro estudio. Los análisis de sub grupos de nuestro estudio incluyendo solo el sitio de estudio con el CPN basa; similar al de países más desarrollados, y con la reducción más grande en el número de visitas, está reasegurando que el daño es improbable.

La tasa de preeclampsia o hipertensión inducida por el embarazo en todos los estudios previos fue consistentemente menor en el grupo del nuevo modelo que en el estandar. Aunque no observamos dicho efecto protector para la preeclampsia, la tasa de hipertensión inducida por el embarazo fue menor en el modelo nuevo que en el estandar. Este efecto sobre la hipertensión solamente puede reflejar una tasa menor de diagnóstico debido a menos visitas, más que al efecto preventivo del nuevo modelo. Las tasas similares de preeclampsia y otros resultados relacionados en nuestro estudio no sugieren ningún efecto perjudicial de estos casos "perdidos" de hipertensión inducida por el embarazo. Nuestro hallazgo sobre la falta de efecto de la intervención sobre la tasa de bajo peso al nacer fue similar a aquellos de estudios previos, mostrando que los cambios en el programa de

CPN tienen poco efecto sobre este resultado.

Hubo evidencia de heterogeneidad de resultados entre los estudios previamente publicados para el parto pretérmino. En los tres estudios hechos en los países más desarrollados, hubo una tendencia hacia un riesgo incrementado con el nuevo modelo, mientras que el estudio en el país en desarrollo (35) mostró una tasa significativamente menor de parto pretérmino en el nuevo modelo. Este promisorio resultado no es apoyado por nuestro estudio.

Sólo uno de los estudios previos (36) informó el impacto económico de la reducción de dos visitas de CPN. Desafortunadamente, esa evaluación no incluyó el costo para las mujeres, tales como el viaje, la atención del niño y la pérdida de tiempo laboral. Hubo una reducción pequeña en el costo de CPN para los prestadores en el nuevo modelo. Sin embargo, como hubo un incremento no significativo en la tasa de internación de neonatos a unidades de cuidados intensivos, el ahorro fue compensado (38).

La mayoría de las mujeres en ambos grupos de nuestro estudio recomendaría la clínica a la que concurrieron a sus amigas o la usarían ellas mismas durante otro embarazo. La alta satisfacción general en ambos grupos puede relacionarse al sesgo de respuesta esperada comúnmente observado cuando estos tipos de cuestionarios son administrados a las mujeres en las instalaciones de salud (39). Como en los estudios previos (34) (36) (37), más mujeres en el nuevo modelo dijeron que el número de visitas fue demasiado pequeño y el espaciamiento entre ellas demasiado largo, lo cual confirma que bajo diferentes situaciones culturales, algunas mujeres se preocupan sobre esta reducción en los modelos. Esta preocupación podría relacionarse a las expectativas de las mujeres y su actitud negativa al cambio (40), así como al deseo de ser reaseguradas por los profesionales de la salud de que el embarazo está progresando bien. Las mujeres respondieron positivamente cuando se les preguntó si recomendarían la clínica de la intervención a las amigas o si la usarían otra vez, lo que sugiere que cualquier falta de satisfacción no persistiría después de que habrían experimentado el nuevo modelo o si el nuevo modelo se volviera una norma. Un estudio de seguimiento de las mujeres enroladas en un estudio previo (36), con reaseguro no mostraron ningún efecto negativo a largo plazo (41). Sin embargo, si el nuevo modelo va a ser adoptado, las mujeres necesitan estar bien informadas sobre su seguridad.

Nuestro estudio mostró que para las mujeres sin complicaciones previas o actuales, una reducción en el número de visitas incluyendo actividades efectivas orientadas hacia un objetivo no esté asociada con riesgo incrementado para ellas o sus niños. Se deberían concentrar los esfuerzos en implementar solo actividades con eficacia científicamente demostradas.

Para los países menos desarrollados, el objetivo debería ser extender la cobertura a todas las mujeres embarazadas con los paquetes que se demostró que son efectivos y evitar establecer metas no realistas. Todas las actividades del componente básico siempre deberían estar disponibles para todas las mujeres, así como el cuidado especial requerido para las mujeres con complicación eso o emergencias, si se esperan los resultados comparables. Además, se debería suplementar el nuevo modelo con otras actividades que también se sabe que son efectivas que pueden ser relevantes solo para algunas poblaciones (por ejemplo, programas de malaria). Para los países más desarrollados, se debería escudriñar o probar cada actividad incluida en el CPN de rutina por evidencia de su efectividad antes de ser retenida en el modelo estandar. Si esta estrategia se aplica sistemáticamente, se identificará un modelo más simple con un número reducido de visitas. Hay una amplia evidencia ahora de que el riesgo de daño para las mujeres y sus embarazos es improbable.

Finalmente, el nuevo modelo en general es aceptado por los usuarios y prestadores, no incrementa

el costo y en algunos lugares disminuye el costo. Aunque es improbable que los prestadores logren ahorros reales en los costos, los recursos tales como personal e instalaciones y el tiempo de las mujeres y sus familias, serán liberados para la extensión del servicio hacia una prestación de salud y otras actividades más efectivas.

Referencias bibliográficas

- (1) Villar, J.; Bergsio, P. Scientific basis for the content of routine antenatal care: I, philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1997; 76: 1-14.
- (2) Bergsio, P.; Villar, J. Scientific basis for the content of routine antenatal care: II, power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examination. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1997; 76: 15-25.
- (3) Villar, J.; Khan-Neelofur, D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. In: *Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Soft-ware, 2000.*
- (4) Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency. *Random Reflections on Health Services.* London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- (5) Villar, J.; Bakketeig, L.; Donner, A. et al. The WHO antenatal care randomized controlled trial: rationale and study design. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl): 27-58.
- (6) Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. República Argentina. Propuesta normativa perinatal. Buenos Aires, Argentina: 1996; 1:29-69.
- (7) Ministerio de Salud. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana, Cuba, 1999.
- (8) Al-Mazrou, Y.; Al-Shebri, S.; Rao, M. Principles and practice of primary health care, 2nd. Edn. Riyadh, Saudi Arabia: Ministry of Health, 1990.
- (9) Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. Maternal and child health record. Bangkok, Thailand, 1999.
- (10) Piaggio, G.; Ba'ageel, H.; Bergsjo, P. et al. The practice of antenatal care; comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal care Randomised Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl 2): 116-41.
- (11) Bakketieg, L S. Methodological problems and possible endpoints in the evaluation of antenatal care. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 1 (suppl): 33-39.
- (12) Mugford, M.; Hutton, G.; Fox-Rushby, J. Methods for economic evaluation alongside a multicentre trial in developing countries: a case study from the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl): 75-97.
- (13) Drummond, MF.; O' Brien, B.; Stoddar, GL.; Torrance, GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1997: 278-84.
- (14) Langer, A.; Nigenda, G.; Romero, M.; Rojas, G.; Kuchaisit, C.; Al-Osimi, M.; Orozco, E. The evaluation of women's and provider's perception of quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl): 98-112.
- (15) Donner, A.; Piaggio, G.; Villar, J. et al. Methodological considerations in the design of the WHO Antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 (suppl): 59-74.
- (16) Donner, A. Sample size requirements for stratified cluster randomization designs. *Stat Med*

1992; 1:743-50.

- (17) Villar, J.; Dorgan, J.; Menendez, R.; Bolaños, L.; Pareja, GP.; Kestler, E. Perinatal data reliability in a large teaching obstetric unit. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 142-55.
- (18) Donner, A.; Klar, N. Confidence interval construction for effect measures arising from cluster randomization trials. *J. Clin Epidemiol* 1993;46: 123-31.
- (19) Liang, K.Y.; Zeger, S.L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika* 1986, 73: 13-22.
- (20) Zelen, M. A new design for randomized clinical trials. *N Engl J Med.* 1979; 300: 1242-45.
- (21) Broomberg, J., Rees, J. Delivering at the right price-the costs of primary maternity care at the Diepkloof community health centre. *South Afr Med J* 1993; 83: 272-75.
- (22) Luce, B.; Manning, W.; Siegel, J.; Lipscomb, J. Estimating costs in cost-effectiveness analysis. In: Gold, M.; Siegel, J.; Russell, L.; Weinstein, M. eds. *Cost effectiveness in health and medicine.* Oxford: Oxford University Press, 1994: 194.
- (23) Bullough, C.; Msuku, R.; Karonde, L. Early suckling and postpartum haemorrhage; controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *Lancet* 1989; Z: 522-25.
- (24) Kendrick, J. S.; Zahniser, S. C.; Miller, N. et al. Integrating smoking cessation into routine public perinatal care: The Smoking Cessation in Pregnancy Project. *Am J Public Health* 1995; 85: 217-22.
- (25) Waver, M.; Sewankambo, N.; Serwadda, D. et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. *Lancet* 1999; 353: 525-35.
- (26) Hardcastle, J.D.; Chamberlain, J.O.; Robinson, MHE. et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer . *Lancet* 1996; 348: 1472-77.
- (27) Kronberg, O.; Fenger, C. Olsen, J. et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 1996; 348: 1467-71.
- (28) Baskett, T.F.; Sternadel, J. Maternal intensive care and nearmiss mortality in obstetrics. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105: 981-84.
- (29) Hofmeyr, G.J.; Kulier, R. External cephalic version at term. In: *Cochrane Library, Issue 4.* Oxford: Update Software, 2000.
- (30) Briggs, A. Economic evaluation and clinical trials: size matters. *BMJ* 2000; 321: 136Z-63.
- (31) Briggs, A.; Fenn P. Confidence intervals or surfaces? Uncertainty on the cost-effectiveness plane. *Health Econ* 1998; 7: 723-40.
- (32) Sanders, J.; Somerset, M.; Jewell, D. To see or not to see? Midwives' perceptions of reduced antenatal attendances for "low-risk" women. *Midwifery* 1999; 15(4): 257-63.
- (33) Sikorski, J.; Clement, S.; Wilson, J. et al. A survey of health professionals' views on possible changes in the provision and organisation of antenatal care. *Midwifery* 1995; 11: 61-68.
- (34) McDuffie, R.S.; Beck, R.; Bischoff, K.; Cross, J.; Orleans, M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. *JAMA* 1996; 275: 847-51.
- (35) Munjanja, S.P.; Lindmark, G.; Nystrom, L. Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 1996; 348: 364-69.
- (36) Sikorski, J.; Wilson, J.; Clement, S.; Das, S.; Smeeton, N. A. randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ* 1996; 312: 546-33.
- (37) Binstock, M.A.; Wolde-Tsadik, G. Alternative prenatal care: impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. *J Reprod Med* 1995; 157: 158-61.
- (38) Henderson, J.; Roberts, T.; Sikorski, J.; Wilson, J.; Clement, S. An economic evaluation

comparing two schedules of antenatal visits. *J Health Ser Res Policy* 2000; 5: 69-75.

(39) Langer, A.; Farnot, U.; Garcia, C. et al. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's well-being and satisfaction. *Soc Sci Med* 1996; 42: 1589-97.

(40) Porter, M.; Macintyre, S. What is must be best: a research note on conservative or deferential responses lo antenatalcare provision. *Soc Sci Med* 1984; 19: 1197-200.

(41) Clements, S.; Condy, B., Sikorski, J.; Wilson, J.; Smeton, N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow-up of participants in a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 367-70.

(42) Carroll, G.; Villar, H.; Piaggio, G. et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357: 1565-70.

Consideraciones acerca de la resiliencia en "chicos de la calle".

LLobet, V.¹

Introducción

Siempre estarán aquí, junto a la niebla,
amargamente intactos en su paciente polvo que la sombra ha invadido,
recorriendo impasibles esa región de pena que se vuelve al poniente,
allá, donde el pájaro de la piedad canta sin cesar sobre la indiferencia del que duerme

"Quienes rondan la niebla" Olga Orozco

El presente artículo está basado en algunos resultados de la investigación "Facilitadores y restrictores de procesos resilientes en chicos de la calle", en la que, con diseño cuali-cuantitativo, se indaga aquellos aspectos que podrían promover procesos resilientes en población de niños y adolescentes vulnerabilizados. Tendemos a reconsiderar la resiliencia como un proceso facilitado en la interacción, donde los niveles general (macroestructural) y particular tienen incidencia.

Las características del trabajo en estas instituciones -caracterizado como con un alto compromiso afectivo, de alta dramaticidad, con escasas posibilidades de impacto - nos llevaron a pensar que probablemente se tratara de un tipo de trabajadores con altos índices de estrés asistencial -burnout. Incluimos en el diseño este aspecto, realizando con los trabajadores la encuesta de estrés asistencial de Maslach, utilizada en la investigación «El síndrome de estrés asistencial en Hospitales Públicos», dirigida por la Prof. Ps. Graciela Zaldúa.

Es necesario reflexionar sobre el propio concepto "Resiliencia" (en tanto no existe acuerdo respecto a su definición) y sobre las categorías "chicos de la calle", "chicos en la calle" y "chicos en situación de calle". Ninguna de estas categorías -teóricas y poblacionales- recubre un objeto dado, por lo que la discusión sobre sus definiciones es una discusión sobre las formas de construir las poblaciones sobre las que se interviene y los objetivos de esta intervención.

En el presente artículo pretendemos reflexionar sobre algunos aspectos trabajados en la investigación exploratoria en la que el objetivo central es indagar la posibilidad de promover resiliencia en niños y adolescentes vulnerabilizados (particularmente chicos de la calle) en instituciones públicas de la ciudad de Buenos Aires.

Para Rutter (1993) la resiliencia puede ser entendida como un proceso que se construye vincularmente, tanto con otras personas como con el contexto social. Las instituciones que trabajan con esta población son susceptibles de ser entendidas como potencialmente facilitadoras de tales procesos resilientes.

La preocupación inicial surge a partir de un trabajo de campo realizado con chicos de la calle de la Ranchada de Flores, durante el año 1994. De este acercamiento, dos aspectos del problema persistieron como pregunta: por un lado la compleja relación entre una legislación e intervenciones

1 Lic. en Psicología, becaria de Investigación de UBACYT, Directora de beca: Prof. Ps. Graciela Zaldúa, Prof. Titular de Psicología Preventiva y de Epidemiología, UBA.

que parecen negativizar a la población para la que se desarrollan, confrontadas a las destrezas y habilidades desplegadas por niños, niñas y adolescentes para sobrevivir en la calle. En segundo lugar, nos llamó la atención cierta organización subjetiva alrededor de una temporalidad diferente de la usual, en la que la identidad se reorganizaba, aparentemente, con una historicidad particular a ese grupo, tanto a futuro como respecto del pasado.

En ese contexto tomamos contacto (tres años después) con el concepto de resiliencia, que nos sedujo en tanto se centraba en los desarrollos positivos, y parecía permitir pensar algunas cuestiones centrales acerca de la subjetividad de esta población.

Se presentan aquí los siguientes aspectos: Una breve descripción del concepto "resiliencia" y su operatividad esperada. En segundo lugar, se intenta precisar qué significados cobra la categoría niños y niñas en /de la calle. En tercer lugar, se intenta caracterizar el proceso adolescente a la luz de la población estudiada.

Consideraciones acerca del concepto resiliencia

La resiliencia surge como constructo teórico que intenta dar cuenta de las situaciones de desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo para patología o deprivación. Las primeras investigaciones al respecto se centran en familias con uno o ambos padres alcohólicos, cuyos hijos no desarrollan ningún síntoma de deprivación, mostrando al contrario una integración normal.

Extraído de la psicopatología, y llevado al campo más claramente psicosocial, y de psicología del desarrollo, el concepto permitiría, para Kotliarenco (1997) "(...) caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psíquicamente sanos y socialmente exitosos" (pg. 8). Se asume que el hecho de nacer y crecer en contextos pobres presupone un riesgo para la salud.

Derivado de una matriz funcionalista, y asociado a la teoría del estrés aparece como el constructo necesario para dar cuenta de las situaciones saludables en medios insanos. Se plantean estructuras de determinación ecológicas multinivel, en donde la interacción con el ambiente y los factores de riesgo por parte del "niño resiliente" estará mediada por vínculos y aspectos personales del mismo. Rutter (1993) define como resiliencia al conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan el enfrentamiento exitoso a la adversidad. No se trata de factores congénitos ni adquiridos, sino es un proceso que caracteriza a un complejo sistema social en un momento determinado, y que implica exitosas combinaciones entre el niño y su medio.

En nuestro medio, suele asociarse la resiliencia a los factores protectores, sin embargo, ellos ni agotan ni explican exhaustivamente a los procesos resilientes. Radke - Varrow y Sherman (1992) plantean que debe comprenderse a la resiliencia en un contexto que supone tanto la actuación de factores o situaciones de riesgo como del proceso de vulnerabilidad - protección. Indican que resultan necesarias algunas especificaciones respecto al concepto de vulnerabilidad. Éste puede ser entendido en dos sentidos. Por un lado, como un fenómeno perceptible en el cual cierto nivel de estrés resulta en conductas desadaptativas. Por otro, se puede considerar que la vulnerabilidad alude a una dimensión continua de las interacciones que se mueve desde una adaptación exitosa a otra menos exitosa.

Aparecen dos grandes matrices teóricas para definir el concepto (no se ha logrado una definición

canónica, lo que hablaría de algunos de los problemas enfrentados)². Una de ellas, de raigambre cognitivo conductual, en la que las conductas adaptativas frente a estresores ambientales acumulativos (siempre en situaciones de pobreza) promoverían patrones comportamentales. La segunda línea plantea a la resiliencia como un potencial humano (innato o no) que se desarrollaría cada vez frente a factores de riesgo, pudiendo no desarrollarse para la misma persona frente a factores diversos. Aplicado a problemas de índole psicosocial, se trata de hacer luz sobre aquellas personas que, viviendo en situaciones de pobreza, logran sostener un nivel medio de integración y adaptación socialmente aceptables, sin que los efectos de la situación de pobreza parezcan empobrecerlos psíquicamente.

A grandes rasgos, este tipo de desarrollo teórico nos parece criticable, en primer lugar por cierto deslizamiento que se produciría entre los factores de riesgo y las causas. Que la patología no se desencadene podría bien ser la contrapartida de que se trate de "factores de riesgo" y no de causas en sentido estricto. Por otra parte, la modelización de tipo ecológico de la sociedad implicaría relaciones equilibradas o equilibrables, en un movimiento provocado por la búsqueda (y logro) de homeostasis sucesivas. Se vería entonces negada o relativizada la conflictividad reconocida mediante la asunción de que al menos ciertas desigualdades deben ser tomadas en cuenta como factores diferenciales al valorar los riesgos a los que se ven expuestos grupos particulares de la sociedad. En última instancia, en algunos casos parece asumirse que, si bien acumulados en los sectores populares, los "factores de riesgo" tienen una actuación homogénea y estable, lo que equivale a plantearlos como causales en cualquier circunstancia y para cualquier persona. Esto último supone otra serie de contradicciones con la existencia misma del concepto. Desarrollamos este aspecto más abajo.

Otra línea de crítica estaría dada por la necesidad de determinar qué sería un desarrollo aceptable en términos de normalidad moral, cual es el caso de Vanistendael (1998). Al mismo tiempo, otros autores que intentan eludir esta moralización del concepto, al instalarse en perspectivas psicologistas, se ven expuestos al riesgo de una falacia atomística, al tratar a conceptos poblacionales como variables individuales en forma directa, ello sin renunciar a la pretensión de generalización, necesaria a la hora de generar teoría. Además, parece reducirse la dimensión simbólica de la vida a capacidades y procesos mentales individuales, cuando no a dimensiones tan difícilmente definibles como "espiritualidad".

La traducción directa entre situación de pobreza y factores de riesgo actuantes al nivel individuales otro peligro presente en el trabajo con este constructo.

Es sencillo suponer-en los extremos- que, o bien es posible predicar de alguien que "es" resiliente por sus peculiares características personales (inteligencia, astucia, etc.) lo que sería una aproximación psicologista, o que en realidad el ascenso social depende de las mismas capacidades por las cuales alguien puede lograr que la adversidad no se transforme en destino... Ambas aproximaciones -habilitadas por el concepto aunque en general criticadas por los mismos autores, quienes se ven en la obligación de comenzar las exposiciones aclarando que no culpabilizan la pobreza- no parecen más que reproducir afirmaciones de sentido común, y reintroduce la discusión política y ética que las investigaciones (y los investigadores) y reflexiones relativas a los problemas de desigualdad e inequidad deben plantearse. Ahora bien, si el concepto como tal plantea tantos

problemas, ¿cuál sería su utilidad científica? ¿qué problema explicaría? ¿podría ser explicado sin recurrir a este constructo?

Radke - Yarrow y Sherman (1992) no eluden las dificultades que plantea el constructo, relativas a lo mencionado más arriba respecto a los conceptos de riesgo y factores protectores. Plantean (en una salida psicologista) que existe una tensión entre una idea de universalidad (considerar a X factor de riesgo, o a Y factor protector como universalmente eficaces tanto en sentido negativo el primero como el segundo en sentido positivo) y una aproximación mediada por las características de las personas. En el mismo sentido, Rutter (1993) plantea que una misma variable puede actuar, bajo distintas circunstancias, en cualquiera de los dos sentidos mencionados, y que el propio proceso de vulnerabilidad - protección sólo tiene efecto en combinación con situaciones o factores de riesgo, y por lo tanto, actúa indirectamente. Almeida Filho (1992) desde la Etnoepidemiología, plantea que es necesario incluir en el estudio de las determinaciones del proceso salud enfermedad, el valor, significado y sentido de los factores de riesgo. Factores de riesgo y protectores deben ser analizados desde la perspectiva de la cotidianeidad y el Modo de Vida de los grupos particulares.

Cada grupo humano producirá diversos sentidos prácticos disponibles para los individuos. Estos sentidos valorizarán las situaciones y los factores de riesgo de diversas maneras, aunque es posible plantear que ciertos "insumos" necesarios para el desarrollo debieran encontrarse presentes. La complejidad de problemas aludidos es relativa a la reflexión sobre la interface entre los niveles individual y social. Es este mismo aspecto en toda su densidad el que hace al concepto interesante. Tanto en la investigación actual como en un estudio de campo realizado anteriormente, así como en otras investigaciones realizadas con población de chicos de la calle en otros países (Lucchini:1999, Izaguirre:1997, Llobet:1997) se puede observar algunas características peculiares del proceso identitario en grupos de niños/as en situación de calle: una particular construcción del tiempo, y por lo mismo, de la historización personal, una predominancia concreta en el lenguaje, una referencia colectiva más que individual, una identidad de género diferente de los modelos tradicional o transgresor en las mujeres, un uso de la hostilidad no tanto como modalidad de individuación sino más como defensa, etc.

Redefinimos el concepto como procesos resilientes, entendiéndolos como la posibilidad de protección y autonomía frente a situaciones de adversidad, apoyada en el proceso de subjetivación. Resultaría un proceso inestable y relaciona/, condicionado en sus contenidos posibles por el modo de vida de los colectivos en los que los sujetos se concretan. Si bien -y notablemente- esta redefinición plantea problemas de operacionalización, involucra aspectos procesuales-históricos en su desarrollo y determinación, lo que nos permite recuperar aquellas dimensiones culturales, simbólicas, asociadas a la calidad de vida, relativas a la intersubjetividad que efectivamente condicionarán las posibilidades para que cada sujeto "escriba su historia", construya su identidad, elija su modo de andar la vida, parafraseando a Agudelo.

Niños y niñas de la calle

Una de las peculiaridades de la población - chicos de la calle- es la institucionalización, es decir, su surgimiento como categoría poblacional y problema social en un complejo proceso histórico que cristaliza con la creación de instituciones especiales, en las que esta población tendrá «su lugar». Tanto como categoría -minoridad, infancia en riesgo, vulnerable- cuanto objeto de intervención, las

instituciones del campo de la minoridad han construido una población y un problema³.

La categoría "niño/a de la calle", sin embargo, parece recubrir una diversidad de situaciones que es necesario visualizar. En primer lugar, esta categoría surge, en tanto "enfoque" (posiciones teóricas y líneas de acción) como reacción a la Doctrina de Situación Irregular. Los "niños de la calle" vienen a suplantar a los "menores en situación irregular". Se intenta devolver con ella calidad de infancia a los niños que eran objeto de la tutela estatal. Es incluso a partir de la eficacia práctica de este enfoque que es puesto en cuestión el centro mismo de la doctrina de la situación irregular, al plantear que estos niños y niñas de la calle son sujetos de derecho y no objeto de protección I disposición tutelar. Como primer momento de separación teórico ética, esta categoría vino a separar el campo de la infancia vulnerabilizada de su asimilación a la delincuencia o predelinuencia. Se trata entonces de una categoría cuyo desarrollo histórico es susceptible de ser analizado desde las prácticas y contenidos que la conforman.

En la definición más usual, propuesta por UNICEF, se entiende que un niño/a que vive en la calle y ha roto todo vínculo con su familia de origen, es un "niño/a de la calle", en tanto un niño/a que vive en la calle durante el día pero regresa a su hogar familiar es un "niño/a en la calle". Sin embargo, encuadrar a los niños, niñas y adolescentes concretos en alguna de estas subcategorías no resulta tan sencillo. En primera instancia, debido a que la estancia de un niño en la calle no suele ser producto de una abrupta y/o disruptiva "expulsión" o fuga del hogar, sino que generalmente es un proceso por el cual los niños que fueron "en" la calle pasan a ser "de" la calle. Además de ello, encontramos en estos niños, niñas y adolescentes formas diversas de estar en la calle, significados diversos de la calle, incluso uso de otros espacios. ¿Es un niño de la calle quien se ha ido de la casa de sus padres, pero no duerme en la calle, sino que ocupó una casa abandonada?. Aún los niños y adolescentes que viven en la calle, mantienen en algunos casos contactos con alguna frecuencia, con su familia: ¿son niños "en" o "de" la calle?. Resulta en estos casos necesario forzar los términos de las definiciones teóricas para recubrir la realidad a que aluden. Ello supone preguntarse si no resulta necesario redefinir la comprensión teórica.

Si bien en su origen, el enfoque Niños y niñas de la calle resultó superador de culpabilizaciones, victimizaciones y, en términos más generales, penalización de la pobreza, existen hoy indicios que llevan a suponer la necesidad de repensar esta categoría, en tanto parece ocultar más de lo que devela. Homogeniza los modos de estar en la calle. Si bien a grandes rasgos sigue siendo útil para referir el fenómeno de la infancia vulnerabilizada, y resulta una suerte de marcador epidemiológico para identificar a una población en riesgo, desconocer que encubre una realidad multívoca es erróneo. La reformulación como "niños y niñas en situación de calle" es menos operativa aún. Por un lado, a pesar del uso creciente de la aclaración "y niñas", no suele incluirse una perspectiva de género para pensar tal población. Y resulta evidente que no es lo mismo ser una niña o adolescente en la calle que ser un varón en la calle. Los riesgos que enfrentan no son exactamente los mismos, las estrategias que construyen tampoco. La diferencia sexual parece ser velada por las

3 Esta forma de plantear el tema no elude la relación entre industrialización, urbanización y migraciones propias de la modernización y el quiebre de formas de solidaridad e integración sociales anteriores, que revierte en nuevas formas de pauperismo al comienzo del siglo XX en nuestro país. No pretendemos que el higienismo y las políticas poblacionales eugenésicas no hayan sido otra cosa que una nueva forma de tratar «la cuestión social», adquiriendo esta estatuto científico y, por lo mismo, nueva visibilidad. Es en este sentido que se trata de una nueva población y un nuevo problema.

adolescentes en la calle, asumiendo éstas, posturas, rasgos y conductas masculinas como estrategias de protección. Los usos del cuerpo en el espacio que habitan los chicos de la calle son sólo varoniles, incluso para las mujeres que lo habitan. La asunción de una posición masculina se constituye en la protección generalmente usada por las adolescentes, y que trasciende la "simple" adopción de conductas, llegando a construir una nueva relación con el lenguaje (uso indistinto de ambos géneros sin respetar el sexo del sujeto y/u objeto aludidos), más aún, la identidad: T., una adolescente de 13 años, solía usar nombres como Pedro o Juan para nombrarse en la calle. Era fácilmente confundida con un varón, y los enfrentaba en peleas corporales usualmente. Se refería a sí misma con apelativos masculinos; con el resto de las personas, intercambiaba sin problemas femenino I masculino, sin importar el sexo del interlocutor. Resistía toda marca de socialización femenina: ropas, adornos, juegos, etc.

Por otro lado, ¿es igual el niño que convive con una "ranchada" que aquel que lo hace con un hermano o amigo, sin formar parte de un grupo? ¿se encuentran en la misma posición el niño que lleva algunos meses viviendo en la calle que aquel que ha vivido por algunos años?. Resultan preguntas que, frente a los niños concretos, es necesario realizar. Surge también frente a la homogenización realizada por quienes trabajan con los adolescentes.

Si bien la categoría reviste una operatividad importante a la hora de definir políticas o acciones, ello no desmerece que la realidad que engloba es compleja. Niños, niñas y adolescentes comparten a grandes rasgos un modo de vida. Ello no necesariamente los hace un "grupo con existencia real" (Castellanos: 1991). Este modo de vida, tanto es sus aspectos materiales cuanto simbólicos es mediado por distintas dimensiones que hacen divergir las trayectorias personales.

La reformulación mencionada más arriba, "niños y niñas en situación de calle", es menos explicativa aún, en tanto engloba por el signo visible, al mejor estilo fenomenología psiquiátrica o, peor aún, clasifica desde la perspectiva de la molestia social. Como contraparte, al ser meramente fenomenológica y claramente ambigua, podría evitar esencializaciones. No parece ser el caso.

También las familias de origen son distintas. Si bien existen características compartidas, en función de pertenecer a un grupo social, las migraciones, los mitos familiares, la historia de cada familia marca una diferencia. Sin embargo, suele resumirse el problema en términos de "pobreza". La pregunta respecto a qué hizo que X se fuera de su casa, y sus hermanos Y o Z no, de por sí abre a una investigación necesaria, pero además abre a pensar en la heterogeneidad del problema. En general, en algún punto los efectores entrevistados llegan a decir que las familias no fueron continentes, o su estructuración no era buena, o..., sin embargo, por qué algunos hijos permanecieron y permanecen en el hogar no aparece como pregunta. La mayoría de los trabajadores plantea situaciones de maltrato o desarticulación familiar como los motivos de salida de los niñas y niños. Sin embargo, de acuerdo a la información registrada en los legajos institucionales, la situación difiere según género. Los niños manifiestan mayoritariamente como motivo de salida la falta de dinero, la mitad de las niñas dice haber sido víctima de maltrato. En un segundo nivel de diferenciación, y sin intención de negar el maltrato como realidad, no necesariamente ha sido el desencadenante ni el único evento que motoriza la partida, sino que ésta es un proceso complejo y raramente terminado.

Esto podría estar asociado con la idea que los propios niños tienen respecto de lo que la sociedad espera de ellos como respuesta. Saben que si no se construyen como víctimas, son construidos como potenciales victimarias. Y allí aparece otra homogenización. las familias de los niños son iguales. Pobres, desarticuladas, incontinentes, etc. Pero tiene que existir un culpable. Hay alguien,

familia o Estado (como una abstracción) que es responsable porque los chicos estén en la calle y no en su casa.

la calle tampoco es la misma, dependiendo el momento en que los niños se encuentren, así como sus propios recursos y apoyo social. En algunos casos es posibilidad de juego ilimitada, en otros sólo lugar de trabajo, en algunos momentos es divertida y en otros peligrosa, dependiendo también del cómo y el cuándo, de la situación concreta y de los actores involucrados. Si cuentan con agentes de programas que permitan agenciarse de recursos, una red de apoyo "rica", puede tener un carácter más estable, pero al mismo tiempo con mayores limitaciones. Si aparece la policía, se transforma en un lugar peligroso... Si se tienen 17 o 18 años, es un lugar del que hay que salir... Los chicos de la calle en general, no se transforman en adultos "homless". ¿Cuándo se van? ¿Por qué deciden "salir" de la calle? ¿Cómo lo logran? ¿es para todos igual? Si no interviene algún programa ¿también se van de la calle?.

La noción de "carrera de la calle" (Lucchini: 1999) resulta importante para pensar estas cuestiones, incluso para pensar en que momento del proceso las intervenciones son fructíferas en el sentido de lograr consolidar una alternativa. Permanecen algún tiempo en la calle, muy variable de un chico a otro, y luego de alguna manera se van... El "rescate" de la calle parece ser viable mediante una pareja y/o un embarazo buscado: la generación de un proyecto de vida que, necesariamente, implica una dimensión de proyecto a futuro.

Es variada también por épocas la forma en que los niños y adolescentes llegan a la calle. En los últimos años (centralmente desde 1995, según los datos relevados en el CAINA)⁴ como consecuencia del impacto de las políticas socioeconómicas, surgen nuevos modos de estar en la calle, niños y adolescentes que viven con su familia en la calle, o que durante la semana permanecen en el centro y regresan a su casa los fines de semana, sin agruparse con los niños y adolescentes que se autodenominan "chicos de la calle".

Existen niñas, niños y adolescentes que viven en la calle, que trabajan o de alguna manera consiguen sus medios de subsistencia en ella, que circulan de modos más o menos disímiles. Comparten condiciones materiales de vida, aunque no necesariamente es uno el vector simbólico del modo de vida, el "estilo de vida" (Almeida Filho, Op. Cit.). Ello hace que pueda ser pensado como grupo vulnerable, aunque exija a las estrategias de intervención sostener la tensión entre singular y colectivo, para poder hacer lugar a las particularidades que, de otro modo, parecen ser fuertes condicionantes a sus posibilidades de eficacia e impacto.

La adolescencia de chicos y chicas de la calle

Se considera a la subjetividad humana como permanentemente configurada en un proceso de subjetivación, tanto por las experiencias actuales como por la resignificación que éstas permiten realizar de los acontecimientos y traumas pasados, y la reconfiguración de ideales y proyectos identificadorios en tanto proyección de futuro. Proceso de subjetivación que comienza con la constitución del Yo y alcanza su momento de mayor dinamismo en la adolescencia, pero que continuará durante toda la vida del sujeto, incluyendo los avatares cotidianos.

4 Centro de Atención Integral a Niños y Adolescentes, Secretaría de Promoción Social, GCBA. Se trata de una de las sedes de esta investigación. La fuente fue una muestra al azar simple de 50 legajos de la institución, recogiendo una serie de variables que permitieran una caracterización epidemiológica de la población.

Piera Aulagnier (1997) al reflexionar sobre el proceso adolescente, introduce el concepto de posición identificatoria, la cual deberá ser interiorizada y apropiada a partir del trabajo de elaboración y duelo que el Yo realiza sobre sus identificados, modificando su relación de dependencia con el discurso parental y caracterizando su propio cambio, así como un tiempo futuro probable. El trabajo de la adolescencia es la desidealización del tiempo infantil para catectizar un tiempo futuro. Es así que la adolescencia supone un trabajo de historización y constitución de identidad, que conlleva la apropiación de un proyecto identificatorio y constitución de un proyecto de vida. Dos dimensiones de este concepto serían la historización, como recuperación y reelaboración de marcas identitarias que permiten la construcción de un tiempo futuro, y la responsabilización, que sitúa al sujeto como agente pleno de su acción.

El proyecto identificatorio resulta de los movimientos identificantes del Yo, que reorganizan el esquema relaciona) El Yo se constituye con los primeros enunciados identificatorios, provistos por una madre portavoz de la historia previa, así como vehículo, junto con el padre, de las pertenencias y símbolos sociales. Esta instancia yoica, activa e identificante, historizada, inscribe al niño en un orden temporal y simbólico. Su tarea central es transformar los fragmentos aportados por los otros significativos (investidos) en una historia que le aporte el sentimiento de continuidad temporal "solo de esa manera podrá religar aquello que él ha sido y poder proyectar en el futuro un devenü" (Aulagnier,1997), catectizando su propio cambio, viéndose en la necesidad de invertir un tiempo futuro, imprevisible y que puede llegar a no vivir. El relato histórico que constituye el tiempo vivido perdido es su patrimonio, y es lo único que puede asegurarle que es posible un tiempo futuro. En este proceso, y cobrando fuerza centralmente en la adolescencia, el sujeto se construirá su identidad, como complemento necesario de la historia, la que pasa a ser atributo y parte de esta identidad.

Ahora bien, estos procesos adquieren, en distintos grupos, características particulares. En los chicos de la calle son dificultados por su particular posición respecto de la sociedad. Son un resto. Resto que pugna por ser reconocido de diversos modos. Centralmente, por medio de la confrontación, de la demanda gritada en actos que los hacen visibles, pero en los que ellos mismos están "jugados". Winnicott (1994) al pensar la deprivación como efecto de una falla de provisión social en determinado momento del desarrollo, considera las "conductas antisociales", el robo, la mentira y la destructividad, como reclamos esperanzadores⁵. Para estos niños y adolescentes, todavía queda algo a pedir, a exigir por la vía de estos "gritos" que no articulan palabra. Porque la palabra (no en su sentido de código, sino de ser parte) les es negada desde que son arrojados a una no posición, a una definición negativa y negativizante: son menores. Y los deslizamientos de sentido que "menor" implica son peyorizantes. Al mismo tiempo, funcionan como marcas identificantes para los chicos. En esta tensión, en esta lucha por recuperar, por robar una voz oíble, ellos deberán construirse un futuro.

Tanto de nuestros acercamientos a los propios chicos, como de la bibliografía sobre el tema y las opiniones de quienes trabajan con ellos, surgen las siguientes particularidades, que reunimos en dos ejes ordenadores, tiempo y espacio, ejes centrales en los que se desenvuelve la cotidianidad humana. No recurrimos a dos nociones esenciales. Ambos son construcciones y suponen diversos sentidos. La temporalidad es solidaria del espacio, es construida a partir de una

5 Cabe aclarar que no en todos los casos parece haber existido tal deprivación, si se la entiende en los términos estrictos en que la plantea Winnicott.

lógica de regulaciones sociales. El cuerpo se soporta en el mismo proceso histórico de construcción, tanto en lo que respecta a sus sentidos y significaciones simbólicas como en cuanto a su materialidad. Ambos admiten ser pensados en términos de distribuciones desiguales a nivel social: no podemos suponer que el tiempo sea esencialmente el mismo en las distintas clases sociales. Del mismo modo, el espacio, y particularmente el cuerpo tampoco son los mismos, incluso al nivel del cuerpo biológico, soporte de necesidad. Que el espacio que funciona como continente, creando límites al cuerpo, sea un espacio por definición "ilimitado", de tránsito, el negativo de otro espacio (el privado), inaccesible a los niños, parece revertir en un cuerpo que adopta materialidad y límites en el dolor o en la exposición: de la transparencia y el anonimato del tránsito, a la superexposición del acting.

En cuanto al primero, la característica más destacable es la inmediatez. En otro lugar⁶, hemos comparado esta temporalidad con un ritmo, cercano a la biología. Ello supone una base material, en tanto las necesidades sentidas ordenan el curso del día, y la ausencia de recursos para satisfacerlas impone limitaciones serias a las proyecciones potenciales. Al mismo tiempo, estas necesidades son limitadas. Es poco factible que sean otras que las más concretas y urgentes.

La articulación de esta dimensión con el déficit en soportes afectivos, que permitan la construcción de una suerte de permanencia y confianza, opera como límite para la posibilidad de proyección a futuro, el "llegar a ser" enunciable como Ideal del Yo. Asimismo, la existencia material, el modo de vida (Almeida Filho, op.cit.) se constituye, desde sus exigencias, como una segunda vía de determinación y condicionamiento para esta posibilidad de catectización del futuro. En este sentido, aparece la Identidad como un concepto central para dar cuenta del problema. De lo que se trata, en el proceso adolescente, es precisamente de construirse una identidad.

Postulamos que la vida cotidiana, continua y permanentemente presente, aportará el contenido posible de la identidad. Esta última se constituirá mediante un acto de puesta en historia de los "hechos" cotidianos que se transformen en sentido. Es sólo mediante la historización que la cotidianeidad puede ser transformada en relato sobre sí mismo.

Ricoeur (1985) introduce un aspecto interesante con su concepto de "identidad narrativa", la idea de ficcionalidad, como imposibilidad de acceso a una verdad por la vía de la narración de sí mismo. Esta Identidad Narrativa es planteada como bipolar: supone un aspecto estable, la mismidad, es el polo continuo cercano a la noción tradicional, y un polo flexible, fluido, la ipseidad, la promesa a futuro de sí mismo.

Tanto la rememoración como su contrapartida, la prospección, suponen la posibilidad de una temporalidad continua desde el registro simbólico, y las habilitaciones imaginarias para la constitución de futuros fantaseados. Si bien la historización como proceso no requiere necesariamente la narración, sí supone la rememoración, la puesta en juego de una memoria histórica personal y familiar. Resulta necesario partir de la mismidad reconocida por otros para construir la ipseidad, siendo esta última reconocible como válida para el colectivo.

Para Castoriadis, el pensamiento convencional sobre la temporalidad se estructura por referencia a términos de lugar o espacio, lo que permite una identidad al diferente. Definido como orden de sucesión, el tiempo es siempre referencial y así permite al idéntico diferenciarse de sí mismo por la retención de este espaciamento temporal virtual y metafórico. Es la verdadera manifestación del

6 Llobet, V.: "Chicos de la calle. Trabajo y subjetividad" en 1er Concurso de Monografías, Fac. de Psicología, UBA, Sec. de Cultura, 1997

hecho de que surge un "otro" con relación al que ya existe, traído a la existencia como nuevo o como otro y no simplemente como consecuencia o como un ejemplar diferente del mismo.

El tiempo libidinizado, anclado en procesos sociales que le otorgan dimensión suprafísica, se transforma en historia. La misma, a nivel de los colectivos viene acompañada, centralmente en situaciones conmovedoras o críticas de un imperativo de la transmisión que permita hallar o construir las razones para mantener o reanudar los lazos intergeneracionales.

Las modalidades de individuación y subjetivación modernas suponen una experiencia de sí en tanto individuo, diferenciado del resto y portador de una historia.

La historia identitaria se desenvuelve como continuidad temporal con materiales propios y "prestados" por las voces que nombran y reflejan al sujeto como "uno". El individuo transforma los límites corporales en los límites de una interioridad diferenciada.

Respecto a la manifestaciones de la identidad, encontramos las distintas construcciones de los chicos respecto de sí mismos: se inventan un nombre, se construyen una historia de vida diversa a la vivida, se cambian la edad. Ello siempre como presentación a otro. Este aspecto vincular del proceso adolescente, en el que el otro debe estar presente, aparece aquí en toda su espesura. Es al otro a quien es dedicada esta construcción, como respuesta a la pregunta sobre "quien sos", que esconde, en el caso de los chicos de la calle "por qué". Pero la salida a la calle, y su elección como hábitat privilegiado es un proceso complejo que rara vez toma un único y claro hecho desencadenante.

En general, la "invención" representa un momento, el de la desconfianza, por lo que esta merece ser considerada como estrategia. Cuando el marco de confianza logra ser construido, los niños "dicen la verdad". Al margen de preguntarnos por qué estamos más dispuestos a suponer que esa verdad es "verdadera", (y por ello la buscamos) en estos niños que en los pacientes del consultorio y del hospital, de quienes no desconfiamos, y frente a los que nos sostenemos en la premisa freudiana respecto a novelas familiares y demás construcciones fantasmáticas, parece interesante ubicar esta construcción a la luz del concepto de Ricoeur. Ella se da en el intervalo, no conforma ni la mismidad ni la ipseidad. No constituye un llegar a ser, pero tampoco es lo que el niño era.

Formulada desde el temor, sostenido a su vez por experiencias reales, parece ser más un límite que una posibilidad. Ahora bien, ¿por qué ese nombre, por qué esa historia? la "mentira" (sobre edad, historia, nombre, situación) puede tomar diversos estatutos: negación, intento de restitución (fallido) del fantaseo, resistencia. A., de 14 años, nos dice "a mí no me gustan las psicólogas. Te hacen preguntas que no tenés ganas de contestar". Resistencia que no necesariamente es homologable a la resistencia en sesión. Incluso parafraseando a las feministas afroamericanas, podríamos plantear el "derecho a resistir". Tal vez resistir a nuevas expropiaciones de la historia, nuevas peyorizaciones, nuevos maltratos.

Desde la perspectiva que consideramos complementaria, el reconocimiento, como "insumo" para el proceso identitario es en general, como colectivo. Son "chicos de la calle". Como tales, el nombre propio es anecdótico, la historia se supone homogénea: pobres, de padres golpeadores) alcohólicos/abusadores, que primero los enviaron a la calle por dinero para el hogar, y que luego permitieron que regresen cada vez con menor frecuencia hasta no volver más. Desde esta perspectiva, tanto la rememoración como su contrapartida, la prospección, se ven dificultadas. Ellas suponen la posibilidad de una temporalidad continua desde el registro simbólico, y las habilitaciones imaginarias para la constitución de futuros fantaseados. Si bien la historización como proceso no requiere necesariamente la narración, sí supone la rememoración, la puesta en juego de

una memoria histórica personal y familiar. Resulta necesario partir de la mismidad reconocida por otros para construir la ipseidad, siendo esta última reconocible como válida, acorde a valores. En otros términos, la temporalidad se juega en los riesgos asumidos. Resulta difícil, sino imposible, interpolar la reflexión entre "necesidad" y acto. Es solidaria esta falla temporal de la fragilidad o suspensión de un soporte simbólico que permita evitar estos pasajes al acto. Soporte que admite una relación con el capital cultural y simbólico, el que es distribuido desigualmente en los distintos sectores sociales. la divergencia entre la potencia real y la asumida, en consonancia con la prematuridad de su autonomización, la puesta a prueba de las posibilidades propias y ajenas, la negación del riesgo (posibilidad de evitar el miedo frente a la imposibilidad de evitar la situación riesgosa), incluso la anticipación de la muerte y por esta vía el intento de conjuro, todas ellas son posiciones subjetivas que encontramos en la mayoría de los chicos.

Respecto al eje espacial, en nada es ajeno al primero. Nos centraremos en la primer forma del espacio, el cuerpo. No sin mencionar que la calle, espacio público diseñado para transitar, cuyos límites son vagos y al mismo tiempo rígidos (la calle termina en las puertas de entrada a espacios privados), urbano, continente de innumerables estímulos, en donde la separación de las prácticas íntimas de las exhibibles socialmente es imposible, es apropiable solo provisoriamente. Nunca es una casa, y menos la propia. Sus reglas de horarios, movilidad, posibilidades e imposibilidades son totalmente contradictorios con las reglas de la vida transcurrida en un espacio que separa lo privado de lo público, lo íntimo de lo social. la casa, primera extensión del cuerpo, no es ya el continente donde se desenvuelve la vida de los chicos de la calle, y no es ya el espacio en donde los cambios corporales de la adolescencia podrán ser integrados simbólicamente.

las determinaciones y condicionamientos que los usos del cuerpo imponen a nivel subjetivo, resultan una dimensión de dos caras: habilitadora de resiliencia, en tanto las destrezas y habilidades desarrolladas pueden ser factores de protección frente a la deprivación; y proceso vulnerabilizador, en tanto es sede de necesidades insatisfechas e instrumento.

El liderazgo grupal se sostiene en las demostraciones de fuerza y habilidad, los juegos y situaciones límite dependen de la destreza corporal para su desarrollo, el placer y el dolor se sostienen y desarrollan con el cuerpo como escena. rio, la violentación y el maltrato lo hacen su objeto. En las niñas, es tanto camuflable en cuerpo masculino como estrategia de protección, cuanto moneda de cambio en la prostitución, así como sede de placer. Marca de pertenencia a una clase, estigmatizado por la desnutrición o subnutrición, acallado por el uso de drogas que permiten sortear el hambre, expuesto en situaciones temerarias, posibilidad de autoreconocimiento y placer, sede de cambios complejos en la adolescencia, herramienta de trabajo. Objeto altamente complejo y conflictivo, que requiere su deconstrucción y el anudamiento a una posibilidad de simbolización siempre limitada pero sumamente necesaria, que lo reconduzca a una trama apropiable por el niño.

Todo proceso adolescente es un proceso conflictivo. Exige como una de sus condiciones de posibilidad la presencia de adultos que confronten a los adolescentes remitiéndolos a una legalidad que determina los límites de lo posible para todo sujeto humano. Incluso para los adultos. Reclamo de ubicación en un sistema de habilitaciones y prohibiciones, y por lo mismo legado, familiar y cultural. Habilitación para, y limitación para. Los jóvenes serán "los nuevos", los recién llegados, en una trama intergeneracional integrada. Es dable pensar que actualmente en nuestro país, esta habilitación está vedada para la mayoría de los adolescentes. las instituciones sociales previstas para asumir parte de rol de transmisión, carecen de legitimidad o bien la misma se encuentra cuestionada. Asimismo, las condiciones materiales para una exogamia real por la vía del trabajo

(ordenador central de las funciones sociales, de la utilidad del ser humano como parte de un colectivo, de la identidad) son más que limitadas.

En el caso de los chicos de la calle, esta situación es extrema. Carentes del capital cultural que les haga probable una inclusión en el colectivo por la vía del trabajo y que les permita acceder al disfrute de bienes simbólicos, excluidos de la legalidad por la coexistencia de una ley que es mayoritariamente letra muerta (la Convención Internacional de Derechos de Niños y Adolescentes) y una no-ley (Ley 10.903 de Patronato de Menores derogada por la inclusión, vía art. 75 de la CN, de la CIDNA) que es aplicada, se encuentran arrojados a un vacío de futuro, a una legalidad que no es la "legal". Condenados por ello a la exclusión, al maltrato por parte de las instituciones, a la expulsión, les es habilitada sólo la inclusión por el consumo de poxi, cocaína o marihuana.

Definidos de facto como no ciudadanos, eufemísticamente no responsables, por ser menores, de los actos delictivos que cometieran, al mismo tiempo que responsables por su condición de pobres y vagabundos, por lo que son "itutelados". Adultos prematuramente por las exigencias materiales de la pobreza de sus familias, niños y adolescentes al mismo tiempo, intentando sobrevivir y construirse como humanos. A estas tensiones deben enfrentarse. En esta lucha, algunos dejan la vida. Otros, tal vez los menos, logran inventarse el espacio necesario para una salida.

Todo el trabajo adolescente, las dificultades que normalmente propone, se ve entonces tensado hasta límites casi imposibles. Sin embargo, siguen siendo adolescentes. Por lo mismo, seguimos teniendo para con ellos (como sociedad y particularmente como trabajadores de la salud), las responsabilidades de provisión, protección y sostén que sus derechos enumeran. O tendremos que asumir que la infancia y la adolescencia ya no son parte de un proyecto común. En contextos en los que, como hoy, salud y educación públicas aparecen como los únicos restos de otra sociedad que no se atrevió del todo a ser, tal vez sea posible decir, como mínimo,

"que el invierno llega a las puertas de una ciudad que exterminó la utopía pero no su memoria":
Andrés Rivera, La revolución es un sueño eterno.

Bibliografía general

- Aulagnier, P. (1997): El aprendiz de historiador y el maestro - brujo. Del discurso identificante al discurso delirante. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Castellanos, P. (1991): "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población". Conferencia en el IV Taller latinoamericano de Medicina Social y V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas.
- Castoriadis, C. (1989): La institución Imaginaria de la sociedad, Caps. 3 y 7, Buenos Aires: Ed. Tusquets.
- De Almeida Filho, N. (1992): Epidemiología sin Números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Washington, Serie Paltex n° 28, OPS.
- Derrida, J. (1997): Resistencias del psicoanálisis, Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Gramsci, A. (1997): Los intelectuales y la organización de la cultura. Buenos Aires, Editorial Nueva Visión.
- Grotberg, E. (1998): "I am, I have, I can: What families worldwide taught us about Resilience", en

The Community circle of caring journal, Vol. 2 Issue 3, National Educational Service.

- Heller, A. (1985): "La estructura de la vida cotidiana" en Historia y vida cotidiana. México, Editorial Enlace - Grijalbo.
- Izaguirre, M. et al. (1997): "Tropiezos de la inscripción social", en El niño y el lazo social. II Jornadas del instituto del campo freudiano, Buenos Aires, Atuel.
- Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla (Comp) (1997): Estado del arte en Resiliencia, Washington, Programa de Salud Integral del Adolescente, CEANIM, OPS, OMS,.
- Lucchini, R. (1999): Niño de la calle. Identidad, sociabilidad, droga. Barcelona, los libros de la frontera.
- Llobet, V. (1997): "Chicos de la calle, trabajo y subjetividad", en Primer Concurso de Monografías, Secretaría de Cultura, Fac. Psicología, UBA.
- Munist, M. et al. (Comp) (1998): Manual de Identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington, Programa Familia y Población, OPS.
- Nadorowski, M. (1999): Infancia y poder. Buenos Aires, Aique Editora.
- Radke-Yarrow, M. y Sherman, T. (1992): "Hará growing: children who survive", en Risk and protective factors in the development of psychopathology (1992), Rolf, J. et al (eds.), Londres, Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1985): Tiempo y narración, París, Puff.
- Rutter, M. (1993): "Resilience: Some conceptual considerations". Journal of Adolescent Health Vol. 14 n° 8.
- Winnicott, D. (1994): Deprivación y Delincuencia. Buenos Aires, Paidés.
- Vanistendael, S. (1998): Cómo crecer superando los percances, Resiliencia: Capitalizar las fuerzas del individuo. BICE, Buenos Aires.
- Zaldúa, G. (1999): Violencia y Psicología. Cuadernos de Prevención Crítica 1, Buenos Aires, Editorial EUDEBA.

Notas de pie de página

7 No puedo dejar de asociar esta idea con las características de nuestro sistema penal, inquisitorial, en el que la "verdad" es obtenida en la confesión, a diferencia de otros en los que tal verdad es asumida como una construcción realizada en el proceso. No creo estar incluyendo un nivel de reflexión impropio, ya que la historia de la infancia deprivada, la historia de los chicos de la calle como menores, es determinada por la historia de sus mecanismos de control y judicialización. (no encuentro donde va esta nota)

Disponibilidad de Recursos Humanos de enfermería en cuatro sectores críticos del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez" (HECA)*

Morín Imbert, Patricia M. E.a

Introducción

La participación de enfermería en la atención hospitalaria es claramente deficitaria a nivel mundial, situación que es particularmente grave en América latina. La Organización Mundial de la Salud, en agosto de 2002, señaló el número cada vez menor de enfermeros en hospitales de todo el mundo advirtiendo que "la escasez de personal puede afectar seriamente el funcionamiento del sistema sanitario de algunos países" (1).

Publicado en la revista American Medical Association, uno de sus autores concluye: " El vínculo de la cantidad de personal de enfermería con el rescate de los pacientes indica que las enfermeras contribuyen significativamente a la vigilancia, la detección temprana y las intervenciones oportunas que salvan vidas" (2).

Un estudio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pennsylvania (3), realizado sobre 168 centros médicos, demostró que "cuando los hospitales no contratan la cantidad necesaria de enfermeras aumenta el riesgo de morir de los pacientes". El estudio se basó en un análisis de 20 meses que abarcó a 232.342 pacientes y halló que "aumentar la carga de trabajo de las enfermeras con un paciente extra es suficiente para incrementar en un 7% la probabilidad de que los pacientes mueran en el hospital".

Para afrontar este problema, el estado de California aprobó una ley que exige que para julio del 2003 tiene que haber una enfermera por cada seis pacientes en los hospitales, siendo la meta de una por cada cinco.

El Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez (HECA) brinda servicios médicos a pacientes adultos mayores de 13 años residentes de Rosario y de la región de influencia (sur santafecino, este de Córdoba, noreste de Buenos Aires y sudoeste de Entre Ríos). La atención se realiza tanto en forma ambulatoria como en internación, con una capacidad de 140 camas disponibles.

Constituye una unidad asistencial integrada a la red de efectores municipales, articulada con Atención Primaria de la Salud y los hospitales de menor nivel de complejidad. Su organización interna es por especialidades con tendencias a la modalidad de Cuidados Progresivos. Está sostenido por el presupuesto municipal y por la colaboración de entidades sin fines de lucro de la comunidad.

Sin bien las prestaciones cubren las demandas de pacientes con patologías agudas y crónicas de

* El trabajo contó con la asesoría del Área de Investigación en Salud. En el análisis de datos participaron Luciana Ruiz, Luz Gibbons y Hernán Ricci, pasantes en estadística.

a Lic. en Enfermería, ex Jefa del Depto. de Enfermería, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (HECA)

diferentes especialidades médicas, clínicas y quirúrgicas, la atención fundamentalmente se dirige a pacientes traumatizados, dado que es el único efector público de la jurisdicción especializado en emergencia, con la tecnología y experiencia necesaria para la misma. Bajo este perfil, el hospital recibe más de un 20% de pacientes de ciudades vecinas, registrando un alto índice de ocupación de camas (superior a 85%).

Las intervenciones de enfermería son en alto grado heterogéneas, asumiendo características particulares al interior de cada servicio, de acuerdo a la especialidad clínica o quirúrgica, a la especificidad y complejidad de las prácticas médico asistenciales derivadas de la mayor o menor criticidad de los cuadros patológicos que plantean los pacientes, número de camas a cargo, etc. No obstante, la asignación o distribución del recurso de enfermería, se realiza genéricamente en 4 turnos diarios de 6 horas cada uno, en los horarios de 0 a 6, 6 a 12, 12 a 18 y 18 a 24 horas.

El personal de enfermería conforma también un plantel heterogéneo por los diferentes niveles de formación y duración de la carrera habilitante, a saber:

- Auxiliares de Enfermería (9 meses)
- Enfermeros con título válido sólo en la provincia (menos de 2 años)
- Enfermeros Profesionales (nivel terciario = 3 años)
- Licenciados en Enfermería (nivel universitario = 5 años).

El HECA apoya y promueve la investigación clínica/epidemiológica y la docencia de postgrado, por convenios con la Universidad Nacional de Rosario (UNR). En ese sentido, el nivel de conducción de enfermería del HECA, preocupado por el desarrollo de una gestión más adecuada a los requerimientos de la realidad, con frecuencia genera actividades de investigación/evaluación de las prestaciones que brinda el personal de Enfermería.

En este marco y en el contexto particular de la crisis socioeconómica de la que no escapa ninguno de los estamentos de salud afectando a las instituciones y fundamentalmente a los RRHH de Enfermería, ya de por sí deficitarias, cabía preguntarse si los criterios administrativos para la distribución del personal por turnos y días de la semana estaban de acuerdo con las necesidades de intervención de enfermería, particularmente en los sectores más críticos del hospital. Tratándose de un efector con un alto índice ocupacional de camas, donde es habitual la utilización de camas supernumerarias, no había antecedentes de un análisis sobre la importancia cuantitativa de este recurso asistencial en el conjunto de camas de dotación y su variabilidad temporal (por turnos, días, semanas, etc.) en función de la correspondiente disponibilidad de personal de enfermería, interrogante éste de fundamental importancia en lo referente a servicios como Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC).

Las características particulares de estos dos servicios y los antecedentes sobre disponibilidad de los recursos eran los siguientes:

- UTI: cuenta con 12 camas de dotación, brinda atención a pacientes severamente críticos, de todas las especialidades médicas, aunque un alto porcentaje responde a pacientes traumatizados y/o neuroquirúrgicos. El grado de dependencia asistencial de los pacientes es muy alto, debido al nivel de complejidad y tecnología especializada que requieren los mismos. Se ha observado a través de datos estadísticos, que en los últimos cinco años, ha habido un incremento en la cantidad de pacientes atendidos en este sector, por lo que cada

vez es más frecuente la incorporación de camas supernumerarias. Administrativamente, la dotación de enfermería es asignada a razón de un enfermero profesional cada dos pacientes de mayor riesgo y uno cada tres pacientes de menor criticidad. Esto conduce a una disponibilidad genérica de 5 enfermeros profesionales por turno, salvo en el turno de 0 a 6 horas en que se dispone de 4 enfermeros. Esto, a partir de una auditoría de los registros de historias clínicas que parecía sugerir una disminución de las prestaciones de enfermería en ese horario.

- UCIC: cuenta con 6 camas disponibles y sólo dos enfermeras por turno para asistir a pacientes con cardiopatías isquémicas variadas, principalmente Angina Inestable, Infarto Agudo de Miocardio y Arritmia. También, se trata de un sector, con creciente demanda de atención, fundamentalmente en los últimos años, observándose al igual que en el caso de UTI, la frecuente presencia de camas supernumerarias para dar respuesta a las situaciones de emergencia con que llegan estos pacientes a la guardia del hospital. La dotación considerada como suficiente es, como mínimo, de un enfermero profesional cada tres pacientes, contemplando las habituales intervenciones para resolver las urgencias en casos de paro cardíaco, fibrilación, etc.

Bajo otras condiciones, los interrogantes sobre posibles desajustes en la disponibilidad del recurso de enfermería se centran en el grado de adecuación entre el número de enfermeros de dotación y las posibles variantes temporales de la carga asistencial en el Área de Emergencia Primaria (AEP) o bien en el Área Quirúrgica (AQ), en este caso no sólo en lo atinente a la cantidad de horas totales de cirugía sino también en cuanto a la posible simultaneidad de las prácticas quirúrgicas.

Las características de estos dos servicios eran los siguientes:

- AQ: cuenta con 4 quirófanos y realiza actualmente entre 300 y 400 cirugías al mes con variantes importantes en duración y cantidad de recursos asistenciales intervinientes, según la especialidad médico quirúrgica, si se trata de cirugías de urgencias o programadas, limpias o contaminadas, complejas o no complejas, etc. El personal de enfermería desempeña sus actividades como circulante dentro cada quirófano. Además de circular durante las cirugías, tiene la responsabilidad de preparar previamente los materiales que se utilizan y al propio paciente; a posteriori de las intervenciones colabora con la curación final de las heridas, higieniza a los pacientes, los traspa a las camillas de transporte, etc. Se dispone, además, de un enfermero que desarrolla actividades en la sala de pre y post anestesia, controlando y evaluando a los pacientes antes y después de cada cirugía. Este profesional es el encargado de coordinar los ingresos y egresos con el resto de los servicios, atender la ventanilla del área y circular en caso de cirugías no programadas o aumento imprevisto de la carga de trabajo. Este recurso no cubre sistemáticamente todos los turnos, quedando sin programar su intervención en algunos turnos críticos. La dotación, establecida según criterios subjetivos, es variable según los turnos y días de la semana, a saber: dos de 0 a 6 horas todos los días de la semana; cinco de 6 a 12 hs de lunes a viernes, cuatro los sábados y dos los domingos; cuatro entre las 12 y 18 horas de lunes a viernes, tres los días sábados y dos los domingos y la dotación para el turno de 18 a 24 es de tres enfermeras de lunes a viernes y dos los días sábados y domingos.
- AEP: atiende a todos los pacientes que ingresan a la institución en forma no programada, es decir urgencias y emergencias, como consecuencia de accidentes, que son clasificados en

"Ambulatorios", o sea los que ingresan caminando, reciben atención y se retiran por sus propios medios, y los que requieren "Atención Especial", como resucitación durante la urgencia con resultado exitoso o no, posterior internación o derivación a otro efector, etc. La demanda general, se mantiene con un promedio anual de alrededor de 28500 pacientes asistidos. Según criterios actuales de dotación, el recurso necesario para la "Atención Especial" es de un enfermero profesional cada seis o siete pacientes. Cabe agregar, que en situaciones de aumento imprevisto de la demanda (accidentes con víctimas múltiples, intoxicaciones masivas, etc.) en el horario de 0 a 6 horas, el servicio cuenta con el respaldo del AQ, la que brinda colaboración transfiriendo miembros de su personal, colaboración que también se proyecta a otros sectores del hospital. Para el resto de los turnos, el supervisor de enfermería, es el profesional autorizado para redistribuir el personal según demanda general y criterios de prioridad preestablecidos y acordados.

La necesidad de dar respuesta a los interrogantes básicos antes enunciados condujo a la presente investigación con el propósito de aportar elementos para la reflexión y toma de decisiones en la asignación de recursos de enfermería en los sectores más críticos del hospital. Esto, procurando reemplazar una práctica administrativa habitual dirigida a resolver situaciones coyunturales de déficit del recurso y sin el sustento de indicadores específicos que faciliten una planificación más estratégica de la distribución del personal según las particulares necesidades de los servicios asistenciales

Objetivo

Analizar la disponibilidad del recurso de enfermería en cuatro servicios críticos del HECA (UTI, UCIC, AG y AEP) y sus variantes temporales (por mes, días de la semana y turnos) en función de las modalidades médico-asistenciales específicas que los caracterizan.

Propósitos

- Hacer aportes para una organización más racional, eficiente y eficaz de los servicios bajo análisis desde la perspectiva de la distribución y asignación de los recursos de enfermería.
- Sentar las bases de un enfoque relacional para el análisis de la disponibilidad de los agentes de salud en diferentes campos disciplinares y distintos efectores /sectores o servicios de salud como instrumento válido para una planificación estratégica y eficiente del recurso humano asistencial.

Metodología

El estudio aplicado a los contextos particulares de los servicios bajo análisis derivó en algunas variantes metodológicas, principalmente en lo concerniente a las unidades de observación y de análisis, como también en cuanto a las fuentes de información consultadas. El período bajo observación se extendió entre enero y setiembre del año 2000.

La desagregación por días de la semana en el análisis de las prácticas asistenciales y su relación con el recurso disponible obedeció a las típicas variaciones entre días hábiles y fines de semana del

propio comportamiento de la demanda poblacional, como también (en particular para el AQ) a las modalidades particulares de atención de estos servicios, como son las de concentrar las cirugías programadas en días hábiles (lunes a viernes) y principalmente en los turnos de 6 a 12 y de 12 a 18 horas.

En UTI se recabó información sobre la cantidad de pacientes internados en cada turno por día, diferenciando día hábil o fin de semana (sábado o domingo) y por mes a lo largo de 6 meses de observación (marzo a agosto de 2000). La fuente de información fue el Report de Pacientes de Enfermería, a partir del cual se obtuvo además, el número de turnos que presentaron camas supernumerarias, también por días de la semana y por mes.

En UCIC, sin variantes particulares en términos de la fuente de información, variables y unidades de análisis respecto de UTI, el período de observación correspondió a enero (a partir del día 13), febrero, mayo, junio y julio de 2000.

En AQ, las unidades de observación fueron las prácticas quirúrgicas, en términos de la cantidad de horas que insumen estas prácticas como también en cuanto a la simultaneidad de las mismas. Para este sector, la información fue obtenida a través de planillas diseñadas ad hoc a los fines del estudio y el período correspondió a los meses de febrero a julio del 2000.

En AEP la información fue recabada de las planillas elaboradas por la Oficina de Admisión y Egresas, en las que constan pacientes atendidos en cada turno, por ambas modalidades de atención, ambulatoria o especial, por días de la semana y por mes, entre abril y setiembre de 2000.

Resultados

1. Unidad de Terapia intensiva (UTI)

Los resultados generales en cuanto a pacientes internados en este servicio de alta complejidad parecen orientar a que la dotación de enfermería resulta suficiente para cubrir la demanda, ya que los promedios se mantuvieron por debajo de 12 (número de camas disponibles) en todos los turnos, y para todos los días y meses observados en el período.

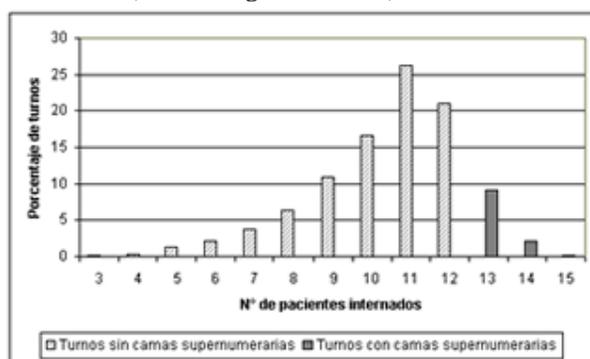
En efecto, siendo de 10,5 el promedio general de pacientes internados entre marzo y agosto de 2000, los valores se mantuvieron en un rango de 9,5 a 11,3 en los 6 meses estudiados, entre 10,3 y 10,6 en los 4 turnos y, a un nivel de mayor desagregación por turno y por mes, el máximo valor observado fue de 11,7 para agosto en el turno de 0 a 6 horas y el mínimo de 9,3 para abril en el turno de 18 a 24 horas ([Anexo](#) tabla 1). Estos resultados no plantearon diferencias significativas por mes o por turno, al igual que al considerar los días particulares de la semana, que dieron un promedio de 10,6 pacientes para días hábiles y de 10,4 en los fines de semana.

En cambio, la información sobre la utilización de camas supernumerarias (camas que se agregan al total de camas disponibles), puso en evidencia ciertos déficits de personal. En la tabla 2 ([Anexo](#)) se observa que la cantidad de turnos con camas supernumerarias representa algo más del 11 % del total de turnos del período observado. En el mes de abril esta situación pareció presentarse con menor frecuencia llegando a sólo el 4,2% de los turnos del mes. Contrariamente, en los meses de mayo y junio las cifras experimentaron una aparente suba llegando alrededor de un 15% de turnos con camas supernumerarias. Sin embargo, cabe advertir que los denominadores pequeños que dieron lugar a la obtención de los porcentajes, principalmente al tratarse de los días de fines de semana,

derivaron en un sobredimensionamiento de las posibles diferencias y cuya significación no fue verificada por tratarse de valores dependientes de uno a otro turno, día y mes.

Lo anterior lleva a concluir que si bien, en general, la consideración de las camas supernumerarias estaría indicando una situación no tan aceptable en cuanto a la carga asistencial que sobrelleva el personal de enfermería en este servicio, no se cuenta con evidencias suficientes como para afirmar que la misma asuma particularidades en algunos meses, turnos o días de la semana ([Anexo](#) tabla 3). Sintetizando lo verificado en UTI en todo el período de observación, el gráfico 1 muestra la distribución del número de pacientes internados por turno. De la totalidad de turnos estudiados (736), el número de pacientes hospitalizados en un determinado turno oscila entre 3 y 15 con una mayor concentración entre 10 y 12 pacientes reuniendo más del 65 % de los turnos. El Gráfico 1 destaca a su vez la baja frecuencia ya mencionada de alrededor del 11 % de los turnos en que se requirieron camas supernumerarias, o sea la situación en que el número de internados era de 13 a 15 pacientes.

Gráfico 1: Porcentaje de turnos según el número de pacientes internados. UTI (Marzo - Agosto de 2000)



En este sentido debe destacarse que si bien la proporción de turnos con camas supernumerarias es aparentemente baja, debe considerarse que en este sector los pacientes requieren de una atención altamente compleja, especializada y oportuna, por lo que una cama supernumeraria implica una serie de esfuerzos adicionales, perturbando las tareas de rutina y afectando la atención general del servicio y del resto de los pacientes. Esta situación no es de fácil resolución, por cuanto no siempre puede apelarse a la transferencia de personal de otros servicios, dado que no todo el recurso de enfermería del hospital cuenta con la capacitación específica que requiere este sector.

2. Unidad de Cuidados Intensivos Coronarias (UCIC)

Contando con una capacidad asistencial máxima de 6 pacientes/camas, los promedios obtenidos para este servicio superaron ese tope en forma global y prácticamente en todos los turnos, días y meses no detectándose diferencias de significación.

El promedio global alcanzó a 6,6 de pacientes hospitalizados. En algunos meses superó a 7 pacientes, particularmente los correspondientes a julio y, en menor grado, a enero ([Anexo](#) Tabla 4). El análisis, diferenciando entre días hábiles y fines de semana no arrojó variantes de importancia, siendo los dos valores obtenidos de 6,7 y 6,4 respectivamente.

Este primer análisis permitió dar cuenta que la dotación de enfermería en UCIC resulta insuficiente para cubrir satisfactoriamente las necesidades de intervención y que este déficit se mantiene

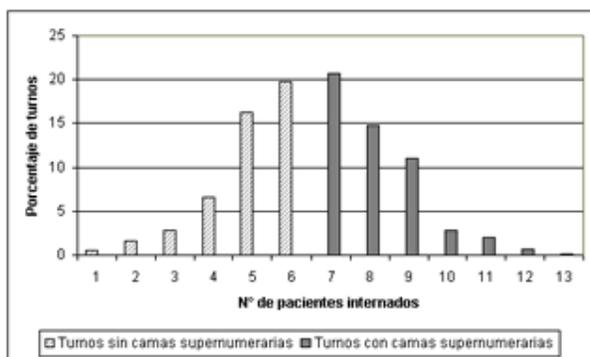
uniforme a lo largo de los turnos, días y meses.

la consideración de camas supernumerarias reveló que más de la mitad de los turnos estudiados (51,1 %) requirieron de este recurso adicional, resultado que es coherente con lo visualizado a través de los promedios de pacientes internados ([Anexo](#) Tabla 5).

A diferencia de la UTI, el incremento importante de los porcentajes mensuales con camas supernumerarias detectadas para junio y julio (55 y 68,5 % respectivamente) podría obedecer a una mayor demanda estacional por problemas cardíacos. En cambio, las variantes por turno que parecieron focalizar el problema particularmente entre las 12 y 18 horas ([Anexo](#) Tabla 6), responderían a que en este sector las altas de pacientes se efectivizan en este horario, derivando en una superposición temporal con el ingreso de nuevas hospitalizaciones.

El mayor desajuste que plantea UCIC en términos de la relación de los recursos de enfermería y requerimientos asistenciales queda mejor reflejada en Gráfico 2, donde se plantea la distribución del número de pacientes por turno. En él, de los 560 turnos observados en todo el período, resulta evidente un alto porcentaje de turnos con 7 o más pacientes, reafirmando la sobrecarga asistencial importante, ya no circunstancial, de las prácticas de enfermería.

Gráfico 2: Porcentaje de turnos según el número de pacientes internados. UCIC (Enero - Febrero. Mayo - Julio de 2000)



3. Área Quirúrgica (AQ)

La búsqueda de puntos críticos que dieran cuenta de una posible insuficiencia en la disponibilidad del recurso de enfermería, atendiendo a su variabilidad por turnos y días de la semana, llevó a la consideración de las horas destinadas a las prácticas quirúrgicas y su simultaneidad en el tiempo. Se contabilizaron, además, las horas dentro de cada turno con ausencia de intervenciones, tiempo éste en el cual el servicio también tiene responsabilidad en tareas de enfermería pre y postquirúrgicas, con una duración aproximada de una hora de trabajo por cada práctica.

Calculados los promedios de horas sin cirugías y con una o más simultáneas, no se observaron variantes en los distintos meses del período bajo estudio. Las distribuciones del tiempo promedio dentro de un turno de 6 horas indicaron, uniformemente, entre 4 y 7 minutos dedicados a 4 cirugías simultáneas a lo largo de los meses

pero, en forma creciente, alrededor de 30 minutos para 3 cirugías, un rango entre 56 minutos y 1:10 horas para 2 simultáneas y aproximadamente 1:30 horas para una cirugía. En general, entre 2:50 y 3 horas son las utilizadas para las tareas preparatorias de las intervenciones, ya que son tiempos sin intervenciones quirúrgicas.

La posible carga diferencial de trabajo y su relación con las variantes en la dotación del personal

por turnos condujo a un análisis particularizado. Para los días hábiles de la semana se resaltan en negrita ([Anexo](#) tabla 7) los tiempos promedio en que la capacidad del sector se ve excedida según los recursos de enfermería disponibles. Particularmente, cabe destacar, que entre las 18 y 24 horas la capacidad operativa resultó excedida en 20 minutos.

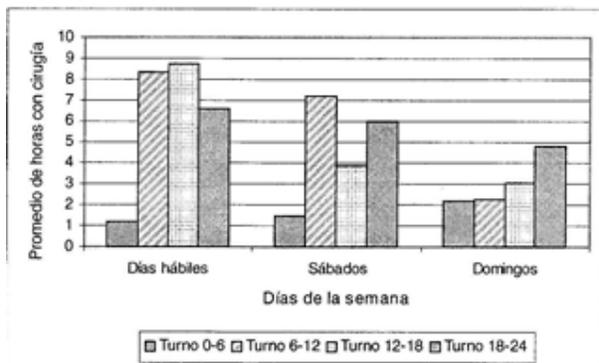
Este problema se ve agudizado en días sábados donde el tiempo en que se excede la capacidad es de 1 hora 44 minutos entre las 18 y 24 horas ([Anexo](#) tabla 8), que, con ligeras variantes, se mantiene para los días domingos ([Anexo](#) tabla 9).

Estos resultados, no obstante corresponder a promedios generales, son evidencia de una sostenida carga de trabajo para el personal de enfermería y ponen en cuestión las pautas organizativas que rigen en la institución respecto de la dotación de personal.

Los criterios vigentes para el AG en cuanto a dotación de personal deberían revisarse en un futuro, a la luz de un análisis en mayor profundidad, fundamentalmente en determinados turnos y días de la semana. En efecto, los hallazgos estarían planteando situaciones críticas, particularmente los días hábiles en los turnos de 6 a 12 y 12 a 18 horas durante los cuales un 50 % de la jornada está dedicada a la atención directa de 2 o más cirugías ([Anexo](#) tabla 7), dato que no toma en consideración las horas que insumen las tareas pre y post quirúrgicas de la atención individual a pacientes. Del mismo modo, la sobrecarga de trabajo observada específicamente los días sábados y domingos en el turno de 18 a 24 horas ([Anexo](#) tablas 8 y 9).

Reafirmando los comentarios anteriores, el cálculo de las horas promedio con cirugía en cada turno (Gráfico 3), dio lugar a que el turno de 12 a 18 horas, en días hábiles, presenta el mayor déficit con sólo 4 enfermeras y, en menor grado, el turno de 6 a 12 que cuenta con 5 enfermeras. Esta distribución plantea otra estructura al considerar los días de fines de semana. Así, en días sábados los turnos de mayor demanda de trabajo son 6 a 12 hs., con 7 horas promedio de cirugía y de 18 a 24 hs. con 6 horas promedio de cirugía. Esto conduce a un cierto desajuste de la dotación de enfermería si se tiene en cuenta que el número de personal disponible es de 4 y 2 respectivamente, como también que en el turno de 12 a 18 horas, con 3 enfermeras, el promedio sea de 4 horas de cirugía.

Gráfico 3: Promedio de horas de cirugía por días de semana y turnos



Estos promedios se obtuvieron multiplicando los promedios de horas con cirugía por la cantidad de cirugías. Para ello fue necesario expresar las cantidades de las tablas 11, 12 y 13 del [anexo](#) (cuyo formato es horas:minutos) en hora y fracción. De este modo, en el caso del turno de 18-24 en los días hábiles se calculó de la siguiente manera: $2,15 \times 1 + 1,62 \times 2 + 0,34 \times 3 + 0,05 \times 4 = 6,61$, es decir, durante los días hábiles hubo en promedio 6,61 horas de cirugía en el turno de 18-24.

Los días domingo, en que la dotación de enfermería es uniforme a lo largo de los cuatro turnos (2 enfermeras), las demandas asistenciales muestran un incremento evidente en el turno de 18 a 24 horas, con casi 5 horas promedio de cirugía, planteando también un importante déficit de personal.

4. Área de Emergencia Primaria (AEP)

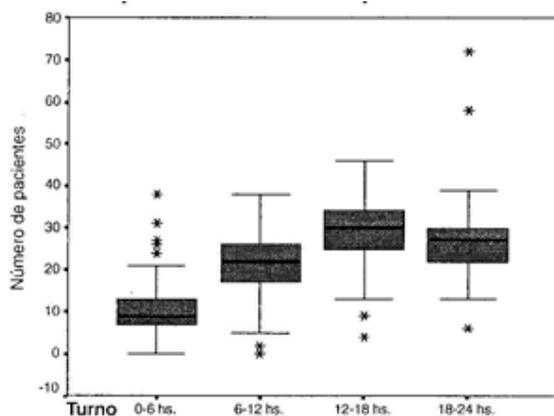
Para el Área de Emergencia Primaria el análisis se centró en el tipo de atención (especial o ambulatoria) discriminando por meses de ocurrencia, días de la semana y turnos de atención, en forma similar a lo planteado para los otros sectores bajo estudio.

Con un promedio general de 22 pacientes asistidos por turno ([Anexo](#) tabla 10), no se detectaron diferencias globales entre los meses del período. Como características salientes merecen destacarse, por un lado, la reducción en el número de pacientes, prácticamente de más de un 50% en el turno de 0 a 6 horas, que se sostiene a lo largo de los meses en estudio. Del mismo modo se pudo observar, que el promedio para los turnos de 1,2 a 18 y 18 a 24 horas supera los 25 pacientes, llegando en algunos meses a 30, como en marzo de 12 a 18 horas y a 30,8 en septiembre, en el turno de 18 a 24 horas.

La desagregación por tipo de atención, "especial" o "ambulatoria", permitió identificar algunas particularidades. Por un lado que la "atención especial" se mantiene en alrededor de 4 pacientes, casi una quinta parte del promedio general de 22 ([Anexo](#) tablas 11 y 12). Este número reducido de pacientes, que demandan dedicación prácticamente exclusiva, se contraponen con las denominadas "consultas ambulatorias" que requieren un tiempo menor de dedicación, y que conforman el grueso de la atención diaria. La situación que se observa en las demandas de consultas ambulatorias entre las 0 y 6 horas estaría certificando que la normativa actual de la asignación de menores recursos en ese turno, mantiene cierta línea de equidad en la distribución de personal, más aún al contar con la posibilidad de incrementar el número de enfermeros en forma inmediata ante un aumento imprevisto de la demanda.

Otro rasgo detectado es la regularidad de la demanda de consultas que plantea la "atención especial" ([Anexo](#) tabla 11) que, con algunas excepciones, no plantea variantes por días de la semana en cuanto al número de pacientes. En cambio, el promedio de pacientes asistidos en "consultas ambulatorias" entre las 0 y 6 hs muestra un importante incremento los fines de semana ([Anexo](#) tabla 12). Aunque los valores no superan los márgenes de la demanda general que es característica de este turno, estos resultados pueden conducir a pensar en un excedente de personal comparativamente con la atención que se brinda en los otros turnos y días. Sin embargo, estas apreciaciones quedan descartadas al analizar la distribución de la totalidad de las consultas canalizadas por este servicio a lo largo del período bajo observación (Gráfico 4). El gráfico, que destaca una menor variabilidad de la distribución del número de pacientes asistidos entre 0 y 6 horas respecto de los otros turnos (50 % de los días con 7 a 13 pacientes asistidos) y cuyo centro corresponde a un valor medio menor (mediana de 9 pacientes), pone en evidencia claramente un mayor número de días atípicos en los cuales debieron asistirse más de 21 pacientes.

Gráfico 4: Distribuciones de pacientes atendidos diariamente en los diferentes turnos (Boxplots). AEP (Abril-Septiembre de 2000)



Cada "caja" concentra el 50% de los valores centrales de la distribución del número de consultas por turno (intervalo 0,75 - 0,25) y la "línea gruesa" a su interior corresponde al valor de la mediana. Las dos "líneas perpendiculares" a la caja, selladas por dos horizontales, representan los límites dentro de los cuales se encuentran los valores típicos de cada distribución. Los "asteriscos" identifican los valores atípicos o bien excepcionales de cada distribución.

Estas situaciones de una sobredemanda excepcional no se presentan en los otros turnos, salvo en el turno de 18 a 24 horas donde se debieron asistir más de 60 pacientes en dos oportunidades. Estas evidencias responden al perfil de un hospital de emergencias expuesto a aumentos abruptos de la demanda por diferentes razones: accidentes con víctimas múltiples, incendios, epidemias, intoxicaciones, accidentes causados por personas alcoholizadas en días festivos, avalanchas por presencia de numerosas personas en eventos sociales (deportes, conciertos), etc.

la ocurrencia de situaciones críticas incidentales en los turnos de 0 a 6 y 18 a 24 horas, que han sido precisadas a través del estudio, constituyen un antecedente importante para prever la solicitud de recursos humanos adicionales para este sector, que son canalizadas habitualmente a través del Area Quirúrgica con el fin de cubrir tanto el aumento imprevisto de la demanda de atención, como el ausentismo del personal en cualquiera de los sectores del hospital. La normativa, que integra el conjunto de reglamentaciones vigentes de la institución (como componente necesario de un hospital de emergencias), podría definirse con mayores precisiones a través de un monitoreo permanente de las demandas del servicio.

Consideraciones finales

Diversos documentos de OPS/OMS evidencian a lo largo de los últimos años (preocupados por la marcha de los Procesos de Reforma Sectorial en Salud), una amplia coincidencia en señalar que el éxito o fracaso de dichos procesos reconoce como elemento clave la dimensión de los Recursos Humanos, protagonistas principales en los procesos de transformación de los sistemas y servicios de salud.

Por otra parte los Estados Miembro de OPS han identificado a los servicios de enfermería como importantes componentes en el desarrollo de la salud, proponiendo la OMS un rol de liderazgo en lo que hace a fortalecer las contribuciones de enfermería en la optimización del rendimiento de los Servicios de Salud. En tal sentido se coloca un fuerte énfasis en lo referido al recurso humano en el sector (4).

A este respecto, la Sexta Reunión del Grupo Consultivo Mundial sobre Enfermería y Partería se convocó para analizar la problemática de los servicios de enfermería en el desempeño de los sistemas nacionales de salud en referencia a las tres funciones básicas: rectoría, generación de recursos y prestación de servicios" poniéndose de relieve "la importancia de contar con un número suficiente de proveedores de servicios de enfermería, así como de sus niveles de competencia y su distribución, porque este grupo de agentes sanitarios constituye un elemento decisivo de la infraestructura para la prestación de servicios de salud esenciales" (5).

En ese marco, el presente trabajo pretende realizar un aporte en la dirección de reconocer la importancia de actividades de monitoreo permanente en los Servicios que permitan diagnósticos ajustados de situación para una adecuada toma de decisiones en el orden de la gestión.

Si bien acotado este trabajo al análisis de la relación entre el número de recursos humanos de enfermería y el número de pacientes bajo su responsabilidad, surgen igualmente hallazgos significativos, tales como aquellos que dan cuenta de la situación de la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC). Es indudable la alta capacitación y entrenamiento de todo el equipo de profesionales del sector, sin embargo la evidencia de un valor superior al 50% de turnos de enfermería en los que se trabaja con el recurso de camas supernumerarias, da cuenta de un déficit que podría estar afectando negativamente en la calidad de atención. Algo similar, si bien en menor medida podría señalarse respecto de la Unidad de Terapia Intensiva. En estos dos casos, y trascendiendo los datos numéricos resultantes cabe atender a la criticidad de las problemáticas atendidas, lo que torna más acuciante la necesidad de reflexionar y operar sobre el desequilibrio entre recursos disponibles y demanda de atención, apuntando al logro de una máxima efectividad en el rendimiento de los servicios.

En la Sexta Reunión del Grupo Consultivo Mundial sobre Enfermería y Partería, mencionada anteriormente, se analizó detalladamente la crisis de los Sistemas de Salud de países subdesarrollados y en ese contexto la escasez de personal de enfermería, con tendencia a un mayor agravamiento y el impacto negativo que esto produce en países con escasos recursos económicos y una precaria situación sanitaria. Del mismo modo, en las recomendaciones que surgen de ella, merecen destacarse entre otras:

Recomendaciones sobre política sanitaria.

Habida cuenta de la grave escasez de personal de enfermería y partería que se registra a nivel mundial, la OMS debe examinar los esfuerzos nacionales de planificación en materia de personal sanitario y determinar modelos apropiados para diferentes sistemas de salud a fin de asegurar que los recursos humanos correspondan mejor a las necesidades efectivas del servicio y la población. Estos esfuerzos han de abarcar el establecimiento de mecanismos para difundir estos modelos y la formulación de directrices relativas a su utilización.

Recomendación relativa a la promoción de los servicios de enfermería

La OMS debe establecer mecanismos para informar a los encargados de formular las políticas y al público sobre la repercusión y las contribuciones de los servicios de enfermería en la satisfacción de las necesidades sanitarias de poblaciones insuficientemente atendidas, y promover la utilización de esos servicios cuando existan pruebas que confirmen su calidad y eficiencia" (6) .

Por otra parte, en otro documento de OPS/OMS se sostiene que "los recursos humanos, los

diferentes tipos de staff tanto clínico como no-clínico, que realiza cada intervención de salud individual o pública, constituyen los inputs más importantes del sistema de salud. La performance de los sistemas de cuidado de salud depende finalmente de los conocimientos, habilidades y motivación de las personas responsables de suministrar servicios"; para luego advertir que "No obstante, el personal no tendrá posibilidad de suministrar servicios de un modo efectivo sin capital físico -hospitales y equipamiento- e insumos tales como medicamentos y otros, que desempeñan un rol importante en elevar la productividad de los recursos humanos (...) la combinación equilibrada de los diferentes inputs de recursos dependerá de la identificación de las necesidades de salud, prioridades sociales y expectativas de la población (...) Un sistema de salud ~estar pleno de recursos humanos, con excelentes conocimientos y habilidades, pero aún así, tendrá pendiente afrontar la crisis sí las necesidades de salud futuras, las prioridades y los recursos disponibles no son tomados en cuenta".

Finalmente, y tal como se esboza en el espíritu del documento de OPS/OMS, la problemática del costo/efectividad en Sistemas de Salud es compleja y está atravesada por diversas dimensiones que no pueden desvincularse. En tal sentido, a la dimensión económica ineludible en el análisis (diversidad de costos tanto en recursos materiales como humanos) resulta indispensable relacionarla con el diagnóstico adecuado de necesidades en salud, expectativas de los usuarios y rendimiento del recurso humano; este último estrechamente ligado no sólo a la capacitación y entrenamiento de los mismos sino también a una relación equilibrada entre recursos humanos e insumos adecuados para afrontar las prestaciones. El desbalance entre estos términos es además potencialmente productor de la caída del rendimiento del recurso humano, mediatizado además por su insatisfacción en términos de no poder responder adecuadamente a su misión.

Tal como se esbozó en los propósitos de este trabajo, se considera importante intentar proyectar esta experiencia de análisis a otros servicios y efectores, con el objeto de sostener una política de gestión de recursos, desde una perspectiva crítica que contribuya a otorgar racionalidad en las instancias de planificación. Cabe señalar asimismo la necesidad de otorgar continuidad al estudio de esta temática, enriqueciéndola con otras dimensiones de análisis no incluidas en esta primera experiencia, con abordajes de corte cualitativo, incorporando entrevistas en profundidad al personal de enfermería tanto asistencial como de conducción, y así impulsar el monitoreo permanente de las acciones y dinámica de los recursos en salud. Desde la perspectiva de la autora, éste es uno de los más fuertes desafíos para el sector, porque llegar a consolidar la sistematicidad de estudios evaluativos y favorecer la apropiación de sus resultados por parte de los niveles de gestión y de los propios equipos de salud, implica fundamentalmente caminar en la dirección de producir un cambio en la cultura de las instituciones de salud.

Anexo

Tabla 1: Promedio de pacientes internados por turno y por mes. UTI (marzo-agosto de 2000)

Meses	Turnos				Promedio general por mes
	0 – 6 hs.	6 – 12 hs.	12 – 18 hs.	18 – 24 hs.	
Marzo	10.2	10.0	9.8	9.9	10.0
Abril	9.5	9.6	9.4	9.3	9.5
Mayo	10.8	10.7	10.5	10.9	10.7
Junio	11.1	11.5	11.3	11.1	11.3
Julio	10.6	10.7	10.8	10.5	10.7
Agosto	11.7	11.1	11.2	10.9	11.1
Promedio general por turno	10.3	10.6	10.5	10.4	10.5

Tabla 2: Turnos con camas supernumerarias por mes y días de semana. UTI (marzo-agosto de 2000)

Meses	N° de turnos						Porcentaje de turnos con camas supernumerarias		
	Total*			Con camas supernumerarias*			Días hábiles	Fines de semana	Total
	Días hábiles	Fines de semana	Total	Días hábiles	Fines de semana	Total			
Marzo	92	32	124	10	2	12	10.9	6.3	9.7
Abril	80	40	120	3	2	5	3.8	5.0	4.2
Mayo	92	32	124	11	7	18	12.0	21.9	14.5
Junio	88	32	120	16	4	20	18.2	12.5	15.8
Julio	84	40	124	10	3	13	11.9	7.5	10.5
Agosto	92	32	124	10	6	16	10.9	18.8	12.9
Total	528	208	736	59	24	83	11.2	11.5	11.3

*N° total de turnos: número total de días de cada mes por los cuatro turnos.

*N° total de turnos con camas supernumerarias: es la suma de todos los turnos observados por mes en los que se presentó al menos una cama supernumeraria. Por ejemplo, de los 92 turnos en "días hábiles" observados en el mes de marzo se presentaron 10 con camas supernumerarias, lo que representa el 10.9 % del total de turnos.

Tabla 3: Días con camas supernumerarias por turno y días de semana. UTI (marzo-agosto de 2000)

Turnos	N° de días						Porcentaje de días con camas supernumerarias		
	Total*			Con camas supernumerarias*			Días hábiles	Fines de semana	Total
	Días hábiles	Fines de semana	Total	Días hábiles	Fines de semana	Total			
0-6 hs.	132	52	184	15	6	21	11.4	11.5	11.4
6-12 hs.	132	52	184	14	9	23	10.6	17.3	12.5
12-18 hs.	132	52	184	17	3	20	12.9	5.8	10.9
18-24 hs.	132	52	184	13	6	19	9.8	11.5	10.3
Total	528	208	736	59	24	83	11.2	11.5	11.3

*N° total de días: cantidad de días de los 6 meses bajo estudio

*N° total de días con camas supernumerarias: suma de todos los días a lo largo del periodo estudiado en los que se presentó al menos una cama supernumeraria en el turno correspondiente. Por ej. de los 132 "días hábiles" observados en el turno de 0-6 hs. en los 6 meses, se presentaron 15 con camas supernumerarias representando un 11.4% de días hábiles con camas supernumerarias en el turno de 0/6 horas.

Tabla 4: Promedio de pacientes internados por turno y por mes. UCIC (enero-febrero, mayo-julio de 2000)

Meses	Turnos				Promedio por mes
	0 – 6 hs.	6 – 12 hs.	12 – 18 hs.	18 – 24 hs.	
Enero	6.3	7.1	7.8	6.7	7.0
Febrero	5.6	6.1	6.7	6.2	6.1
Mayo	6.1	6.4	6.5	5.9	6.2
Junio	6.2	6.6	6.9	6.3	6.5
Julio	7.3	7.6	7.9	7.0	7.4
Promedio general por turno	6.3	6.7	7.1	6.4	6.6

Tabla 5: Turnos con camas supernumerarias por mes y días de semana. UCIC (enero-febrero. mayo-julio de 2000)

Meses	N° de turnos						Porcentaje de turnos con camas supernumerarias		
	Total*			Con camas supernumerarias*			Días hábiles	Fines de semana	Total
	Días hábiles	Fines de semana	Total	Días hábiles	Fines de semana	Total			
Enero ¹	52	24	76	23	14	37	44.2	58.3	48.7
Febrero	84	32	116	38	10	48	45.2	31.3	41.4
Mayo	92	32	124	41	9	50	44.6	28.1	40.3
Junio	88	32	120	56	10	66	63.6	31.3	55.0
Julio	84	40	124	55	30	85	65.5	75.0	68.5
Total	400	160	560	213	73	286	53.3	45.6	51.1

*N° total de turnos: número total de días de cada mes por los cuatro turnos.

*N° total de turnos con camas supernumerarias: suma de todos los turnos en los que se presentó al menos una cama supernumeraria en el mes correspondiente.

¹ Se consideró solo del 13 al 31 del mes de enero

Tabla 6: Días con camas supernumerarias por turno y días de semana. UCIC (enero-febrero. mayo-julio de 2000)

Turnos	N° de días						Porcentaje de días con camas supernumerarias		
	Total*			Con camas supernumerarias*			Días hábiles	Fines de semana	Total
	Días hábiles	Fines de semana	Total	Días hábiles	Fines de semana	Total			
0-6 hs.	100	40	140	44	16	60	44.0	40.0	42.8
6-12 hs.	100	40	140	56	17	73	56.0	42.5	52.1
12-18 hs.	100	40	140	61	22	83	61.0	55.0	59.3
18-24 hs.	100	40	140	52	18	70	52.0	45.0	50.0
Total	400	160	560	213	73	286	53.3	45.6	51.1

*N° total de días: cantidad de días de los 6 meses bajo estudio.

*N° total de días con camas supernumerarias: suma de todos los días en los que se presentó al menos una cama supernumeraria en el turno correspondiente.

Tabla 7: Promedios y porcentajes de horas sin cirugías y con 1,2,3 y 4 cirugías simultáneas en los días hábiles en los diferentes turnos. AQ (febrero-julio de 2000)

Cirugías	Turnos							
	0-6		6-12		12-18		18-24	
	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%
Sin cirugías	4:58	82.8	2:25	40.2	1:22	22.8	1:50	30.7
1 cirugía	0:52	14.7	0:40	11.2	1:46	29.3	2:09	35.8
2 cirugías simult.	0:08	2.2	1:19	22.0	1:49	30.2	1:37	27.0
3 cirugías simult.	0:01	0.3	1:23	23.0	0:53	14.8	0:20	5.7
4 cirugías simult.	0:00	0.0	0:13	3.7	0:10	2.8	0:03	0.8
Horas en el turno	6:00	100.0	6:00	100.0	6:00	100.0	6:00	100.0

Tabla 8: Promedios y porcentajes de horas sin cirugías y con 1,2,3 y 4 cirugías simultáneas en los días sábados en los diferentes turnos. AQ (febrero-julio de 2000)

Cirugías	Turnos							
	0-6		6-12		12-18		18-24	
	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%
Sin cirugías	4:47	79.8	2:21	39.2	3:17	54.8	1:59	33.0
1 cirugía	0:59	16.3	1:21	22.5	1:46	29.5	2:16	38.2
2 cirugías simult.	0:13	3.5	1:13	20.2	0:44	12.2	1:30	25.0
3 cirugías simult.	0:01	0.3	0:56	15.7	0:13	3.5	0:14	3.8
4 cirugías simult.	0:00	0.0	0:09	2.5	0:00	0.0	0:00	0.0
Horas en el turno	6:00	100.0	6:00	100	6:00	100.0	6:00	100.0

Tabla 9: Promedios y porcentajes de horas sin cirugías y con 1,2,3 y 4 cirugías simultáneas en los días domingos en los diferentes turnos. AQ (febrero-julio de 2000)

Cirugías	Turnos							
	0-6		6-12		12-18		18-24	
	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%	Promedio	%
Sin cirugías	4:06	68.2	4:11	69.8	3:35	59.7	2:38	44.0
1 cirugía	1:37	27.0	1:25	23.7	1:53	31.3	2:11	36.5
2 cirugías simult.	0:17	4.8	0:20	5.5	0:29	8.0	0:58	16.0
3 cirugías simult.	0:00	0.0	0:02	0.7	0:02	0.6	0:09	2.5
4 cirugías simult.	0:00	0.0	0:01	0.3	0:01	0.3	0:04	1.0
Horas en el turno	6:00	100.0	6:00	100.0	6:00	100.0	6:00	100.0

Tabla 10: Promedio de pacientes atendidos por turno y por mes. AEP (abril-septiembre de 2000)

Meses	Promedios por turno				Promedio mensual
	0 - 6 hs.	6 - 12 hs.	12 - 18 hs.	18 - 24 hs.	
Abril	11.7	21.5	28.9	27.5	22.4
Mayo	10.2	21.7	30.0	26.2	22.0
Junio	9.6	20.9	28.8	24.9	21.0
Julio	9.2	20.9	29.6	24.5	21.1
Agosto	10.3	22.9	29.8	26.2	22.3
Septiembre	11.9	21.3	27.6	30.8	22.9
Promedio general por turno	10.5	21.5	29.1	26.7	22.0

Tabla 11: Promedio de pacientes asistidos en "Atención especial" por mes por turno y día de semana. AEP (abril-septiembre de 2000)

Meses	Turnos								Promedios por mes y días de semana	
	0 - 6 hs.		6 - 12 hs.		12 - 18 hs.		18 - 24 hs.			
	DH	FS	DH	FS	DH	FS	DH	FS	DH	FS
Abril	2.5	2.0	4.1	3.5	6.3	3.8	5.5	5.7	4.6	3.8
Mayo	2.1	2.4	4.3	5.3	5.3	6.5	4.8	6.3	4.4	5.1
Junio	1.9	2.5	4.2	3.9	6.3	5.5	6.3	5.6	4.7	4.4
Julio	1.4	2.9	4.0	5.5	7.1	4.9	4.2	3.9	4.2	4.3
Agosto	1.7	3.3	3.6	3.8	5.9	4.5	5.6	7.5	4.2	4.8
Septiembre	2.5	2.6	3.8	2.7	5.3	5.2	6.1	5.0	4.4	3.9
Promedio general por turno y días de semana	2.0	2.9	4.0	4.1	6.0	5.0	5.4	5.6	4.4	4.3

FS: fines de semana
DH: días hábiles

Tabla 12: Promedio de pacientes asistidos en "Atención ambulatoria" por mes por turno y día de semana. AEP (abril-septiembre de 2000)

Meses	Promedios por turno								Promedios por mes y días de semana	
	0 - 6 hs.		6 - 12 hs.		12 - 18 hs.		18 - 24 hs.			
	D S	F S	D S	F S	D S	F S	D S	F S	D S	F S
Abril	8.5	11.4	18.2	16.7	23.2	24.0	21.5	22.9	17.8	18.8
Mayo	7.6	9.4	17.6	15.9	25.1	22.0	21.1	20.8	17.9	17.0
Junio	5.8	12.3	16.8	16.5	22.7	22.6	18.1	20.8	15.9	18.0
Julio	6.6	8.9	16.9	15.4	24.5	20.6	20.5	19.8	17.1	16.2
Agosto	7.3	10.9	20.0	19.3	25.1	21.8	20.7	18.5	18.3	17.1
Septiembre	8.1	12.4	19.0	15.0	22.5	21.9	25.5	24.0	18.8	18.3
Promedio general por turno y días de semana	7.0	10.8	18.1	16.1	23.9	22.2	21.2	21.2	16.6	17.6

Referencias bibliográficas

- (1) Citado en "La Capital", 22 de diciembre de 2002, pág 19.
- (2) Ibídem 1.
- (3) Ibídem 1.
- (4) Nursing and midwifery services at the World Health Organization OMSIOPS.
[www.who.int/health.services.delivery1nursing](http://www.who.int/health/services/delivery1nursing).
- (5) Grupo Consultivo Mundial sobre Enfermería y Partería, Informe de la 6° Reunión, Ginebra, 19-22 de noviembre de 2000. www.who.int/health.services.delivery1nursing.
- (6) Ibidem 4.

Identificación de los pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal de bajo riesgo: Score HECA*

Pratto, Daniel^a; Salgado, Miriam^b; Sandtner, Cecilia^b; Alasino, Pablo^b; Levin, Alberto^a; Wulfson, Adolfo^a

Introducción

La hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) es una de las emergencias gastroenterológicas más frecuentes, representando en Reino Unido el 87 por 100.000 de los ingresos por año en el área de emergencia. En los estados Unidos 300.000 pacientes son hospitalizados por año con este diagnóstico. Según informes de los centros de referencia con equipos altamente entrenados y motivados (1) (2), el rango de mortalidad varía del 4 al 9o/a. Estos antecedentes demuestran que se trata de una condición médica frecuente con una significativa morbilidad y costo económico. Sin embargo, un número importante de pacientes tiene una evolución favorable y es de importancia identificarlos para tener un manejo adecuado de los mismos, reduciendo de esta forma los costos hospitalarios y permitiendo una rápida recuperación y reinserción a su medio.

Longstreth y col. (3) estiman una incidencia anual de HDANV de 102 por 100.000 ingresos, incrementándose 3 veces en varones y con la edad. Este autor publicó en 1995 el primer trabajo, de carácter retrospectivo, acerca de la identificación de los pacientes con HDANV de bajo riesgo, planteando consecuentemente el alta precoz de los mismos.

Rockall y col. (4) de la Unidad de Auditoría del Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra, siguiendo esta misma línea, publicaron en un Lancet del año 1996 un trabajo prospectivo, incluyendo a 4.201 pacientes y aplicando un Score numérico. Otros sistemas de Score para HDA utilizados son el Bleed, Apache y Baylor en los que se incluyen variables demográficas, clínicas, analíticas y endoscópicas. Sin embargo las principales limitaciones de estos Scores para HDANV mencionadas por Kools (5) son las siguientes:

- Requieren de endoscopia de urgencia por personal entrenado, no siempre disponible en

* Trabajo distinguido con el Premio Principal entre los treinta y ocho presentados en la 3º Exposición Anual "Día del Póster en el Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez" (HECA) del 15/11/01. A los fines de la publicación la revisión del artículo estuvo a cargo del Área de Investigación en Salud.

a Médico Gastroenterólogo del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez"(HECA).

b Médico concurrente del servicio de Gastroenterología del Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez"(HECA).

todos los centros asistenciales.

- De uso dificultoso en el relevamiento de las variables.
- No todos son prospectivamente validados
- Muchos clínicos se resisten a utilizarlos.

Con respecto al primer punto, Laine y col. (6), proponen de acuerdo al pronóstico clínico, que los pacientes de alto riesgo se deben endoscopiar de urgencia, mientras que los de bajo riesgo se pueden endoscopiar en forma electiva y, de acuerdo a los hallazgos endoscópicos, determinar el alta de los mismos. La endoscopia debería ser realizada precozmente y por personal entrenado para establecer claramente los criterios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. Debido a esto y a todo el trabajo multidisciplinario que requieren los pacientes con HDA, probablemente deberían ser atendidos en centros de referencia para el manejo de esta patología. En un abstract de la DDW de 1997, Stevens (7) establece claramente la diferencia de resultados en el manejo de estos pacientes en centros de referencia y hospitales generales en los Estados Unidos.

En la ciudad de Rosario, el Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Alvarez" (HECA), es el hospital de mayor complejidad en la atención de adultos, polivalente, clinico-quirúrgico y de trauma de la red municipal de efectores de salud. Con un área de influencia regional (sur santafesino, este de Córdoba, noroeste de la provincia de Buenos Aires y sudeste de Entre Ríos), es centro de referencia para trauma (accidentología, violencia, accidentes laborales y agresiones de causa externa), neurocirugía compleja, atención de quemados, etc. Cuenta con una unidad de trasplante renal, es el principal procurador de órganos de la región, receptor de patología coronaria compleja y oncohematología. Posee un centro de sangrado digestivo, servicio de diagnóstico por imágenes con tomografía, ecodoppler y radiología convencional.

El servicio de gastroenterología posee equipo de videoendoscopia. Dentro de las urgencias digestivas, la hemorragia digestiva alta representa el 13,4% del total de pacientes asistidos. El sistema de salud municipal cuenta también con un Programa de Atención Domiciliaria, con personal médico y de enfermería, para externar a pacientes compensados hemodinámicamente y/o en proceso de recuperación, que pueden ser asistidos en sus hogares.

Con el propósito de eficientizar la atención y racionalizar la toma de decisiones sobre la permanencia de los pacientes con HDANV en el hospital según niveles de riesgo, el servicio de gastroenterología se propuso desarrollar y poner a prueba un sistema de SCORE sobre la base de publicaciones previas y a trabajos antecedentes en el servicio, para identificar a los pacientes de bajo riesgo que tienen habitualmente un curso favorable, evaluando la relación de este SCORE con resangrado, tratamiento endoscópico, cirugía y mortalidad.

Objetivo

Desarrollar un sistema de SCORE para la clasificación de pacientes con HDANV por niveles de riesgo, evaluando su relación con resangrado, tratamiento y mortalidad.

Metodología

Se incluyeron 167 pacientes que ingresaron al HECA con HDANV, en un período de 22 meses, que fueron incorporados a un protocolo estandarizado que incluía variables demográficas, clínicas, analíticas, endoscópicas y quirúrgicas.

Los pacientes con información completa fueron categorizados retrospectivamente (89 pacientes) y prospectivamente (62 pacientes) de acuerdo a un sistema de SCORE creado por el HECA que da lugar a un puntaje máximo de 12 y se integra con 5 componentes: edad, estado hemodinámico al ingreso evaluado por el Tilt test (frecuencia cardíaca - tensión arterial), estigmas de sangrado reciente endoscópico, presencia de enfermedades concomitantes y hematocrito al ingreso. Este SCORE implica que a medida que aumenta la graduación, más se complica la situación clínica del paciente y más probable es el resangrado.

El SCORE final por paciente resulta de la combinación de las 5 componentes mencionadas, adjudicando un puntaje a las diferentes categorías con que se expresan estas componentes (Tabla N° 1).

La endoscopía fue realizada, en promedio dentro de las 6 horas del ingreso del paciente por el endoscopista de urgencia (investigador principal).

Para el análisis de los datos se utilizó el sistema de EPI INFO 2000.

Tabla N° 1

Componente del SCORE	Categoría	Puntaje
Edad	· < 60 años	0
	· 60 - 79 años	1
	· > 80 años	2
Estado Hemodinámico	· TA > 100 - FC < 100	1
	· Tilt Test + FC > 100	2
	· Tilt Test + FC < 100	
	· Shock 0	3
Enf. Concomitantes	· Ausencia	0
	· ICC EPOC Compensado	2
	· Falla renal/ Falla hepática Neoplasia/ IAM / EPOC severo	3
HTO	· = 30	0
	· < 30	1
Estigmas de sangrado	· Ausencia	0
	· Vaso visible - Coágulo adherido - Sangrado Activo	2
	· Sangrado masivo sin diagnóstico de localización	3

Resultados

De los 167 pacientes considerados inicialmente, 16 pacientes fueron excluidos por relevamiento incompleto de datos. Ninguno de estos casos presentó resangrado ni mortalidad.

Los 151 pacientes quedaron clasificados en un 46,3% con score 0, 1 ó 2, un 32,5% con un score 3 ó 4 y el resto (21,2%) recibió un score 5 ó superior (Tabla N° 2).

Los pacientes con Score 0, 1 y 2 no presentaron resangrado ni se registró mortalidad. El resangrado se presentó a partir del Score 4, incrementando su incidencia significativamente a medida que el score aumentaba en importancia¹

Un total de 55 pacientes (36,4%) fue tratado con inyección transendoscópica de adrenalina diluida 1/10.000 y su relación con el sistema de Score fue altamente significativa²: En efecto, el 7,1 % (5 casos en 70) de los pacientes con score 0 a 2 recibió tratamiento endoscópico, mientras que el porcentaje ascendió a 51,0% (25 casos en 49) entre aquéllos que tenían un score 3 ó 4, llegando a un 78,1% (25 casos en 32) para el grupo de pacientes con un score igual o superior a 5.

Se intervinieron quirúrgicamente sólo 6 pacientes (4,0%) todos pertenecientes al grupo de mayor riesgo [Score 6 (2 pacientes), score 7 (3 pacientes) y score 9 (1 paciente)], por lo que la intervención quirúrgica verificó su relación con el sistema de score³.

La mortalidad total fue del 2,6% (4 pacientes) aunque sólo 2 obitaron a causa de la hemorragia ya que los 2 restantes fueron pacientes internados que fallecieron por su patología de base. La hemorragia como causa de muerte también resultó relacionada con el sistema de score⁴, o sea, que la mortalidad aumentó a medida que el score fue superior. Contrariamente, aquellos pacientes que fallecieron por su patología de base no mostraron asociación con el score 5 implementado por el servicio.

Tabla N° 2
Número de pacientes según Score, evolución y tratamiento

SCORE	Resangrado		Tratamiento				Mortalidad				Total	
			Endoscópico		Quirúrgico		Por sangrado		Sin sangrado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 2	0	0.0	5	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	70	46.3
3 y 4	2	4.1	25	51.0	0	0.0	0	0.0	1	2.0	49	32.5
5 ó más	10	31.3	25	78.1	6	18.8	2	6.3	1	3.1	32	21.2
Total	12	7.9	55	36.4	6	4.0	2	1.3	2	1.3	151	100.0

1 Test de Fisher F = 24,40; p < 0,001

2 Test Chi cuadrado = 54,45; p < 0,001

3 Test de Fisher: F - 15,17; p < 0,001

4 Test de Fisher: F = 4,66; p = 0,0438

5 Test de Fisher: F = 2,36; p = 0,2861

Conclusiones

Aunque se trata de resultados preliminares, nuestro sistema de SCORE nos permitió identificar a un grupo importante de pacientes, 70 de los 151 pacientes estudiados (46%) que son de bajo riesgo (SCORE 0, 1 y 2), los que pueden ser externados precozmente (dentro de las 48 horas de ingreso) y hasta manejados ambulatoriamente, reduciendo en forma significativa los costos hospitalarios y permitiendo una pronta recuperación y reintegración a su medio familiar y social.

Particularmente, los pacientes con SCORE 0 podrían ser controlados directamente en forma ambulatoria en un contexto social adecuado y con seguimiento normatizado. Esta recomendación surge de la experiencia reunida con los 24 pacientes incluidos en este Score, entre los cuales 20 fueron controlados de esta forma satisfactoriamente.

Los resultados hasta ahora obtenidos, nos alientan a profundizar en esta línea de investigación. Por una parte, para corroborar lo sostenido por otros autores en cuanto a la posible intervención de otras variables, como sexo, tanto en la ocurrencia de HDANV como en cuanto a su distribución por niveles de riesgo y consecuente evolución.

Del mismo modo, en lo relativo a los posibles efectos de diagnósticos e intervenciones más precoces, con vistas a la formulación y normatización de criterios terapéuticos específicos para cada nivel de riesgo.

Referencias bibliográficas

1. Rockall, T. et al. (1995) Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. *BMG*;311:222-26.
2. Rockall, T. et al. (1996) Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Gut*; 38:316-21.
3. Longstreth, G. et al. (1995) Outpatient care of selected patient with acute non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*; 345:108.
4. Rockall, T. et. (1995) Selection of patient for early discharge or outpatient care after upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*; 347:1138-1140.
5. Kools. et al. (1999) Congreso Americano de Gastroenterología. Estados Unidos. Documento de trabajo.
6. Laine, L. et. Medical Progress: Bleeding Peptic Ulcer. *New England Journal of Medicine*. Vol: 331: 717-727.
7. Stevens. (1999) Congreso Americano de Gastroenterología. Estados Unidos. Documento de trabajo.

Bibliografía general

- Corley, M. et al. (1998) "Early indicator of prognosis in upper gastrointestinal haemorrhage". *A J of Gastroenterology*; 93:336-340.
- Richter, J. et al. (1991) "Practice patterns and cost of hospitalización for upper gastrointestinal haemorrhage". *J. C. Gastroenterology*; 13:268-73.

Nuevas alternativas en el abordaje de la salud integral: Para estar bien y sentirnos mejor

Ricchetti, M.^a; Sauro, M.^b; Velasco Olivera, S.^c

Introducción

El presente artículo relata la experiencia de trabajo llevada a cabo con un grupo de mujeres en el marco de la salud integral, en el Centro de Salud "1° de Mayo" de la ciudad de Rosario, Argentina. El objetivo de dicha experiencia fue crear un espacio de intercambio de saberes, reconociendo y valorando las tradiciones culturales favoreciendo la promoción de la salud. A tal efecto, se realizaron reuniones abiertas con frecuencia semanal, alternando técnicas de respiración y relajación, ejercicios orientales, intercambio de saberes y prácticas de salud integral (plantas medicinales, alimentación, digitopuntura, masajes, etc.).

Se generaron lazos solidarios entre los participantes, consolidándose un grupo de trabajo estable. Algunas de las mujeres suspendieron medicación innecesaria, transmitieron conocimientos propios y adquiridos a otros espacios, logrando una tendencia a la horizontalidad evaluado en la toma de decisiones y en la planificación de actividades.

Desarrollo de la experiencia

La experiencia se inicia en Mayo de 1998 y este trabajo se redacta en Junio del 2000. Se desarrolla en el Centro de Salud "1 ° de Mayo", dependiente de la Dirección de Atención Primaria, de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Provincia de Santa Fe, República Argentina.

El Centro de Salud se encuentra ubicado dentro del Barrio Rucci. La historia de este barrio comienza con un proyecto de la Confederación General del Trabajo (CGT) para la construcción de un barrio obrero comenzado en 1973. El barrio constaría de 2040 unidades para viviendas, distribuidas en monoblocks, dos escuelas primarias, una secundaria, una iglesia, un centro de salud y dos centros comerciales.

El 24 de Marzo de 1976 fue destituido el gobierno de la Nación por un golpe militar, el gobierno de facto continuó con la construcción del barrio, cambiándole el nombre por el de 1° de Mayo.

a Psicóloga, Centro de Salud "1 ° de Mayo". Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

b Médico Generalista, Centro de Salud "1 ° de Mayo". Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

c Licenciada en Enfermería, Centro de Salud "1 ° de Mayo". Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Al comienzo de esta experiencia, el Equipo del Centro estaba conformado por 21 personas¹. Se realizaban 24.000 consultas durante el año 99 y otras tareas con la comunidad en prevención y promoción de la salud.

A principios del año 1998, recién llegados algunos de los miembros de este equipo, comenzamos a observar que muchas personas concurrían diariamente a controlarse, mostrando alta dependencia al Centro y alto grado de medicalización. Nos preguntábamos qué lugar estaba ocupando el centro para ellos. Parecía que allí algo había para llevarse. Notábamos también que muchas veces el centro oficiaba como lugar de encuentro donde los vecinos podían ser escuchados después de realizar las compras o algún trámite y relacionarse con algún otro vecino o con algún profesional del centro; esto llevaba a limitar el acceso a otras personas que necesitaban consultar.

Decidimos, a partir de estas observaciones, convocar a una reunión abierta a la comunidad y a las diferentes instituciones del barrio - escuelas, vecinal, iglesia, Centros Crecer²- con el fin de relevar los problemas percibidos como prioritarios y armar en función de éstos una estrategia de trabajo que constituyera una alternativa a los consultorios y prácticas de enfermería.

En esa primera reunión no se logró definir en conjunto algún problema, así como tampoco identificar los temas que preocupaban. Pensamos que sería interesante realizar una convocatoria que partiera desde la salud más que desde la enfermedad. Decidimos entonces crear un lugar de encuentro donde pudiéramos trabajar en la promoción de la salud y al mismo tiempo intervenir indirectamente en los problemas de cada uno, un taller de salud integral - como lo denominamos - el cual comenzaría a partir del mes de Mayo de 1998.

Nos propusimos como objetivo crear un espacio de intercambio de saberes reconociendo y valorando las tradiciones culturales, favoreciendo la promoción de la salud.

Dinámica de trabajo

Establecimos como modalidad de trabajo una reunión semanal abierta a todas las personas que quisieran asistir, de 90 minutos de duración. Desde el centro de salud participaron dos médicos generalistas, una licenciada en enfermería y una psicóloga.

En estos 90 minutos se proponía un primer momento de respiración y relajación coordinados por alguien del equipo -posteriormente esta actividad comenzó a ser coordinada por distintas personas del grupo- un segundo momento de ejercicios adecuados a la edad de los participantes, coordinados en principio por personal del centro y un tercer momento de intercambio de saberes y prácticas en salud integral (plantas medicinales, dígito-puntura, masajes, alimentación, auriculoterapia, etc.). Dichas prácticas se desarrollaban de una manera grupal, reflexionando y valorando las historias de vida en las que cada uno se apoyaba para transmitir sus vivencias en cuanto a plantas, alimentos, masajes, dígito-puntura y principalmente el afecto ligado a la práctica. Se compartían dichos saberes y tratábamos de recrearlos en el contexto actual.

Entre los ejercicios priorizamos desde el inicio los del Renko-ho de la gimnasia bioenergética del profesor Aton Inoue del Centro de Acupuntura y Medicina Natural "Cohnan" de Nicaragua y con el

1 El personal incluía: dos médicos generalistas, una clínica, dos pediatras, un tocoginecólogo, dos odontólogas, tres médicos residentes de medicina general, una psicóloga, dos mucamas, tres enfermeras, una becaria universitaria de la carrera de farmacia, una trabajadora social y dos administrativas.

2 Dependientes de la Secretaría de Promoción Social municipal.

tiempo cada uno de los participantes incluía ejercicios que ya conocía de otros lugares.

En el intercambio del tercer momento se realizaron, en distintas ocasiones, recorridas por el barrio reconociendo plantas silvestres alimenticias y/o medicinales facilitando la ubicación de las mismas para obtenerlas cuando fuera necesario. En otras oportunidades este espacio facilitó la organización de distintos festejos como: el "Día del amigo", el "Día de la Primavera", una "tallarizada" (de harina integral), etc.

En el proceso de trabajo grupal y a medida que las reuniones iban transcurriendo, distintos hechos fueron motivando que volviéramos a reflexionar y reformuláramos la perspectiva del espacio.

Hasta septiembre del '98 creíamos tener un taller abierto a hombres y mujeres del barrio. A partir del festejo del día de la Primavera (consistente en un picnic) entendimos que las mujeres habían definido que el espacio era sólo de ellas. Comenzaba a perfilarse un grupo con cierta autonomía, poder de organización, participación con toma de decisión.

Otro momento importante fue el festejo de fin de año. Allí evaluamos lo realizado hasta el momento y se planificaron acciones para el año '99. Se propuso recopilar en una carpeta las recetas de alimentos y de preparaciones con plantas que se habían intercambiado, escribir y reseñar la incorporación de cada uno de los integrantes, armar un programa de trabajo teniendo en cuenta las inquietudes y necesidades que iban surgiendo, profundizar cada una de las prácticas, continuar con los ejercicios, comprar un pasacassette y llevar un registro con las integrantes del taller.

Se conformó así un grupo estable, cuyos integrantes mostraban un alto grado de compromiso, así como el interés que lo producido quede escrito e historizado y que por lo tanto pudiera ser material de consulta para otros que no asistían a las reuniones. La carpeta se fue armando con los aportes de cada participante (artículos de revistas, apuntes), y la información se fue ampliando a partir de una posición activa y protagónica en la búsqueda. Esta búsqueda iba mas allá del taller y tenía como fundamento el mejoramiento y el cuidado de las condiciones de bienestar general. Pequeños subgrupos comenzaron a relacionarse por fuera del espacio semanal de trabajo y las prácticas aprendidas y apropiadas trascendían a sus amistades y sus familiares. El grupo crecía y se expandía no sólo con relación a la cantidad de participantes sino en la construcción de un nuevo conocimiento colectivo y en su transmisión. El grupo se comenzó a construir como una red horizontal. Se fue construyendo un tejido social nuevo que, como dicen algunos autores, permite anudarse, incluirse, andar.

Otro acontecimiento importante fueron las "Jornadas de Salud" organizadas por la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública, donde las mujeres del taller participaron en parte de la organización y, fueron solicitadas para presentar y coordinar un taller de masajes denominado: "para estar bien y sentirnos mejor". Durante las mismas pudieron observar el trabajo de otros grupos de la ciudad y a partir de ello replantear los objetivos del grupo: Esto lo hicimos por nosotras. Ahora ... ¿qué hacemos por el barrio?". Se generaron invitaciones para realizar talleres de masajes, respiración y relajación en otros lugares, favoreciendo el intercambio con otros grupos, conocer otras realidades, otros procesos. El reconocimiento de estas diferencias contribuyó a afianzar la identidad del grupo.

Decidimos evaluar el proceso con el grupo más consolidado y se dijeron cosas como éstas: "esto es positivo para nuestra salud"; "hay una mejoría individual", "me gusta"; "me encanta". Se fortalecieron los lazos y los vínculos solidarios entre ellas, se valorizó el espacio construido entre todos y allí también definieron nuestro rol diciendo: "ustedes son los que nos acompañan". Esto confirmó nuestro trabajo en el marco de la conceptualización de la Educación Popular.

De este modo, comenzaron a pensar cómo proyectarse hacia su comunidad a través de charlas, talleres, jornadas sobre determinadas prácticas: masajes, plantas, reflexología podálica, alimentación, digitopuntura, etc. Se afianzan en sus haceres y saberes sintiéndose en condiciones de intercambiar con otros y de participar en otros espacios enriqueciendo el propio.

En este proceso se fueron incrementando las oportunidades de reuniones para comer, incorporando aquí algunas de las recetas que se intercambiaban en los talleres: torrijas de ortiga, masitas de avena, tortas caseras, tallarines de harina integral, etc.; para realizar preparados como jarabe de eucaliptos, crema de Ilanten, crema de caléndula, etc. ; para compartir momentos agradables en algún festejo especial.

El espacio se constituyó como un lugar de referencia del cual se puede entrar y salir sin perder el sentido de pertenencia. Permite la inclusión en otros grupos (ser parte de un "grupo de serenata", un curso de manualidades, un grupo de oración de la iglesia) e ir haciendo otros trayectos; otros lazos, un lugar para todos y para cada uno; un lugar donde se pueda encontrar algo del deseo perdido.

Comentarios finales

Después de más de dos años de estar juntos transitando esta experiencia podemos decir que partimos de una situación problemática que nos interrogaba y que construimos poniendo en juego nuestros diferentes saberes, acordando un marco referencial común. Así creamos un espacio definiendo a priori algunas características: que fuera abierto, que primara el respeto, la confianza, que facilitara el diálogo, la horizontalidad de las relaciones y que valorara el saber del otro.

Abrimos un espacio y se desencadenó un proceso que hoy podemos enmarcar dentro de la conceptualización de la Educación Popular, un proceso de circulación, apropiación y producción colectiva de conocimiento. Conocimiento que es producto del juego dialéctico entre el sentido común y el conocimiento científico, entre la práctica y la teoría y que se diferencia de la acumulación lineal, infinita e interminable de hechos sin conexión.

Un espacio de construcción colectiva, un espacio que incluye y que promueve como condición fundante la participación, el intercambio de lo que cada uno trae, de lo que cada uno cuenta: saberes, tradiciones culturales, valores, historias de vida, rescatando y valorando los elementos más creativos. Sabemos que la historia

se construye viviéndola con otros, que el Sujeto teje su historia con otros y que esto permite crecer. Nosotros acompañamos este proceso, "haciendo con" y no "para", poniendo a disposición nuestro saber como técnicos con una actitud abierta de escucha haciendo lugar al aporte y al recorrido singular que cada uno fuera haciendo, respetando sus tiempos. Así también nos fuimos construyendo y transformando. Con ellas aprendimos mucho, ganamos en experiencia y disfrutamos trabajando.

En el momento actual donde la globalización, el avance de la ciencia, la fragmentación, el individualismo, la ruptura de los lazos sociales y de las redes de solidaridad, de pérdidas de referentes como el trabajo, la desesperanza y la exclusión de un sistema que margina, pensamos al taller como una alternativa válida, como práctica que genera inclusión, produce subjetividad y que gana en salud.

En la actualidad el grupo continua desarrollándose y proyectándose hacia su comunidad, manteniéndose la reunión semanal. Además están realizando talleres para sus vecinos: Masajes, Alimentación, Plantas Medicinales, Crochet.

Bibliografía General

- Galende, E. (1997) "De un horizonte incierto". Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad
- Inoue, A. (1993) "Texto Básico de Medicina Natural (Medicina Agradable)". León, Nicaragua.
- Kossmann, I. y Vicente, C. (1992) "Salud y Plantas Medicinales. Nuestra capacidad de estar sanos por naturaleza". Buenos Aires: Edit. Planeta Tierra.
- Lobo, E. (1990) Ponencia "Teoría y práctica en Educación Popular", III y IV Jornadas de Atención Primaria de la Salud y I de Medicina Social. Buenos Aires: 1989.
- Shelton, H. M. (1992) "La Combinación de los Alimentos". Buenos Aires: Edic. Obelisco.

Comentarios de los editores

De: Adriana Huerta

Se extiende un largo trayecto entre una experiencia de trabajo concreta y la lectura que de esa experiencia hace un lector. Este trayecto cuenta con varias estaciones, a saber: el escenario particular donde se concretan relaciones e intercambios entre un equipo de Salud y la población; los avatares de la relación entre un equipo de salud y el texto escrito sobre su propia experiencia; la experiencia singular que se genera en la relación entre un texto escrito y un lector. Paul Ricoeur advierte sobre cada uno de estos saltos en su libro *Del texto a la acción*. "La intención del autor, ausente de su texto, se ha convertido en sí misma en un problema hermenéutico" (1).

Cada uno de los pasajes por estas estaciones supone la pérdida irreductible de algunos componentes y el aporte de componentes nuevos. Y es fundamental comprender que esta sucesión de pérdidas y ganancias es inherente al ejercicio de escritura/lectura. En ese marco, este comentario debe ser comprendido como un aporte más de una lectora que encuentra o destaca algunos caminos de significación ya abiertos en el texto.

Los autores - trabajadores de un Centro de Salud- parten de una observación de la cotidianeidad del Centro: un importante grado de dependencia, y cierto rasgo de medicalización como marca de quienes demandan. He aquí un primer aspecto valioso de la experiencia, ligado a la posibilidad, no siempre fácilmente alcanzable, de desnaturalizar lo cotidiano y problematizarlo.

Un segundo momento en el texto alude a los cursos de acción, allí donde podría leerse un problema. La riqueza de este segundo momento radica precisamente en la decisión de caminar sobre el filo de la incertidumbre. No hay propuestas cerradas porque el problema no está cerrado. No se sabe siquiera para quién sería un problema. En ese contexto el equipo apuesta a la generación de un espacio de encuentro, encuentro diferente al que se produce en una sala de espera. En la medida en que no son escuchados, los decires de los sujetos de una sala de espera circulan en la periferia de las instituciones y se escurren por las grietas. Muchas veces, no basta con que "las paredes oigan...", no basta al menos para que una "serie" de personas se transforme en un "grupo", en un "colectivo".

La apuesta del equipo "Creamos un espacio definiendo a priori algunas características: que fuera abierto, que primara el respeto, la confianza, que facilitara el diálogo, la horizontalidad de las relaciones y que valorara el saber del otro..." parece haber sido entonces posibilitar el pasaje de una serie a la constitución de un colectivo, con las consecuencias subjetivas que de ello devienen. Es en esta apuesta primera donde se entrevé el posicionamiento del equipo. Se construye un espacio, en primer lugar, para escuchar lo que los otros tienen para decir respecto de lo que les pasa, no para decirle a los otros lo que tienen que hacer con lo que les pasa.

En el Capítulo Pensamiento situacional en condiciones de mercado, del libro "Apuntes para el nuevo protagonismo social" se plantea que: "La invisibilidad de las experiencias alternativas en el discurso público de más de una década no fue obra de una ceguera inocente..."(2) Continúa señalando en otro momento que en las últimas décadas del Siglo XX tuvo preeminencia un tipo de subjetividad que podría denominarse -"subjetividad política". "La política sería la actividad de dirigir " o conducir " los destinos de una sociedad hacia un fin predeterminado..."(3) De este modo, la política, desde cierta perspectiva, se correspondía con la noción de una separación entre un cuerpo social, que no podría en sí mismo autodeterminarse, requiriendo por tanto de la acción de un Aparato Estatal Central encargado de gestionar los destinos sociales.

Este tipo de subjetividad y los supuestos que la sostenían son los que parecen haber estallado a partir de las Jornadas del 19 y 20 de diciembre, dando paso a los que los autores llaman un nuevo protagonismo social.

Cabría reflexionar en qué medida experiencias como la que relata este equipo de Salud, no se inscriben en esta línea, en el sentido de tratarse de una experiencia participativa que, si bien alojada en un espacio del Estado, en el transitar se despega de él. El "cuerpo" que va tomando esta experiencia lo van modelando los propios participantes.

Efectivamente, un grupo no se funda por decreto, y en este caso particular, se comenzó a desplegar un proceso conjunto de construcción de un espacio. Se conforma como espacio de las mujeres para las mujeres. Aún en este principio de siglo, hay que dimensionar el valor simbólico que adquiere para la mujer la apropiación del espacio de lo público y su posibilidad de circulación desde el espacio doméstico al público -todavía vedado para muchas mujeres-. Y aquí arribamos a otro aspecto de gran importancia en esta experiencia: el valor de este espacio en un doble sentido: como apuntalador de la identidad - apuntalamiento mediado por el reconocimiento-, y como constructor de ciudadanía.

Muchas de las nuevas formas de protagonismo social parecieran orientarse en la dirección de reivindicarse sus actores como sujetos de derechos, como ciudadanos. Mirada cuidadosamente, esta experiencia particular no muestra sujetos en una lucha reivindicativa. Nada se le reclama al Estado. Se trata de sujetos que se apropian de un espacio y van consolidando su propia identidad en él. Los ladrillos de la construcción son las historias de los propios sujetos, sus saberes. Es el reconocimiento de estas historias y saberes lo que los resignifica y les otorga valor, valor, en el sentido que Bourdieu refiere cuando habla de capital simbólico. "El capital simbólico es una propiedad cualquiera, (...) que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, (...) una propiedad que, porque responde a unas expectativas colectivas, socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico"(4) (la economía de los bienes simbólicos, pp. 171-172)

Como señala Aguirre (5), es necesario que los otros le asignen un valor para que exista capital simbólico. Es decir, el reconocimiento de los otros es condición fundamental para la existencia de capital simbólico. Se trata en cierta medida de la construcción de un consenso social sobre el valor que alguien o algo tiene.

El valor de dispositivos grupales como los que se presentan en esta experiencia, radica entre otras cosas, en la generación y circulación de capital simbólico. Es lo que permite la reflexión de las mujeres: Estolohicimos pornosotras. Ahora ... ¿qué hacemos por el barrio? "

Bibliografía general

- (1) Ricoeur, P. (2001). "Del Texto a la Acción". Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- (2) Fontana, E.; Fontana, N.; Gago, V.; Santucho, M.; Scolnik, S.; Sztulwark, O. (2002). "Apuntes para el nuevo protagonismo social". Buenos Aires, Ediciones de mano en mano.
- (3) Ibídem 2.
- (4) Bourdieu, P. "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción". Barcelona: Anagrama, 1997.
- (5) Aguirre, J. "Reseñas. Razones Prácticas. Sobre una teoría de la acción".
www.ucm.es/OTROS/especulo/numero6/bourdieu.htm

De: Juan Carlos Paradiso

El trabajo de Ricchetti, Sauro y Velasco constituyó un verdadero desafío para nuestra Revista. Evidentemente no canónico, heterodoxo y movilizante.

Sabíamos que la propuesta -más un relato de experiencia de intervención que un trabajo de investigación- tenía riquezas que en la primera entrega del material escrito no habían logrado transmitirse cabalmente.

Luego de varios encuentros con los autores, entendimos que el problema de la transmisión de la experiencia al relato escrito probablemente no pudiera ser saldado- tan difícil como esperar que una palabra como "libertad" nos devuelva todo el sentimiento que encierra su vivencia.

Cuando ya el trabajo había sido aprobado para su publicación tuvimos la suerte de escuchar una nueva versión en las jornadas de investigación realizadas en setiembre del año 2002. En la presentación se escucharon voces de las propias protagonistas de la comunidad, lo cual aportó ese elemento vivencial que jamás será reemplazado por la palabra escrita.

Me hubiera gustado que los autores ahondaran en esta difícil relación entre la ciencia con los saberes cotidianos, populares, tradicionales y alternativos (todos conceptos que tienen ligeros deslizamientos de sentido entre sí y que no significan necesariamente lo mismo). Creo que a partir de Agnes Heller y otros autores que han estudiado la construcción social de la realidad, hoy disponemos de bastante material teórico sobre la influencia del conocimiento científico sobre el saber cotidiano. Pero es mucho menos lo que se ha esforzado "la ciencia" por encontrarse con las raíces del saber cotidiano, popular, etc. Existen, sin duda, estudios serios en ese sentido, pero es evidente que en los círculos científicos se suele ignorar o negar cualquier valor a estas prácticas heterodoxas. El presupuesto básico subyacente es: "si es ciencia es bueno"; lo contrario es descartable.

Sin embargo, mucho podrían hacer los científicos si se acercaran - con espíritu crítico, es cierto - a conocer estas prácticas, que son respuestas que la propia comunidad se ha ido dando a lo largo de los siglos y que constituyen un patrimonio cultural idiosincrático a las subculturas que se resisten a abandonar totalmente sus creencias... a pesar de la furia globalizadora que "sin anestesia nos sumergió... en el primer mundo".

Mientras esos acercamientos no se realicen, mientras no se investigue con un método apropiado, los recursos seguirán estando al margen de la comunidad científica. Pero habrá mucha gente que, con unos pocos yuyos y muchas palabras -las que a veces nosotros les negamos- asumirán el cuidado de su propia salud, en forma comunitaria.

El fenómeno existe y es probable que se multiplique en estos tiempos tan difíciles en donde la prescripción de un fármaco puede insumir en tantos casos, casi todo el presupuesto familiar. Un acercamiento desde los organismos estatales con respaldo de profesionales capacitados puede tender un puente para conocer empáticamente esta otra realidad. La observación y el acompañamiento de esta experiencia desarrollada por gente de la comunidad - que se siente protagonista y que mejora sus perspectivas de salud en un sentido amplio como lo quiere la OMS - realizada con inteligencia y con fervor por Ricchetti, Sauro y Velasco, miembros del equipo de salud, es un aporte provocativo y valioso.

Creo que aún nos deben un esfuerzo adicional: tratar de descifrar - en la perspectiva de traducción de una epistemología a otra - cuáles son los posibles mecanismos por los cuales estas prácticas son efectivas, en qué grado lo son, qué diferencia tienen con los métodos tan costosos que nosotros utilizamos. En resumen, tranquilizar a tanta ortodoxia que anda por ahí y definir lo que sería un contexto de justificación para estas prácticas presentadas. Nos gustaría que nos traduzcan todo esto a códigos que puedan ser asimilables por nuestras cabezas cartesianas: la piedra de Roseta.

Los autores nos han tirado un guante. Lo recogemos y se lo devolvemos. Mueven las blancas.

Enfoque preventivo de la Salud Bucal en la población escolar*

Banquer, E.^a; Cambursano, P.^a; Donadio, C.^b; González, M. A.^b; Rosales, M.^b

Introducción

El presente trabajo muestra los resultados preliminares de una experiencia que viene realizando el Departamento de Odontología Preventiva de la Dirección de Salud Bucal de la Secretaría de Salud Pública en el marco de una filosofía que está basada en la prevención, educación y promoción de la salud bucal en niños escolares. A partir de considerar elementos básicos para el cuidado de la salud bucal como son el cepillado y los refuerzos con flúor, la estrategia para su desarrollo implica la participación de agentes sociales multiplicadores como son los docentes, los colaboradores de la escuela, los padres y demás miembros de la comunidad escolar.

Esta experiencia tiene por objeto enfrentar una problemática vigente en el medio local, cual es la persistencia de las más frecuentes enfermedades de la boca como son las caries y la enfermedad periodontal. Pese a que desde hace muchos años se han detectado las causales de estos problemas, y los recursos preventivos son simples, aún no se ha logrado disminuir su incidencia en la población. Muchos países con un alto desarrollo económico definen políticas de salud pública que priorizan las acciones preventivas en el campo de la salud bucal por sobre la atención y tratamiento de las enfermedades dentarías, que son particularmente onerosas.

La situación socioeconómica por la que atraviesa nuestro país, el desempleo y como consecuencia la pérdida de la cobertura social, afecta cada vez más a la población de menos recursos. Las restricciones presupuestarias y el crecimiento de la población demandante a los efectores públicos de salud, que son consecuencia de lo anterior, no constituyen obstáculos, sin embargo, para el emprendimiento de intervenciones de carácter preventivo que favorezcan la salud bucal y la calidad de vida, que acerquen a la población al conocimiento sobre métodos de prevención y promuevan su utilización en defensa de su salud.

Reconociendo al proceso de salud-enfermedad como el resultado de saberes y prácticas construidas por la comunidad, en interacción con distintos actores sociales, principalmente los trabajadores de la salud, la promoción de la salud bucal a través de la transferencia a la población de conocimientos preventivos impulsando nuevos comportamientos, resulta particularmente pertinente en la actual

* El trabajo contó con la asesoría del Area de Investigación en Salud. En el análisis de datos participaron Hernán Ricei y Luz Gibbons, pasantes en Estadística.

a Dra. en Odontología -Jefe del Departamento de Odontología Preventiva - Dirección de Salud Bucal - Municipalidad de Rosario.

b Odontólogo - Coordinador zonal del Departamento de Odontología Preventiva - Dirección de Salud Bucal - Municipalidad de Rosario

situación de la "pérdida de la capacidad de continencia de la institución familiar, afectada por situaciones de pobreza en aumento, inestabilidad laboral y desempleo"¹.

En ese sentido, circunscripta la problemática a la salud bucal en los niños escolares, entendemos que toman especial protagonismo diversos actores sociales vinculados con el quehacer de las instituciones educativas: maestros, auxiliares pedagógicos, miembros del comedor escolar, etc. en un esfuerzo conjunto con los padres de los niños.

Marco teórico

Nuestro desafío es transformar el modelo de salud bucal. La situación epidemiológica, el costo del tratamiento y montaje de la infraestructura para el abordaje terapéutico de muchas enfermedades bucales, hacen que hoy sea cuestionable el modelo asistencial puro en la atención odontológica, mostrando la necesidad de abordar acciones preventivas ampliamente comprobadas en su eficacia y propiciando una justicia redistributiva de los fondos para la salud.

Se estudió durante muchos años la acción que la placa bacteriana ejerce sobre los dientes produciendo caries y sobre los tejidos de sostén produciendo enfermedad periodontal, llegando a la conclusión que la mejor forma de prevenirlas es eliminarla por medio del cepillado diario. De no crearse el hábito de cepillado no se puede avanzar en la salud bucal ya que lo reparado se vuelve a deteriorar, transformándose en un círculo vicioso de enfermedad.

Sin embargo, el hábito del cepillado diario, controlando la técnica con que se realiza, no es el único recurso preventivo. Se agregan las aplicaciones periódicas de flúor, alternando entre geles y buches, o bien el empleo de carioestáticos en dientes permanentes con caries incipientes y de sellantes de fosas y fisuras en las piezas dentales con surcos profundos de difícil acceso a la higiene, etc. que integran el conjunto de acciones para la preparación de un terreno propicio al momento de la erupción de los dientes permanentes.

Los carioestáticos son sustancias que actúan sobre caries incipientes deteniéndolas y remineralizándolas y sobre los dientes sanos, protegiéndolos contra el ataque de los ácidos de las bacterias. Actúan como tal el flúor en gel, en buches, en agua de consumo y la saliva. El fluoruro diamínico de plata se utiliza específicamente como carioestático tópico aplicándolo sobre el diente que presenta surco profundo.

Los sellantes actúan como una película rellenando las fosas y fisuras que poseen los molares y premolares en su cara masticatoria, evitando así la acumulación de placa bacteriana y la posterior formación de caries.

Consecuentemente el momento más eficaz para comenzar con estas acciones es durante el primer ciclo escolar (niños de 4 años o del ciclo preescolar) porque los niños a esas edades presentan toda la dentición permanente sin erupcionar o con sólo los primeros molares permanentes en boca.

Actualmente los llamados molares de los 6 años parecen erupcionar anticipadamente, alrededor de los 5 años aproximadamente, y a partir de este momento se inicia el recambio de los dientes temporarios por los permanentes. Si el hábito higiénico se logra en este período, queda preservada tempranamente la salud en la dentición.

La Dirección de Salud Bucal tomando conciencia de la vigencia del problema en la población

1 OPS / OMS (1995). "Escuelas generadoras de salud. Alternativas para la promoción de la salud en el ámbito escolar".

infantil que acude a los efectores municipales, decidió iniciar un programa integral preventivo, ampliando las hasta entonces intervenciones solo centradas en los daños. Con el objeto de lograr un mayor impacto en la población, dicho plan, bajo la coordinación de los Centros de Salud de Atención Primaria, está dirigido a la población infantil que asiste a las escuelas de Rosario. Con las debidas adaptaciones al medio y a las características propias de cada escuela, esta estrategia estuvo inspirada por una línea de trabajo desarrollada por el Grupo Nueva Ciencia. En su operatoria se siguieron los lineamientos del proyecto del Dr. Rosetti Hugo, director de Nueva Ciencia, que fuera implementado en poblaciones indígenas de nuestro país, de Latinoamérica y de África, utilizando el concepto de formar agentes multiplicadores de salud dentro de los grupos sobre los que trabajaban y que quedaban a cargo de las tareas una vez que el equipo de salud se retiraba del lugar.

Características de la intervención

La experiencia fue implementada por la Dirección de Odontología en 1996, fundamentalmente en sus aspectos operativos y, sin considerar inicialmente, la importancia de estructurar un sistema para el registro de avances y resultados.

Contando con 3 Coordinadores, la ciudad fue sectorizada en 3 tres distritos, norte, centro-oeste y sur, resumiendo la división por distritos establecida por la Municipalidad.

Para la selección de las escuelas e instituciones que iban a participar se tuvo en cuenta su proximidad con los Centros de Salud, responsables de la supervisión de la marcha del plan. Se incorporaron así, 23 escuelas, un Centro de Desarrollo Infantil y Promoción Familiar (C.D.I.P.F.) y 8 Centros Crecer, dependientes de la Secretaría de Promoción Social. En algunas escuelas se trabaja sólo con los jardines, otras hasta tercer grado y otras con todos los alumnos de la escuela, mientras que en los Centros Crecer y en el C.D.I.P.F. se asiste a toda la población que concurre (niños de meses hasta 4 años inclusive). Para su desarrollo se consideró fundamental la participación de los docentes, como agentes de salud, por su formación pedagógica, por ser los referentes directos de los niños y para aprovechar los momentos de trabajo en que éstos están convocados para el aprendizaje cotidiano. Los docentes, previa capacitación en el tema, tienen a su cargo el control del cepillado en los niños, la evolución de sus destrezas manuales en el uso correcto de la técnica, la transmisión de conceptos preventivos en salud bucal y la orientación de dietas adecuadas a través de charlas y acciones lúdicas, intentando mejorar los hábitos alimentarios.

Las acciones vinculadas a la aplicación de flúor, implementadas en formas grupales son a una frecuencia quincenal y alternando las aplicaciones entre geles y buches, previa comprobación del cepillado correcto a través del índice sangrado - no sangrado de las encías (técnica utilizada en intervenciones masivas). Los carioestáticos se aplican en los dientes permanentes una vez al año reservando el uso de los sellantes de fosas y fisuras en aquellas piezas que, por sus características anatómicas, deban protegerse de las agresiones del medio bucal. En los niños con bocas ya preparadas con acciones individuales como los sellantes, se realizan también extracciones de las piezas irremediablemente perdidas para su rehabilitación, siguiendo criterios del plan y a favor de la salud del resto de los dientes permanentes.

Conjuntamente con los docentes, los padres y personal no docente de las escuelas, también previamente capacitados como agentes de salud, efectúan el control de la técnica de cepillado y de las aplicaciones con flúor, siendo supervisados por los odontólogos a cargo del Centro de Salud

correspondiente o del equipo de prevención constituido por los coordinadores zonales, los concurrentes (1 y 2 nivel) y pasantes de odontología.

La aplicación de sellantes como también las eventuales extracciones de piezas dentales se realizan exclusivamente en los Centros de Salud correspondientes al área de cada escuela.

Resultados Preliminares

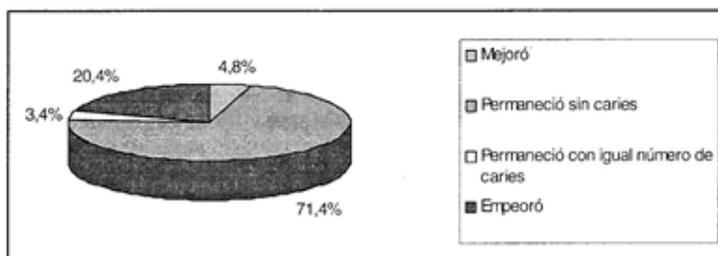
Con el propósito de dar cuenta de los primeros resultados durante el período 1997-2000, se seleccionaron las escuelas que permanecieron más tiempo bajo el plan y que reunieron registros más completos. Ellas son: Jesús Obrero, en zona norte; Civilización del Amor, en zona centro-oeste y Nuestra Señora de Itatí, en zona sur. La primera de las escuelas aportó únicamente datos correspondientes a los años 1998 a 2000.

Para la valoración de los resultados se utilizó un índice simplificado, excluyendo la observación de piezas extraídas o perdidas. Al comienzo y al final del período bajo observación se evaluaron el número de D.S. (dientes sanos) y D.E. (dientes enfermos) en la cantidad de piezas permanentes exclusivamente.

Los resultados remiten a aquellos escolares que tuvieron continuidad en el plan desde su inicio, llegando a un total de 147 casos. En términos generales se encontró que luego del período de seguimiento:

- El 4,8 % tuvo una disminución en el número de caries (mejoraron).
- El 71,4 % se mantuvo sin caries (permanecieron igual).
- El 3,4 % se mantuvo con el mismo número de caries que tenía al comienzo de la intervención (permanecieron igual).
- El 20,4 % restante empeoró, es decir, tuvo un aumento en el número de caries.

Gráfico 1: Distribución de los niños según evolución en el número de caries (Enero 1997- Diciembre 2000)



La información del gráfico 1 podría sintetizarse en que cerca del 80% de los niños no presentó variantes en el número de caries o éstas se redujeron respecto del momento en que comenzó la intervención.

En la mayoría de ellos (71,4%) no se observaron caries, tanto antes como después de la

intervención, resultado importante si se tiene en cuenta que el período que medió entre preescolar (5 años) y 3° de E.G.B. (8 años) es la etapa de la vida de mayor emergencia de piezas dentarias permanentes.

La hipótesis de mejores resultados ante la captación más temprana de los niños al plan y las posibles diferencias operatorias entre las

escuelas planteó la necesidad de desagregar el grupo en estudio según dos criterios: momento de su incorporación al plan y escuela a la que asisten los niños (Tabla 1 y Gráfico 2).

Considerando la primera escuela, Jesús Obrero, en la cual el período de observación fue de dos años, los datos obtenidos parecen orientar a mejores resultados cuando los niños fueron captados en preescolar (88.5% mantuvo sus piezas dentales en la misma condición o mejoraron) respecto de aquéllos incorporados a partir del 1° año (87,1%).

En el mismo sentido, otros hallazgos de mención son el 72,1 % y 69,4% logrados en la escuela Civilización del Amor, en niños captados en la etapa preescolar y en 2° año, respectivamente. Aquí las diferencias parecen aumentar un tanto, probablemente debido a que los grupos en estudio fueron de mayor tamaño y a que hubo un mayor desfasaje en el momento de captación de estos niños (preescolar vs. 2° año).

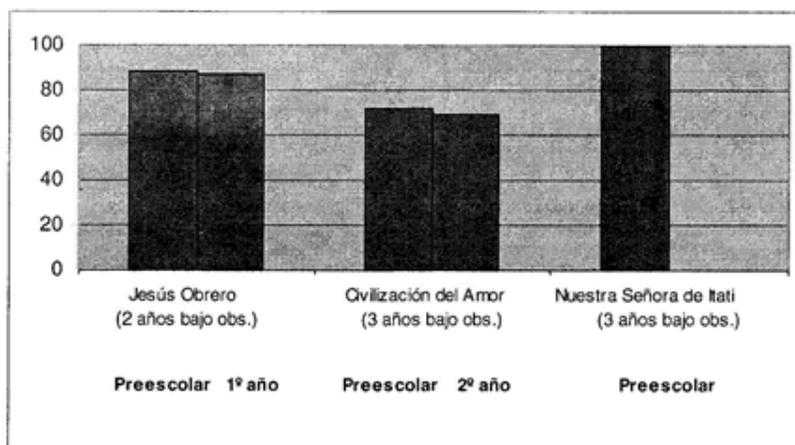
Del mismo modo, acordando también con lo anterior, en la escuela Nuestra Señora de Itatí el 100% de los niños incorporados en preescolar permanecieron igual o mejoraron, luego de 3 años de observación, aunque en este caso el grupo quedó restringido a sólo 11 niños.

En su conjunto los resultados obtenidos fueron coherentes con la hipótesis sobre las ventajas del inicio temprano de las acciones preventivas, sentando las bases para una futura verificación estadística con un número mayor de niños a los incluidos en el presente trabajo.

Tabla 1: Número y porcentaje de niños según su condición al finalizar el período de observación por escuela y año de captación.

Año y ciclo escolar		Período obs.	Escuela	Permanecieron igual o mejoraron		Empeoraron		Total	
De Captación	De Evaluación			N	%	N	%	N	%
1998 preescolar	2000 2° año	2 años	Jesús Obrero	23	88,5	3	11,5	26	100,0
1997 preescolar	2000 3° año	3 años	Civilización del Amor	31	72,1	12	27,9	43	100,0
1997 preescolar	2000 3° año	3 años	Nuestra Señora de Itatí	11	100,0	0	0,0	11	100,0
98 1° año	2000 3° año	2 años	Jesús Obrero	27	87,1	4	12,9	31	100,0
97 2° año	2000 5° año	3 años	Civilización del Amor	25	69,4	11	30,6	36	100,0
Total				117	79,6	30	20,4	147	100,0

Gráfico 2: Distribución de los niños que permanecieron igual o mejoraron según escuela y año de captación. (Enero 1997 - Diciembre 2000)



Los resultados sobre la relación entre el tiempo de permanencia de los niños bajo el plan preventivo y los cambios observados al final del período dejan planteado, en cambio, que podrían ser mejores los efectos cuando se trata de períodos más cortos de intervención.

Esto refiere a porcentajes comparativos entre dos escuelas, Jesús Obrero y Civilización de Amor.

Un ejemplo lo son respectivamente el 88,5% y 72,1% obtenidos a partir de grupos, ambos captados en preescolar, donde la diferencia reside en que el primero estuvo sólo dos años bajo observación.

Otro dato, remite al 87,1% y 69,4%, obtenidos también en ese orden, aunque en este segundo ejemplo interviene otro dato diferencial de la escuela Jesús Obrero, cual es que el momento de captación fue más temprano (1º año vs. 2º año de Civilización del Amor).

Esta aparente contradicción de los resultados con la hipótesis de menor número de caries a mayor tiempo de exposición de los niños al plan preventivo, advierte sobre la insuficiencia de un análisis circunscripto a una simple relación bivariada como base para formular conclusiones.

Conduce sí a pensar teóricamente en la existencia de probables interacciones entre el momento de captación, tiempo bajo el plan, incorporación de hábitos alimentarios adecuados y de la técnica correcta del cepillado, la regularidad del sostenimiento de las acciones desarrolladas en las distintas escuelas, etc., no analizadas aquí a la luz de los datos disponibles y de los pocos casos bajo observación y que podrían explicar mejor los resultados obtenidos.

Conclusiones y recomendaciones

En coherencia con lo demostrado por otros estudios antecedentes, los resultados de esta experiencia preliminar orientan a la necesidad de comenzar con las intervenciones en los primeros años de escolaridad.

Respecto de otros factores que podrían relacionarse con los efectos esperados del plan preventivo, los resultados no son concluyentes quedando más bien en un plano exploratorio. Esto, no sólo por el reducido número de casos sino básicamente por la carencia de indicadores precisos que podían dar cuenta de la calidad de las acciones desarrolladas en las distintas escuelas que participaron, como también en relación con los hábitos incorporados por los niños (alimentarios, de técnica del cepillado, etc.).

La experiencia en sí y las reflexiones teóricas y operacionales entorno a la elaboración de este

trabajo, han contribuido a estructurar mejor el núcleo problemático, abriendo líneas no previstas inicialmente de mayor profundización analítica.

Cabe destacar que la medición de la efectividad relativa del plan preventivo, que hubiera implicado la inclusión de un grupo control, de niños no afectados al plan, tuvo que excluirse como objetivo particular del estudio. En efecto, la inexistencia de datos a nivel local sobre la incidencia espontánea de caries en sectores infantiles impedía despejar el impacto en la salud bucal atribuible a la intervención.

Tanto desde el punto de vista operativo del propio plan como a los efectos de su evaluación, el monitoreo permanente que requiere el desarrollo de las acciones preventivas debería incorporar otros indicadores, vinculados a factores de riesgo, al cumplimiento de las prácticas establecidas y respecto de una valoración más específica de otros resultados.

Ciertas evidencias surgidas de la experiencia remiten también a la necesidad de una sistematicidad de las propias intervenciones para superar algunos problemas operativos. Por ejemplo, los cambios que se produjeron con los pasantes, por terminar su ciclo de trabajo y hasta que se adaptaron los nuevos, significó un retroceso en el desarrollo del plan. El cambio de maestras de grupos que trabajaban correctamente también produjo una disminución en el rendimiento como así mismo algunos otros problemas coyunturales derivados de la influencia particular de algunos docentes que influyen sobre el alumnado. El receso escolar trajo un relajamiento en las acciones determinando un mayor esfuerzo en el período inmediato posterior para retomar el ritmo de trabajo normal y la necesidad de intensificar la colaboración de los padres para mantener el plan en el hogar.

Para enmendar en parte las dificultades señaladas, podría pensarse como recurso para la incorporación de los alumnos en vacaciones prolongadas el aprovechamiento de los servicios de odontología del Centro de Salud más cercano a cada escuela, que desarrollan Talleres en la sala de espera con la población en general.

Un subproducto destacado de la modalidad participativa del plan es el efecto multiplicador logrado en docentes compenetrados con el mismo, que al ser trasladados a otros destinos lo están proyectando en sus nuevos lugares de trabajo, al igual que los pasantes y concurrentes de Odontología, quienes lo replican en su atención privada y en escuelas de la zona en donde ejercen la profesión.

Bibliografía

- Almeida, C. (2001). "Reforma del Estado y Reforma de Sistemas de Salud" - Cuadernos Médicos Sociales 79:27-58.
- Banquer, E.: (1982). "Criterios acerca de la atención odontológica en la periferia de la ciudad de Rosario". Revista Círculo Odontológico de Rosario 53 - (1 - 4).
- Chiappe de Guñazú, G.; Garrera de Borra, O.; Gatica, O. et al (1981). "Disminución de Placa Bacteriana en Educación para la Salud" Dinámica grupa; vs. Medios de Comunicación Social. Revista Salud Bucal. Confederación Odontológica de la República Argentina VIII (45).
- Galli P. De, A (1982). "Educación para la salud" Revista A.O.A. (70).
- Moguillansky, E. (1990). "La caries dental en la población escolar urbana de Azul, Argentina". Revista A. O. A. (78).
- Municipalidad de Rosario - Secretaria de Salud Pública (S.O.E). "Atención primaria de la salud. Una estrategia para la construcción de ciudadanía".

- Municipalidad de Rosario - Secretaria de Salud Pública (1996). "Ejes de la Gestión en Salud". -
- Municipalidad de Rosario - Secretaria de Salud Pública (2000). "La salud un derecho de todos".
- Municipalidad de Rosario - Secretaria de Salud Pública (S.O.E). "Promoción de la Salud. En la construcción de una ciudad saludable".
- O.P.S.I O.M.S. (1995). "Escuelas generadoras de salud. Alternativas para la promoción de la salud en el ámbito escolar".
- O.P.SIO.M.S. (1981). "Informe final del Comité Asesor sobre Salud Bucal". Revista de Salud Bucal.-Confederación Odontológica de la República Argentina VIII (48).
- Pintos de Nogueira, M. (1982). "El monitor escolar". Revista Salud Bucal. Confederación Odontológica de la República Argentina IX (53).
- Rossetti, H. (1995). "Salud para la odontología" 1 ° edición.
- Simposio Nacional de Salud Escolar (1980). "Síntesis y conclusiones de las Mesas de trabajo" Revista VII (38).
- Stolkiner, A. (2001). "Construcción de ciudadanía en el contexto de la precarización" 8°º congreso "La salud en el municipio de Rosario: Una década apostando a la salud como derecho" Cap. 8 (1).
- Ysunza Ogazón, A. (1994). "Participación comunitaria para el desarrollo rural". Revista "Salud, Problema y Debate". VI (10).

Comentario de los editores

De: Alicia Rodríguez

El relato de la experiencia da cuenta de los efectos de las prácticas preventivas odontológicas en niños escolarizados, que se vienen desarrollando sistemáticamente a partir del año 1996. Si bien -tal como plantean los autores - por razones atribuibles al diseño sumado a la falta de disponibilidad de datos locales sobre salud bucal infantil, no es posible obtener conclusiones terminantes en cuanto al impacto en la Salud Bucal de los beneficiarios de esta experiencia, se consideró de interés analizar otros niveles que involucró la experiencia donde pueden, al menos de manera preliminar, leerse "otros impactos".

En este sentido y desde una perspectiva de gestión en APS asistí a la puesta en marcha de este proyecto. Cabe consignar un primer elemento altamente valorable en lo que hace a la etapa de implementación, y en el que radica, en mi opinión, las claves del éxito de esta etapa. Me refiero al hecho de que las acciones preventivas que se propusieron no fueron "bajadas" como sugerencias ni impuestas como un agregado de tareas para los odontólogos de los Centros de Salud. Por el contrario, en un proceso de Educación Continua, se dispuso de Recurso Humano que comenzó a trabajar en los Centros junto al Equipo local. La incorporación de estos actores posibilitó la interpelación de prácticas y saberes de los miembros del equipo, a la vez que posibilitó a los odontólogos de los Centros de Salud, las salidas a las escuelas.

Las prácticas de cepillado se incorporaron a las salas de espera y se facilitó la accesibilidad de los pacientes a la consulta odontológica. Los pediatras pusimos énfasis en el cuidado bucal en nuestras intervenciones. Vale decir, que en alguna medida, todo el equipo de Salud fue reformulando aspectos de su práctica específica recuperando un área del cuerpo muchas veces olvidada o simplemente "delegada" al especialista.

En la actualidad, en muchos Centros de Salud de hecho se continúan desarrollando estas tareas. Desde una perspectiva subjetiva, - tal como podemos constatar los pediatras en nuestra práctica

cotidiana- la implementación de este Proyecto permitió trabajar la incorporación de hábitos preventivos en los niños y sus familias, relacionar la salud bucal con la alimentación e integrar la boca, siempre relegada a las prácticas de autocuidado en general.

Finalmente, desde una perspectiva político-sanitaria, las intervenciones odontológicas se comenzaron a extender a sectores de la población que difícilmente accedían hasta ese momento a una consulta temprana. La odontología Pública históricamente se caracterizó por escasa oferta a los sectores populares. Accesibilidad limitada y reducida a tratamiento de índole poco conservador de piezas dentarias, por tratarse de consultas tardías, altos costos de tratamientos alternativos y escasa formación del recurso humano en prevención.

A modo de conclusión, me pareció necesario rescatar como se señalaba en el inicio de este comentario, algunos aspectos sustantivos de esta experiencia que trascienden indicadores técnicos más específicos del campo de la Odontología, pero que sin embargo, constituyen elementos claves a considerar a la hora de evaluar el impacto de las acciones en salud. De hecho, pequeñas transformaciones en las prácticas, prejuicios, saberes de profesionales y de las comunidades, constituyen los núcleos fundamentales en los que centrar las intervenciones en salud, aún cuando sus efectos sean visibles en el largo plazo.