



Publicación científica de la
Secretaría de Salud Pública Municipal
Volumen 9 N° 1 - Rosario - Enero - Diciembre de 2010



Investigación en Salud



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Secretaría de Salud Pública

Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Alicia Aronna

Editores Asociados

Alicia Rodríguez

María del Rosario Maidana

Asesores científicos

Barradas Barata, Rita (Brasil)

Belmartino Susana (Argentina)

Bonazzola Pablo (Argentina)

Briceño León, Roberto (Venezuela)

Bronfman Pertzovsky, Mario N. (México)

Calabrese, Alberto E. S. (Argentina)

Carroli, Guillermo (Argentina)

Cassanho Foster, 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)

Kuks Sadovsky, Saúl I. (Argentina)

Galende, Emiliano (Argentina)

Goldbaum, Moisés (Brasil)

Koifman, Sergio (Brasil)

Lattes, Alfredo E. (Argentina)

Lede, Roberto (Argentina)

Litvoc, Julio (Brasil)

Méndez Domínguez, Alfredo A. (Guatemala)

Menéndez Spina, Eduardo L. (México)

Menin, Ovide (Argentina)

Pantalides, Edith A. (Argentina)

Proietti, Fernando A. (Brasil)

Rohlf's Barbosa, Izabella (España)

Rovere, Mario (Argentina)

Ruffino Netto, Antonio (Brasil)

Sánchez Cabaco, Antonio (España)

Schapira, Marta V. (Argentina)

Stolkiner, Alicia I. (Argentina)

Zaldúa, Graciela (Argentina)

Ing. Miguel Lifchitz
Intendente Municipal

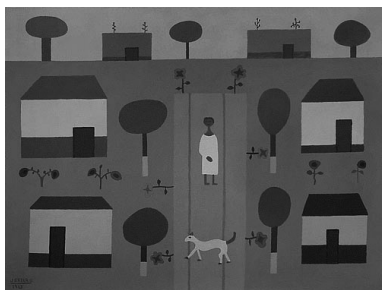
Dr. Lelio Mangiaterra
Secretario de Salud Pública

Dr. Leonardo Caruana
Subsecretario de Salud Pública

Mgr. Alicia Aronna
Coordinadora Area Investigación en Salud
Propietaria
Secretaría de Salud Pública
Director
Dr. Lelio Mangiaterra

Impreso en:
Lettera Gráfica & Diseño
Cantidad de ejemplares: 500
Edición: Noviembre 2011

Diseño:
Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública
ISSN: 1667-8044



BARRIO LAS LATAS - 1963

Juan Grela (1914-1992)

Óleo - 60 x 80 cm

Colección Privada - Flia. Grela-Correa

Juan Grela, nació en Tucumán, en 1914 y se radicó en Rosario a los 10 años de edad. Antonio Berni, Jose Planas Casas y Gustavo Cochet fueron sus maestros en materia de arte. Hasta fines de los años 50, Grela adhirió a diversas agrupaciones. En 1935 comienza a formar parte de la Mutualidad de Estudiantes y Artistas Plásticos de la ciudad, un grupo rosarino fuertemente comprometido con la realidad social vigente. Fundó el Grupo Litoral cuyos integrantes cultivaron lenguajes diversos, basándose en sus búsquedas plásticas individuales. Ambos colectivos representaron dos de los momentos más importantes de la historia del arte rosarino.

A pesar de haber pertenecido a esos grupos artísticos y a otros como la Agrupación Arte Nuevo Zona Norte, la Agrupación de Plásticos Independientes, la obra de Grela se redefinió en una búsqueda individual.

Reflexionó permanentemente sobre el tema y la forma. Además estudió y experimentó a diario las posibilidades del color, intentando el atonalismo hasta su muerte.

Dentro de su producción, plasmada en varias técnicas, pueden diferenciarse claramente tres etapas.

En un primer momento realista, las obras del artista se caracterizaron por la presencia de la figura humana, donde abundaron las representaciones de cuerpos tendidos fuertemente perspectivados; a esas premisas responde "El Moncholo". "Sin título" pertenece a un segundo período, en el cual las obras se tiñeron de cierto carácter ingenuo. Aunque conservando el referente real, las figuras comenzaron a aplanarse, permitiendo a los elementos propios del lenguaje plástico cobrar mayor autonomía. En consecuencia, tanto la composición como el uso plano del color denotan el paso hacia una creciente abstracción. En la última época productiva del artista queda inmersa la obra "Sin título", donde al repertorio de formas abstractas se sumó el carácter surrealista.

Grela desarrolló una importante labor en el campo de la enseñanza en su casa taller, por donde pasó más de una generación de artistas actuales.

Murió en Rosario, en 1992.

Editorial

La publicación que hoy presentamos, es producto de la conjunción de pensamientos entre integrantes de la Secretaría de Salud Pública y las actuales autoridades, de reeditar el proyecto vislumbrado en el año 1998. El objetivo perseguido fue y es contar con un espacio de comunicación de la producción científica lograda por los propios equipos de salud y la de aquellos autores interesados en que sus respectivas producciones sean publicadas.

Cabe recordar que al momento de su lanzamiento se definió como un hecho trascendente, ya que al decir de Zulema Torres de Quinteros, era dar visibilidad a un instrumento que permitía impulsar el crecimiento de la producción científica local y asegurar un acompañamiento de esta actividad, que históricamente había estado reservada al ámbito académico.

Desde la perspectiva del sistema de servicios de salud los logros obtenidos, con el ejercicio de la investigación, facilitan el grado de ajuste entre las necesidades de la población y la oferta de servicios, en la medida que la gestión se basa no sólo en los resultados de los registros vigentes en los espacios de práctica, sino también a partir de hallazgos sistematizados que incorporan las voces de los distintos actores. La vinculación y la potenciación que significa la ecuación práctica, asistencia e investigación ha venido siendo discutida a lo largo de estos años, como prueba de ello aparece el lapso durante el cual estuvo ausente.

Por otro lado renovamos el compromiso que la Revista Investigación en Salud debe reflejar no sólo la diversidad de posiciones epistemológicas, sino también la de los diferentes dominios de realización de los estudios, hacemos referencia a investigación epidemiológica, de gestión, económica, teórica o clínica por nombrar algunos; por reconocer a la salud pública como un campo complejo de conocimientos.

Como síntesis queremos destacar tres ejes trascendentes y jerárquicos que llevan a impulsar y sostener la producción científica en el sistema de salud municipal: el primero, la utilidad de la investigación como ayuda para la toma de decisiones en la gestión; el segundo, el vínculo entre la asistencia y la investigación y el tercero, el análisis crítico reflexivo de las investigaciones que se vienen desarrollando en el campo de la salud, con el respeto de los principios éticos y de los tratados internacionales.

El espejo de la producción de conocimientos plasmado en la revista lo constituye la existencia del área de investigación, en tanto es un espacio común y propio a todos los integrantes del sistema de salud municipal, facilitador del trabajo con los equipos en la búsqueda de respuestas sistematizadas y rigurosas en los contextos de práctica y en la realidad circundante. Así el área permite contribuir a la optimización de la calidad de atención y de aplicación racional de los recursos en sus distintas expresiones, con una lógica de red, empoderando a los equipos en la práctica de la investigación para la gestión.

Vaya nuestro profundo reconocimiento a la tarea desempeñada durante largos años por Zulema, sin cuya fuerza, sistematización en el trabajo y conocimiento no sería posible estar en la instancia que hoy transcurrimos. El contenido de esta revista incluye la recuperación de algunos estudios realizados por equipos de la red en el período 2007 y 2010; el relato de una experiencia de educación continua realizada con los administrativos que se desempeñaban en las admisiones en hospitales y centros de salud y una reflexión sobre la ética de la investigación. Esta presentación es el resultado del trabajo sostenido de los integrantes del Área de Investigación de la Secretaría de Salud Pública Municipal en forma conjunta con los trabajadores de la red de servicios de salud.

Alicia Aronna

Editora de la Revista Investigación en Salud

Lelio Mangiaterra

Secretario de Salud Pública

Indice

Palabras del Comité Editorial	Pág. 5
--------------------------------------	--------

Artículos originales.

- Estudio evaluativo de las intervenciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer. Secretaría de Salud, Municipalidad de Rosario. (2004-2007) - Aronna A.; Gerlero S.	Pág. 9
---	--------

- Utilización de los efectores de salud por parte de los pobladores de la Vía Honda. - Rodríguez A.; Díaz F.; Ruiz L.; Costa F.; Equipos de Salud: Centro de Salud Casals, Centro de Salud Champagnat.	Pág. 41
--	---------

- Relevamiento socio-sanitario de la población residente en el asentamiento "La Cava"- Barrio Toba- Rosario - Aronna A., Bisio S., Maidana R., Rapelli C., Rodríguez A.; Albarracín H., Bría S., De la Fuente F., Di Paolo S., Gastaldi G., Iraolagoitia M., Lifchitz O, Montoya E., Ortega L., Perino G., Pintus P., Ruiz Silva J.	Pág. 69
---	---------

Revisión.

Ética de la investigación y salud pública - Dibarbora Elisa A.	Pág . 91
--	----------

Relato de experiencia.

Educación permanente en salud. Una experiencia con personal administrativo de los servicios de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. - Augsburguer A.	Pág. 95
--	---------

Comunicación breve

Formación de posgrado. - Morabito A.	Pág 100
--------------------------------------	---------

Normas de publicación.	Pág. 101
-------------------------------	----------

“Estudio evaluativo de las intervenciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el marco del Programa de Salud Integral de la Mujer. Secretaría de Salud, Municipalidad de Rosario. (2004-2007)”

Aronna A.1; Gerlero S.2 (*)

Agradecimientos

A María Fernanda Candio, Guillermo Carroli, Beatriz Martinelli, y Marcelo Rafagnini que, junto a las autoras, diseñaron y coordinaron la investigación. Así como a los equipos de salud de las maternidades y CAPS; a las coordinadoras del trabajo de campo y a las encuestadoras que colaboraron en la obtención de información necesaria para la investigación; y a la Unión de Ciudades contra la Pobreza por el financiamiento.

Resumen

El reconocimiento que los sistemas de información tradicionales resultan insuficientes para monitorear los avances relativos a las intervenciones desarrolladas desde el sector salud y que debe construirse un conocimiento más ajustado a las necesidades devenidas del encuentro entre la población y los servicios que aporte a la toma de decisión, se constituyó en el eje para que en Rosario se implementara un estudio evaluativo del Programa Integral de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud Pública.

Esta investigación sistematiza los logros e identifica la permanencia de nudos críticos y cambios necesarios en las acciones relativas a la promoción, prevención y asistencia en salud sexual y reproductiva a partir de indagar el perfil socio-demográfico, las concepciones y prácticas en salud sexual y reproductiva, los modos de utilización de los servicios de salud; y las percepciones sobre la accesibilidad a los cuidados de salud como componentes analíticos que dieran cuenta del desempeño del Programa.

La población del estudio se delimitó con 1.369 mujeres entre 15 y 54 años usuarias de los servicios de salud municipales –Maternidades y Centros de Atención Primaria- y 819 mujeres y varones- residentes en las áreas de responsabilidad de los efectores de atención primaria de la salud. Se realizaron entrevistas con cuestionarios especialmente diseñados para cada uno de los grupos poblacionales del estudio, previo consentimiento de la persona seleccionada. El trabajo de campo se realizó entre los años 2004 y 2006. Se empleó el programa SPSS Versión 11.5.

1-Mgr. en Salud Pública- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario-aronnaalicia@gmail.com

2-Mgr. en Salud Pública- Instituto de la Salud Juan Lazarte- sgerlero@enetemail.com.ar

(*) Participaron en la elaboración de la idea central, del texto y en la revisión final.

Los hallazgos brindaron insumos para problematizar el trabajo cotidiano de los equipos de salud y conformar una línea de base para profundizar una política pública que fortalezca y proteja los derechos sexuales y reproductivos de la población de Rosario.

Abstract

An Evaluation Research Project for the Holistic Women's Health Program of the Rosario Public Health Department was developed to compensate for the deficits of the traditional documentation systems which are unable to reliably report the most recent advances in health care. A more specific knowledge of the needs of the population and the services provided to meet them are basal to an effective service delivery.

The project identifies and collates the critical nucleus and the changes necessary to adjust promotion, prevention and assistance in sexual and reproductive health. This is achieved through the analysis of the socio-demographic profile; the understanding and practices of sexual and reproductive health as well as the ways in which the services are utilized and the perception of accessibility of the existing program. All these elements are essential to the analysis of the program.

The target population was limited to 1369 women between 15 and 54 years of age registered with the Municipal Health Program (Maternity and Primary Health Care) and 819 men and women residing within the catchment area of these health centres. Interviews were carried out with consenting participants and specifically designed questionnaires were used. The field work was carried out in 2004-06. The model chosen was SPSS 11.5.

The results brought to the fore material to redefine the responsibilities of the health teams and the need to develop new policies to reinforce and protect the sexual and reproductive rights of the local population.

Palabras claves: epidemiología- evaluación- salud sexual y reproductiva- evaluación de servicios – accesibilidad y utilización

Key Words: epidemiology- evaluation- sexual and reproductive health- evaluation sexual – accessibility and utilization.

Introducción

La importancia de la evaluación en sistemas y servicios de salud se instala de manera relevante, durante los últimos años, en el marco de discusión de las políticas de salud y de las intervenciones sanitarias, orientando la consolidación de una práctica evaluativa institucionalizada que contribuya a la toma de decisiones en los procesos de gestión de salud.

Esta práctica evaluativa plantea una perspectiva diferente a la visión de la evaluación con criterio de auditoría en la que se estudia la discrepancia entre lo programado y lo realizado.

La perspectiva que se propone, en el presente trabajo, es la de una evaluación dinámica, transparente, útil, contextualizada, con la participación de todos los actores involucrados, y el reconocimiento de múltiples intereses. Para ello se busca la aplicación combinada de diversas estrategias metodológicas, donde la negociación se constituye en un elemento central para posibilitar la construcción de una valoración fundada en las respuestas a interrogantes tales como el: qué, para qué, quiénes, cómo, cuándo y dónde de la práctica social propuesta.

Con este marco referencial y con el claro propósito de afianzar los procesos evaluativos como herramienta inherente a la gestión, en tanto sus resultados posibilitan decisiones más ajustadas y cercanas a la realidad de los servicios de salud y de la población, este trabajo transmite los hallazgos más significativos derivados de una investigación evaluativa del Programa de Salud Integral de la Mujer de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP).

Si bien este programa se ha puesto en marcha desde hace más de una década, con una extensa y sólida trayectoria en las intervenciones destinadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva de la población rosarina, la elaboración de juicios evaluativos sobre las acciones implementadas alcanzaban un carácter acotado, y restringido sólo a algunas de sus actividades. De manera que, al momento de este estudio, se contaba con valoraciones parciales sobre determinadas situaciones puntuales, sin avanzar en un proceso evaluativo sistemático e integral que permitiera comprender el ejercicio cotidiano de la atención a la salud sexual y reproductiva incluyendo los diversos componentes que involucran la relación entre la población y los servicios de salud.

Frente a esta necesidad durante los años 2004 - 2007 la Secretaría de Salud Pública Municipal, con

apoyo de la Unión de Ciudades contra la Pobreza, con sede en Ginebra (Suiza) y con la participación de diferentes actores, diseña y pone en marcha una investigación evaluativa del citado programa.

Es en este contexto que, el artículo expone el desarrollo y producto de una propuesta de evaluación en el campo de los sistemas y servicios de salud, llevada a cabo en el espacio concreto de intervención de un programa particular involucrando la visión de la población usuaria de los efectores del subsector público del municipio y de la población general que reside en áreas de referencia de tales servicios. Para ello el propósito del trabajo se orientó en la identificación de fortalezas del programa (PSIM), cuya experiencia pudiera ser transmitida a otros espacios de gestión, como así también sus debilidades, a fin de subsanarlas en la medida que afecten o dificulten el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en particular, y de la población de Rosario en general.

El Programa de Salud Integral de la Mujer: su construcción evaluativa

La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (S.S.P.), casi 10 años antes de la sanción de la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2003) emprendió acciones específicas dirigidas a la Procreación Responsable, las que posteriormente en el año 1997 lograron una mayor sistematización a partir de la promulgación y reglamentación de la Ordenanza N° 6244 en la que el Concejo Municipal dispuso la creación del Programa de Procreación Responsable, superando múltiples obstáculos ideológicos y religiosos.

Es así que, este Municipio fue uno de los primeros en tener una normativa que implemente acciones programáticas de salud sexual y reproductiva, precedido por antecedentes similares en la ciudad de Buenos Aires (1988) y dos jurisdicciones provinciales, Mendoza (1996/1998) y Chaco (1996/1997).

El Programa de Procreación Responsable, integrado luego como Programa de Salud Integral de la Mujer, promueve un modelo de atención sustentado en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en el fortalecimiento de la equidad de género como ejes centrales para contribuir al desarrollo de las potencialidades personales y sociales de las mujeres.

Reconoce como líneas de intervención los principales aspectos vinculados a la salud sexual

y reproductiva de las mujeres como la procreación responsable, la prevención y detección temprana de cánceres ginecológicos, la prevención primaria y secundaria de la infección por VIH, la atención y cuidado del embarazo y las acciones tendientes a la prevención y contención de las situaciones de violencia contra las mujeres.

Sus respuestas se brindan a través de la articulación de estrategias complementarias atinentes a la promoción de la salud, la prevención y el diagnóstico precoz para potenciar el autocuidado y las actitudes conscientes, responsables y deseadas en relación con la sexualidad, la maternidad, y los cuidados del cuerpo mediante procesos de información, educación y cuestionamiento de los modelos sociales femeninos y masculinos; la participación comunitaria, a través de los grupos de mujeres reforzando los encuentros entre población y equipos de salud. Asimismo, y de manera complementaria, el programa potencia la coordinación interinstitucional entre distintas áreas gubernamentales y organizaciones civiles para la capacitación permanente de recursos humanos, técnicos y comunitarios, con la intención de incorporar la perspectiva de género en las prácticas cotidianas de salud y tender al mejoramiento continuo de la calidad de atención.

Entre los objetivos prioritarios explícitos en el Plan de acción del Programa se destaca la consecución de actividades tendientes a: garantizar información, educación y acceso a los métodos anticonceptivos en forma gratuita a la población con menores recursos socio-económicos; informar sobre el riesgo del embarazo fuera de las edades consideradas adecuadas para la reproducción; estimular y favorecer los períodos intergenésicos no menores de 2 años; propender a la educación de la comunidad para evitar embarazos no deseados; disminuir el número de abortos provocados, la morbi-mortalidad materna y perinatal; contribuir a la difusión de la información relacionada con la prevención del HIV/SIDA y enfermedades de transmisión sexual; y detectar precozmente las enfermedades de transmisión sexual y patologías del aparato genital.

El texto de la normativa (Ordenanza Municipal N° 6244) plantea que por medio del Programa “se pone a disposición de la comunidad la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios pertinentes que garanticen el derecho humano de decidir libre y responsablemente sus pautas reproductivas”. En su artículo 5° establece que “Los métodos anticonceptivos que podrán prescribirse son los existentes en la actualidad (abstinencia periódica, de barrera,

hormonales y dispositivo intrauterino) y se faculta a la S.S.P. a reglamentar la incorporación al programa de nuevos métodos debidamente investigados y aprobados”, en tanto que el art. 6º señala que “en todos los casos el método prescripto será el elegido por los y las solicitantes, salvo contraindicaciones médicas específicas”.

Esta normativa se amplía durante diciembre de 2001, con la Ordenanza Municipal N° 7282 que incluye la Anticoncepción de Emergencia, tanto en la provisión de la medicación como en la información sobre los mecanismos de acción y de uso a través de materiales de difusión en los diversos efectores de salud municipales.

Además, desde el año 2003, el Programa ha incorporado la estrategia de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva como dispositivos activos de promoción de salud, focalizando en la orientación sobre la elección de métodos anticonceptivos, la información relativa a las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y en la prevención de todo tipo de violencia hacia la mujer y niños/as.

Más recientemente ha sido aprobada por unanimidad en el Concejo Municipal la Ordenanza N° 8186/2007 que establece el Protocolo para la atención de los abortos no-punibles en los efectores públicos de salud.

De manera progresiva, junto al avance del marco jurídico, se efectivizan el conjunto diverso de las estrategias relativas al cuidado de la salud sexual y reproductiva, con alcances heterogéneos en los tres hospitales polivalentes (Hospital Intendente Carrasco, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña y Hospital Alberdi), en las dos maternidades (Maternidad Martín y Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña) y en 36 de los 47 Centros de Atención Primaria de la Salud existentes al momento de esta investigación.

En su etapa inicial el programa desarrolló un monitoreo de sus acciones asentado en la perspectiva de la producción de información relevada a través del sistema de registro único diseñado para evaluar la captación, continuidad y adherencia de las mujeres usuarias del mismo. La información reunida durante los primeros años de funcionamiento del programa, permitió identificar una serie de aspectos críticos de cuya resolución dependen las posibilidades de mejorar el proceso de gestión y asistencia, el logro de una mayor cobertura, adherencia y continuidad de las mujeres en las estrategias de cuidado conforme a la propuesta programática orientada a la salud sexual y reproductiva.

La valoración realizada, desde los diversos efectores de salud, permitió visualizar la heterogeneidad en su implementación, con diferentes logros de implantación y variación significativa de la captación general de mujeres al programa entre los diversos equipos de salud y al interior de cada uno de los distritos de la ciudad.

Teniendo en cuenta este escenario complejo y plural se plantea la necesidad de evaluar los procesos de gestión y las acciones puestas en marcha para resolver la sostenibilidad de las propias estrategias sanitarias en el área de la salud sexual y reproductiva.

Si bien el monitoreo es inherente a la gestión de los servicios sanitarios es importante el desarrollo de una instancia evaluativa desde múltiples miradas –servicios de salud y población- que enriquezca el análisis de los logros del Programa a los fines de establecer algunos componentes críticos en el proceso de atención, visualizar las variadas modalidades de la utilización de los servicios de salud así como identificar las dificultades en la accesibilidad a las intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva.

Se adoptó una investigación evaluativa que recuperara la visión que la propia población construye sobre las estrategias de salud sexual y reproductiva llevadas a cabo en el conjunto de las instituciones de salud municipales. Advertidos que la realización de estudios de base poblacional son oportunidades significativas para reconocer sus necesidades y diseñar una oferta de servicios más ajustada a las mismas, se delimitaron diversos niveles de observación comprendidos por el conjunto de mujeres usuarias de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) y de las Maternidades, y por el conjunto de mujeres y varones –usuario y no usuario- residente en las áreas de responsabilidad de los efectores de atención primaria de la salud.

Para abordar la complejidad de la temática en las múltiples visiones de los diversos grupos en estudio se combinaron un conjunto de componentes de análisis que se desagregan en los siguientes objetivos evaluativos.

Objetivo General

- Evaluar las estrategias de intervención del Programa de Salud Integral de la Mujer (SSIP) relativas a la promoción, prevención y asistencia en salud sexual y reproductiva según las concepciones y las prácticas de la población de mujeres que concurren a los servicios de salud municipal, y de las mujeres y varones que residen en las áreas de responsabilidad de los mismos.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil socio-demográfico de la población en edad reproductiva seleccionada para el estudio.

- Describir las concepciones y prácticas de cuidado en salud sexual y reproductiva de las mujeres que concurren a los servicios de salud municipales, y de las mujeres y varones residentes en las áreas de responsabilidad de los mismos.

- Indagar los modos de utilización de los servicios de salud de la población en estudio.

- Valorar las percepciones acerca de la accesibilidad a los cuidados de salud sexual y reproductiva según la atención provista, el trato recibido/acogido y el reconocimiento institucional

- Explorar, en los varones y mujeres que residen en las áreas de responsabilidad de los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario, las opiniones sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la despenalización del aborto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Estrategia metodológica

Los objetivos de la investigación y la perspectiva evaluativa asumida orientaron una propuesta metodológica que priorizó las relaciones de interacción así como las instancias de negociación entre los diversos actores involucrados en el Programa Salud Integral de la Mujer. (SIM)

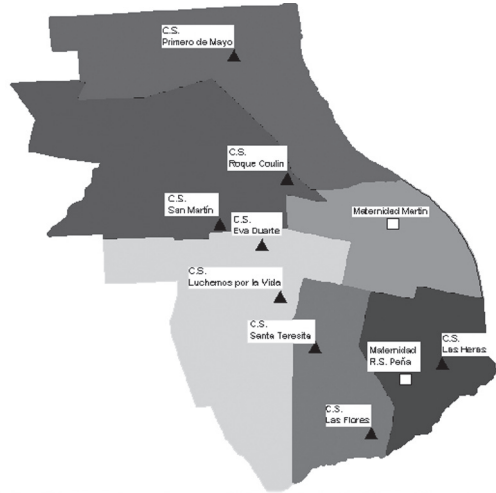
Inicialmente se pautaron encuentros con los integrantes de los equipos de profesionales de las Maternidades y los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) con el propósito de acordar la definición de los objetivos del estudio y diseñar la modalidad de trabajo en el proceso de investigación. Diversos talleres de discusión se abocaron a consensuar las

estrategias y el proceso metodológico relativo a la selección de los espacios socio-institucionales de la investigación, el diseño de los instrumentos de relevamiento de información, los procedimientos de aplicación: definiendo el momento, la dinámica y el lugar de los mismos; los criterios de captación para cada una de las poblaciones escogidas, la implementación de la prueba piloto y la delimitación temporal del trabajo de campo. De manera que los sucesivos encuentros de trabajo posibilitaron analizar obstáculos e inconvenientes, y acordar modificaciones y ajustes necesarios relativos a la recolección y producción de información en el estudio.

Asimismo, considerando la experiencia previa de monitoreo de las políticas de salud reproductiva en la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires desarrollado por el Centro de Estudio de Estado y Sociedad (CEDES), el equipo de investigación contó con la asesoría externa de dicha institución a través de la participación de la Licenciada Silvina Ramos.

La población bajo estudio se compone de dos niveles de observación: mujeres en edad reproductiva usuarias de los servicios de salud municipales –Maternidades y Centros de Atención Primaria- y población en edad reproductiva –mujeres y varones- residente en las áreas de responsabilidad – usuaria y no usuaria- de los efectores de atención primaria de la salud. De este modo el estudio delimitó tres espacios diversos en los que se implementan las estrategias e intervenciones del Programa de SIM, incluyendo las dos (2) maternidades municipales, ocho (8) CAPS ubicados en cinco distritos de la ciudad, y cinco (5) áreas territoriales de responsabilidad de un subgrupo de CAPS a partir de los ocho originalmente seleccionados, tal como se expone en el plano. (Figura 1)

Figura 1. Maternidades y Centros de Salud municipales seleccionados



El estudio se llevó a cabo con la construcción de tres diseños muestrales específicos realizados a partir de las respectivas poblaciones a saber: mujeres usuarias de servicios de salud, mujeres que habían tenido sus partos en las dos maternidades municipales

(madres) y población (mujeres y varones) residentes en las áreas de responsabilidad; en todos los casos el rango de edad estuvo comprendido entre los 15-54 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Población correspondiente a cada dominio seleccionado tamaño y método de selección de muestra

Dominio de estudio	Población de usuarias y general	Tamaño Muestral	Método de selección de muestra
Maternidades	4597 (^)	315 (*)	Simple al azar
Centros de Salud	8543 (^^)	1054 (**)	Estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato.
Áreas de responsabilidad de Centros de Salud	58047 (^^^)	819 (***)	Estratificado con asignación proporcional al tamaño del estrato

Nota: Fuentes de información (^) y (^^) registros del Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud Pública (SSP); (^^^) Censo Nacional de Población Familias y Viviendas Año 2001.
(*) Se consideró como variable para el cálculo de muestra la proporción de mujeres embarazadas con al menos un embarazo previo al actual (precisión (d=0,05); (**) Variable: proporción de mujeres que tuvieron hijos independientemente del momento (d=0,03);
(***) Proporción de usuarias de los centros de salud seleccionados en el área de responsabilidad (d= 0,03)
Fuente de información: Registros del Sistema de Información en Salud (SSP)

En particular en el estudio muestral con la población residente en áreas de responsabilidad de los centros de salud, la composición por edad de la muestra respetó, para cada grupo de edad considerado, igual peso relativo que en la población general según la información del Censo 2001.

Se denomina estrato a cada espacio poblacional

correspondiente a cada Centro de Salud seleccionado. En cada estrato, se realizó un muestreo aleatorio simple de manzanas, y dentro de las mismas se seleccionaron viviendas. En cada vivienda visitada, se encuestó a una sola persona. En la Tabla 2 se presentan en detalle los respectivos tamaños de muestra.

Tabla 2. Tamaño de muestra de usuarias de centros de salud y de la población general entre 15 y 54 años según distrito y efector seleccionado.

Distrito	Población del área de responsabilidad del C. de Salud	Centros de Salud	Tamaño de muestra de usuarias	Maternidades	Tamaño de muestra madres	Tamaño de muestra en población general
Norte	18907	1º de mayo	142	----	---	90
Noroeste	12712	Coulin	130	----	---	268
	-----	San Martín	227	----	---	
Oeste	14263	Luchemos por la vida	82	----	----	81
	-----	Eva Duarte	132	----	---	-----
Sudoeste	-----	Las Flores	134	----	---	----
	5748	Santa Teresita	114	----	---	179
Sur	6417	Las Heras	93	R. Sáenz Peña	111	201
Centro	-----	-----	---	Martin	204	----
Total	58047		1054		315	819

Para el relevamiento de información se realizaron entrevistas a cargo de encuestadores profesionales que utilizaron cuestionarios especialmente diseñados para cada uno de los grupos poblacionales del estudio. Los encuentros se realizaron en los efectores de salud –maternidades y CAPS– y en las viviendas de las personas residentes en el área de responsabilidad de los CAPS seleccionados. En todos los casos, previo a la aplicación del cuestionario, se solicitó el consentimiento de la persona encuestada. No se registró ningún rechazo en el momento de solicitar la participación voluntaria de los entrevistados.

La totalidad del trabajo de campo se realizó entre los meses entre diciembre de 2004 y diciembre de 2006; y a posteriori de los relevamientos se supervisó el 5% de todas las encuestas para asegurar la calidad y fiabilidad de los datos.

La indagación que permitió evaluar las estrategias de intervención relativas a la promoción, prevención y asistencia en salud sexual y reproductiva fue estructurada en cinco componentes analíticos: Características socio-demográficos, Concepciones y prácticas de cuidados en salud sexual y reproductiva, Utilización de los servicios de salud, Accesibilidad a las intervenciones de cuidado en salud sexual y reproductiva y, en la po-

blación general, se incluyó como eje la Opinión acerca de la interrupción del embarazo y el aborto.

La caracterización de los grupos poblacionales incluyó aspectos relacionados con la vivienda, nivel de instrucción, inserción laboral, y composición del grupo familiar.

Para el conocimiento de los cuidados en salud sexual y reproductiva, se indagó la historia reproductiva de las mujeres entrevistadas, la información y prácticas anticonceptivas, los cuidados preventivos de las enfermedades de transmisión sexual y uso del preservativo así como los procesos de atención en la salud sexual y reproductiva. El análisis de las medidas de promoción y prevención tomadas en cuenta como parte de las acciones del Programa de SIM permitieron visualizar el patrón de utilización del grupo poblacional objeto de estudio que resulta de complejos procesos de decisión, valores, representaciones, patrones culturales y prácticas para enfrentar un problema de salud.

La utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva fue abordada a través de preguntas sobre acceso a servicios de salud, y motivos que conducen a la búsqueda de respuestas sanitarias. Se tomaron en cuenta las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y la tolerancia al dolor

o la incapacidad, los cuales determinan el deseo de atención, poniéndose en discusión los determinantes de la utilización de los servicios de salud.

Asimismo, la valoración de las personas encuestadas sobre la atención recibida en el lugar al que concurren para la atención de su salud fue un eje relevante para la evaluación de la accesibilidad.

Se concibe la accesibilidad como una característica de los recursos de la atención a la salud, que constituye un “factor mediador” entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo reales de dichos servicios; constituyéndose en algo más que la mera presencia o disponibilidad de asistencia en un cierto lugar y en un momento e incluye las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los usuarios potenciales. De este modo, en el concepto, se incluyó también la posibilidad de obtener atención fácil y oportuna cuando se necesita; y se ponen en juego aspectos que hacen a las formas diversas de utilización por tiempo, lugar, tipo de servicio, por problema de salud y por procedimientos, es decir, el comportamiento de los y las usuarios/as en relación con el uso que realmente hacen de los servicios de salud, vinculándolo al concepto de utilización de servicios.

Mediante este análisis queda reflejada la complementariedad de la ecuación población-recursos, esto es el grado de correspondencia entre las características de los recursos de atención a la salud y los de la población en el proceso de búsqueda y obtención de la atención.

En cuanto al complejo concepto de satisfacción/conformidad reconoce dimensiones diversas para analizar las percepciones subjetivas del acceso, las opiniones que el paciente tiene sobre la atención, la coordinación y el costo de la misma, la solicitud puesta de manifiesto por los profesionales, la información suministrada a las usuarias sobre el manejo de su problema de salud y la calidad de la atención recibida; siendo las barreras que se interponen en el acceso no son solamente de índole económica sino también culturales, informativas, sociales, organizativas, espaciales y temporales. En consecuencia los juicios relativos a la satisfacción van a estar condicionados por las construcciones subjetivas de la población atendida, que incluyen la efectividad en la atención y los atributos de la relación profesional – paciente, quedando definida por los valores individuales y las expectativas puestas en juego ante la relación que se establece en distintos momentos del proceso de salud-enfermedad-atención.

En otro nivel, pero dentro de un mismo plano, el acceso a los servicios y la aceptabilidad de los mismos puede estar condicionado por componentes socioculturales, los que están configurados por el conjunto de factores que otorgan posibilidades diferenciales de apropiación de bienes simbólicos y materiales, tales como por ejemplo el nivel de instrucción, la disponibilidad de cobertura de atención médica, las particularidades del grupo familiar, el trabajo fuera del hogar y las características de la vivienda.

Por último, concebida como temática ineludible en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, se exploraron en los varones y las mujeres que viven en las áreas geográficas próximas a los CAPS seleccionados, las opiniones sobre la interrupción voluntaria del embarazo en situaciones no punibles por el Código Penal así como las posiciones vinculadas a la despenalización del aborto en Argentina.

En el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS Data Entry 4.0 para el diseño y construcción de la base de datos; y SPSS Versión 11.5. para elaborar tablas y gráficos.

Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de resumen para caracterizar el comportamiento de las mismas y para las variables cualitativas los correspondientes porcentajes o proporciones.

Con los datos provenientes de los cuestionarios aplicados en la población de referencia a los CAPS se realizó un análisis de correspondencias múltiples con las variables e indicadores de nivel socioeconómico para presentar una caracterización global de la población y un análisis de cluster para lograr un agrupamiento de la población en función de las modalidades más cercanas presentadas.

Los resultados que se exponen, para facilitar la comunicación, se organizaron de acuerdo a los componentes analíticos estudiados y se presentan desagregados en los dos niveles de observación poblacionales desde los cuales se construyó la investigación evaluativa: mujeres en edad reproductiva usuarias de los servicios de salud municipales –Maternidades y Centros de Atención Primaria- y población en edad reproductiva –mujeres y varones- residente en las áreas de responsabilidad – usuaria y no usuaria- de los efectores de atención primaria de la salud. (CAPS)

Resultados

Capítulo I: Mujeres en edad reproductiva usuarias de los servicios de salud municipales: Maternidades y Centros de Atención Primaria

Características socio-demográficas

Las mujeres usuarias de los servicios municipales, maternidades y centros de salud, son un grupo de población joven cuyo rango de edad varía entre 15 y 54 años, teniendo el 70% de las entrevistadas entre 15 y 29 años. En ambos espacios institucionales las mayores frecuencias se concentran en los grupos etáreos inferiores: el 58.4% de las mujeres atendidas en las maternidades registra 24 años o menos en tanto que en los centros de salud el mismo grupo concentra 43.3%.

Las condiciones de vida de este grupo poblacional presentadas en la Tabla3 dan cuenta que casi las tres cuartas partes de ellas habitan en casa, con diferencias según se trate de mujeres que concurren a los centros de salud o a las maternidades; al mismo tiempo al interior de los servicios obstétricos la información entre las maternidades presenta nuevas diferencias que varían entre el 69.4% Maternidad Hospital Roque Saenz Peña (MHRSP) y el 73.5% Maternidad Martín (MM). Este último dato se complementa con la proporción de usuarias que habitan en villas, en cuyo caso en la institución ubicada en la zona Sur de la ciudad

(MHRSP), lo refieren un 26.1% mientras que sólo un 15.7% de ellas lo menciona en la Maternidad Martín; este porcentaje decrece aún en las usuarias de Centros de Salud (12.7%).

El promedio de habitantes por vivienda se halla entre 5 y 6 personas, muestra que son grupos convientes numerosos y con el correlato, en algunos casos, de estar viviendo en condiciones de hacinamiento, hecho que se verifica en casi la tercera parte de las entrevistadas en la Maternidad Martín (MM) (31.4%) y algo menos en la otra maternidad (24.3%).

Esta situación se integra con el nivel de instrucción de las mujeres, en el que un porcentaje no despreciable de ellas no tiene instrucción o alcanzó un nivel básico incompleto (18.1% CAPS ; 16.7% MM y 23.4% MRSP). Las dos terceras partes son amas de casa (58.9%, 77.9%; 68.5% respectivamente) y otro 30% promedio recibe algún plan social, en este escenario la proporción de mujeres sin cobertura de atención supera ampliamente a la mitad de ellas (63.9%, 87.2% y 92.8%) (Tabla3).

Las características descriptas ubican a este grupo de mujeres que se atienden en los efectores de salud municipales en una situación sociodemográfica crítica, y conlleva a la necesidad de adecuar las intervenciones desde los servicios a dicha realidad, en particular, teniendo en cuenta su nivel de instrucción.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las usuarias de los servicios

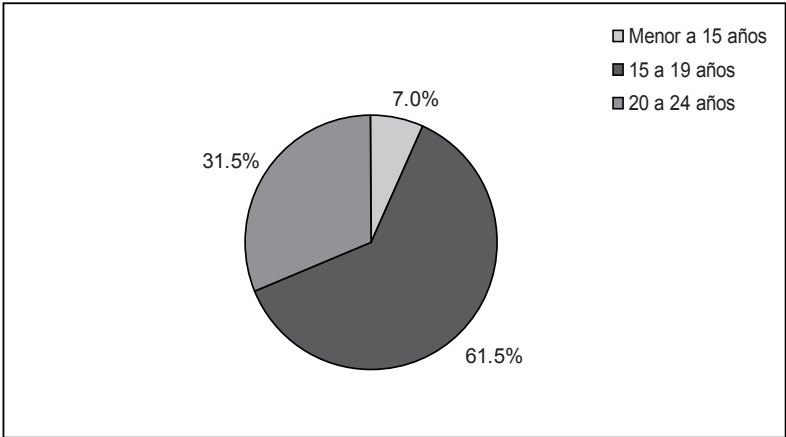
Características		Centros de Salud (n= 1054)	Maternidades	
			Martin (n= 204)	R. S. Peña (n= 111)
Vivienda (%)	Casa	71,2	73,5	69,4
	Vivienda en zona de villa	13,1	17,2	26,1
	Fonavi	12,6	3,9	4,5
	Departamento	2,9	4,4	----
	Otras(Pensión / Construcción en espacios no habitacionales)	0,2	1,0	----
Promedio de habitantes por vivienda		5	6	6
Índice de hacinamiento		17,3	31,4	24,3
Nivel de Instrucción (%)	Sin instrucción / Básico Incom.	18,1	16,7	23,4
	Básico completo/ Secun. Incom.	62,0	63,7	63,1
	Secundario Completo/ Sup. Incom.	18,2	18,1	9,9
	Superior Completo	1,7	1,5	3,6
Situación Laboral (%)	Ama de casa	58,9	77,9	68,5
	Trabaja	27,1	16,7	17,1
	Recibe plan social	30,6	27,5	34,2
Años promedio de residencia en el barrio		15	12	9
Sin cobertura de salud (%)		63,9	87,2	92,8

Concepciones y prácticas de cuidados en salud sexual y reproductiva.

En los cuidados en salud sexual y reproductiva puestos en práctica por el grupo de mujeres, en concordancia con las características etáreas y las

condiciones de vulnerabilidad socio-culturales, aparece como rasgo destacado, que las dos terceras partes de las entrevistadas tuvo su primer embarazo entre los 15 y 19 años (61.5%) y casi la tercera parte entre los 20 y 24 años (31.5%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de la edad al primer embarazo de las usuarias



Casi las dos terceras partes de las entrevistadas, al momento del estudio, tiene entre uno y tres hijos (65.4%). La mediana de hijos de las mujeres es de 2 con un mínimo de 1 y un máximo de 10, esta información tiene su correlato en el hallazgo que el 27.4% tenga cuatro hijos o más. Estos resultados constituyen insumos relevantes que fundamentan tanto la sostenibilidad de las políticas y estrategias en la salud sexual y reproductiva como, la necesaria continuidad e intensidad de las acciones de los equipos de salud sobre las prácticas de cuidados anticonceptivos como medida de prevención de embarazos ya que debe agregarse a lo anterior el hecho que el 38% de las mujeres entrevistadas en ambas maternidades manifestaron no haber podido planificar sus embarazos.

La indagación sobre los conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos recorrió un conjunto diverso de preguntas. Una de las que mayor interés refiere a la elección en la utilización del o los métodos anticonceptivos, que en correspondencia con valoraciones previas

del Programa surge que las pastillas y los preservativos (58.9% y 19.7%) son los dos métodos elegidos en primer término en la población concurrente a ambos tipo de servicios de salud. Pero estos porcentajes se distribuyen en otras categorías al momento de requerirles sobre el último método utilizado, puesto que el DIU (22.0%) y el anticonceptivo inyectable (15.8%) son los métodos destacados como de reemplazo de los iniciales. La utilización de los métodos naturales no alcanza al 1 % en ninguno de los espacios de análisis según refirieron las entrevistadas.

El hecho que aparezca la ligadura tubaria entre los métodos de elección últimos explicita una política de los servicios de salud impulsando las diferentes posibilidades existentes en concordancia con el contenido del Programa de Salud Integral de la Mujer. Asimismo un llamado de atención es el 10.9% de mujeres que dijeron no utilizar ningún método al inicio de sus relaciones aún cuando en el otro extremo aparecen todas adhiriendo a alguno, en sus distintas modalidades. (Tabla 4)

Tabla 4. Método Anticonceptivo utilizado por las usuarias (en %)

Método anticonceptivo	Primero (n = 1050)	Último (n = 1054)
Pastillas	58.9	38.8
Preservativo / forro	19.7	11.7
Ninguno	10.9	-
Injectable	5.8	15.8
DIU	3.6	22.2
Cointo interruptus / acaba afuera	0.8	0.7
Métodos naturales	0.3	0.7
Métodos combinados	-	5.2
Ligadura tubaria	-	4.9

Que en valores globales las dos terceras partes de las mujeres que concurren a los efectores municipales (67%) estén haciendo uso de algún método anticonceptivo refuerza el desafío de asegurar la provisión de los mismos y profundizar en las actividades preventivas y de información, las que deben ser permanentes aprovechando las distintas circunstancias de encuentro con los servicios de salud teniendo en cuenta las especialidades con las que estas mujeres contactan más frecuentemente.

La detección precoz de patologías ginecológicas es uno de los objetivos prioritarios del Programa de SIM. Los resultados volcados en el Tabla 5 advierten sobre dos controles periódicos trascendentes para la salud de las mujeres, como son el PAP y el examen mamario aún cuando aparecen como dos situaciones diferentes en cuanto la información presentada. La

realización del PAP para la detección del cáncer del cuello uterino se presenta más incorporado como control de salud, tanto en las prácticas profesionales como en las de la población, puesto que la proporción de mujeres que nunca lo realizaron (14.7%, 22.3% y 23.4%) resulta muy inferior respecto a la ausencia del examen mamario que concentra valores que superan el 50% de las mujeres entrevistadas. Más allá de los guarismos, existiendo medidas preventivas altamente efectivas no debería haber ninguna mujer sin estudios de PAP y examen mamario. Por ello tratándose de población usuaria de los servicios de salud se plantea la necesidad de reorientar las modalidades de intervención a los fines de evitar las oportunidades perdidas para las acciones preventivas que protejan la salud sexual de las mujeres.

Tabla 5. Usuarias que nunca se realizaron PAP y Examen mamario. (en %)

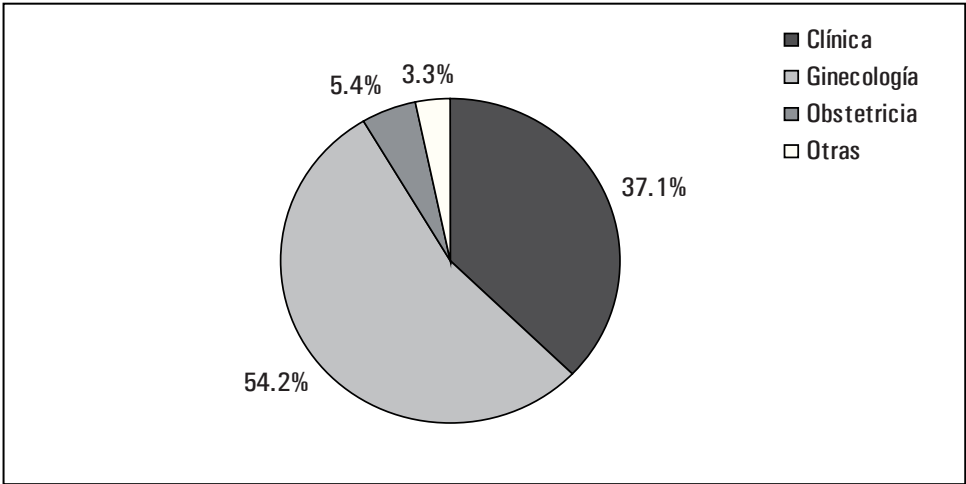
Efector	PAP	Examen mamario
Centros de Salud	14.7	52.1
Maternidad Martin	22.3	64.5
R.S. Peña	23.4	60.5

Utilización de los servicios de salud

Las mujeres que concurren a los CAPS refieren mayoritariamente la utilización de los servicios de Ginecología y de Clínica como las especialidades de preferencia (54.2% y 37.1%), no llama la atención la magnitud de la frecuencia de dichas especialidades dado las características del grupo bajo estudio - mujeres en edad reproductiva-, y la contención que puede darse en tales espacios. (Gráfico 2).

El indicador de utilización reciente de los servicios de salud por las madres entrevistadas en las maternidades fue que el 99% de ellas realizaron consultas prenatales, y en relación con el número de consultas efectivas realizadas, como expresión del cumplimiento de los criterios de seguimiento durante el embarazo, el mismo arrojó un promedio de 7 consultas en ambas maternidades (DS 2.4).

Gráfico 2. Especialidades consultadas por las usuarias de los Centros de salud



Desde la propia visión de la población consultante, la valoración realizada sobre los servicios de salud dio resultados altamente favorables. En los Centros de Salud la continuidad de atención con el mismo profesional fue destacada por las mujeres y alcanzó valores superiores al 90% mientras que en las maternidades resultó algo inferior (87.7% / 85.5%).

La calificación de la atención recibida reúne en los espacios considerados para el estudio valores que se aproximan al 90% al agregar las categorías “muy buena” y “buena”, siendo mejor apreciada la atención

en las maternidades que en los centros de salud. Ambas respuestas deben ser analizadas conjuntamente en tanto se está frente a escenarios complejos y no se recuperaron los argumentos que fundamentaran las diferencias halladas así como también cuales eran los valores que se ponían en juego para dar cuenta de la satisfacción / aceptabilidad de la atención recibida que puede estar vinculado, entre otros motivos, con el tiempo y el vínculo establecido entre la población y los CAPS. (Tabla 6)

Tabla 6. Valoración de la utilización de servicios según las usuarias (en %)

Valoración de la utilización de servicios	Centros de Salud (n = 1054)	Maternidad	
		Martin (n = 204)	R.S.Peña (n = 111)
Atención con mismo profesional			
Siempre	92.7	87.7	85.5
Algunas veces	6.3	11.8	11.8
Nunca	1.0	0.5	2.7
Calificación de la atención			
Muy buena	59.6	83.2	76.4
Buena	27.2	14.3	20.0
Mala	13.2	2.5	3.6

Accesibilidad a las intervenciones de cuidado en salud sexual y reproductiva

El análisis del componente de accesibilidad se operacionalizó a través de preguntas que refirieron, en algunos casos, a modos de actuar y prácticas que facilitan la utilización y la continuidad de la atención por parte de los equipos de salud. Es en este sentido que

en el Tabla 7 se sintetiza la valoración de la atención recibida en términos de condiciones de receptividad, considerando el saludo, la referencia al nombre de pila de las mujeres, del trato y de la explicación e información dispensada sobre de las intervenciones que realizan los profesionales durante los encuentros de atención; en todos los casos la frecuencia superó

el 90% en los Centros de Salud. Se registró mayor variabilidad en las maternidades donde es propicio generar cambios en torno a las modalidades del trato y las relaciones vinculares naturalizadas por el personal de salud para con la población atendida, en particular

el referenciar por el nombre a cada mujer así como la duración de las visitas. Estos modos de establecer la relación médico-paciente se ponen en tensión con el total acuerdo en el trato respetuoso en los servicios de salud indagados (97%).

Tabla 7. Valoración de la atención recibida por las usuarias en los servicios de salud (en %)

Valoración de la atención	Usuarías de Centros de Salud	Maternidades	
		Martin	R. S. Peña
Siempre las trataron por su nombre y apellido	93,3	94,6	45,8
Las saludan al llegar 9	5,8	81,4	85,3
Las trataron con respeto 9	8,3	97,5	97,3
Les explicaron lo que le iban a hacer 9	4,9	79,5	91,1
Es adecuado el tiempo de duración de las visitas	91,2	47,3	70,9
Todo el personal de salud se presentó	-----	50,3	63,5

Así mismo las usuarias atendidas en las maternidades valoraron como muy bueno el trato de los diferentes integrantes del equipo de salud, en especial

los médicos (81.2% / 86.5%) aunque registraron diferencias entre sí respecto al reconocimiento del trato de los administrativos (68,4%/90.7%). (Tabla 8)

Tabla 8. Valoración del trato recibido por el equipo de salud de las Maternidades (en %)

Las usuarias de las maternidades valoraron como muy bueno el trato de:	Maternidad	
	Martin (n=204)	R.S. Peña (n=111)
Trato de los médicos	81.2	86.5
Trato de los enfermeros	78.8	84.7
Trato de las mucamas	73.1	81.1
Trato de los administrativos	68.4	90.7

En ambas instituciones la información transmitida se constituye en uno de los componentes fundamentales de la comunicación de temas que les va a permitir a las mujeres una mejor capacidad de reacción y percepción en cuanto a la oportunidad para establecer contacto con los servicios de salud.

En el Tabla 9 se resume la frecuencia con que las usuarias de los Centros de Salud dijeron haber recibido información preventiva en diversos aspectos; cabe destacar algunos en particular: Enfermedades de transmisión sexual (HIV/SIDA) 56.5%, Controles periódicos de salud 77.8%, Derecho a la atención gratuita 75.9%, Derecho a recibir anticonceptivos gratuitamente 71.9%, Métodos anticonceptivos 61.8%. En contrapartida los hallazgos señalan la necesidad de intensificar la comunicación de temas tales como el aborto 22.3%, la anticoncepción de emergencia

14.4%, y la prevención de la violencia 30.6%.

En las Maternidades, la información recibida por las usuarias tiene contenido diferente a la anterior ya que está vinculada al evento parto / nacimiento y el seguimiento del recién nacido tal como se resume en la citada Tabla 9. Es relevante destacar la diferencia registrada entre las respuestas de las mujeres según la maternidad referida, en este sentido es en la Maternidad del Hospital Roque Sáenz Peña, en la que los integrantes del equipo de salud más frecuentemente comunicaron temas relativos a la utilización de métodos anticonceptivos, la lactancia, los cuidados del recién nacido, el efector asignado para el control y seguimiento del recién nacido así como el trámite administrativo de inscripción del niño, con guarismos significativamente diferentes a lo enunciado por las usuarias de la Maternidad Martin.

Tabla 9. Información recibida por las usuarias de Centros de Salud y Maternidades

● En Centros de Salud			
● Métodos anticonceptivos	61,8%V	violencia	30,6%
● Anticoncepción de emergencia:	14,4%	Derecho a recibir gratuitamente MAC	71,5%
● Aborto:	22,3%	Derecho a una atención gratuita	75,9%
● Enfermedades de transmisión sexual (HIV/SIDA)	56,5%		
● Controles periódicos de salud:	77,8%	Derecho a conocer su H. CL.	61,1%
● En Maternidades			
● Métodos anticonceptivos	MM	36,2%	RSP 62,5%
● Lactancia		74,6%	94,8%
● Cuidados del recién nacido		79,5%	96,9 %
● Inscripción del recién nacido		41,1%	63,5%
● Referencia para control del recién nacido		53,0%	91,7%

La información elaborada problematiza el proceso de atención, y las estrategias de prevención y promoción en salud reproductiva en los servicios de salud involucrados en el proceso evaluativo señalando algu-

nos obstáculos y problemas que, desde los servicios se visualiza que, condicionan las tareas de cuidado relativas a la salud sexual y reproductiva.

Capítulo II: Mujeres y varones en edad reproductiva residentes en las áreas de responsabilidad de los Centros de Atención Primaria

Características socio-demográficas

Las condiciones de vida de la población que vive en las zonas de referencia de los cinco CAPS seleccionados reúnen características de alta vulnerabilidad socio-económica.

Se trata de áreas geográficas cuyos rasgos poblacionales más destacados se resumen en que el 10% de los varones y las mujeres nunca accedió a la escuela o no alcanzó completar el nivel básico de escolaridad obligatoria, casi la mitad (45%) no posee cobertura de salud y el 13% de las personas subsisten con ingresos de planes sociales.

El análisis multivariado de la información, proveniente de las entrevistas realizadas a mujeres y varones residentes en las áreas de responsabilidad, permitió caracterizar globalmente el nivel socioeconómico del

grupo en estudio; a partir de este comportamiento general se clasificó a las personas encuestadas en tres agrupamientos: las de nivel bajo conformada por las personas que habitan en viviendas que tienen mayor precariedad y tienen niveles de instrucción muy bajos; las de nivel medio en las que se ubicaron las personas que no tienen cobertura de salud, no tienen gas natural instalado en sus viviendas y no completaron el nivel secundario y el agrupamiento de nivel alto que agrupa a las personas que están en mejores condiciones socioeconómicas y al menos completaron el nivel secundario (Análisis de Clusters).

En la Tabla 10 se resumen las características destacadas de cada grupo como modo de visualizar y reconocer la heterogeneidad poblacional en los espacios donde transcurren sus vidas y en consecuencia, la necesidad de que la oferta de servicios se adecue a las variadas realidades encontradas, teniendo en cuenta el principio de justicia.

Tabla 10. Perfil socioeconómico global de la población por agrupamiento

Agrupamiento socioeconómico	Nro. de Entrevistados/as	Rasgos destacados
ALTO	323	- 83% tiene un nivel secundario completo - 15,5% tiene un nivel superior completo - 79% tiene cobertura de salud - 77,4% tiene gas natural - 83% vive en hogares donde ningún miembro recibe planes sociales
MEDIO	385	- El 98% tiene un nivel básico completo o secundario completo - El 99% tiene baño dentro de la vivienda - El 52% no tiene cobertura de salud - El 52,5% no tiene gas natural
BAJO	111	- Casi el 58% no tiene instrucción o tiene nivel básico incompleto - 36% tiene baño fuera de la vivienda - 52% habita viviendas de tipo inconveniente - 47% vive en condiciones de hacinamiento - 91% no tiene gas natural - 87% no tiene cobertura de salud - 64% vive en hogares donde al menos un miembro recibe planes sociales - 60% no trabaja

Concepciones y prácticas de cuidados en salud sexual y reproductiva

El 62,5% de las personas encuestadas comunica tener hijos, observándose que la proporción de mujeres

que refieren tenerlos, es mayor que la proporción de varones que lo mencionan. (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de la población según tenga o no hijos, nacidos muertos y pérdidas de embarazos

Tiene Hijos	Frecuencia	%
Si	512	62,5
No	307	37,5
Total	819	100
Hijo nacido muerto		
Si	38	4,6
No	781	95,4
Total	819	100
Pérdida de embarazo		
Si	115	14,1
No	703	85,9
Total	818 _a	100
Número de embarazos perdidos		
1	88	76,5
2	21	18,3
3	4	3,5
42		1,7
Total	115	100

El 50% de las personas encuestadas que son padres, tenían 22 años o menos cuando nació su primer hijo aunque es destacable mencionar que el 25% de las personas encuestadas tenían entre 13 y 19 años al momento de nacer su primer hijo; y a medida que se incrementa el nivel de instrucción de la población aumenta la edad promedio de las personas al momento de nacer su primer hijo.

Vinculado al nivel de información y a las prácticas anticonceptivas, casi la mitad de las personas encuestadas no utilizó ningún método anticonceptivo antes del primer embarazo o primer hijo (47,9 %), y entre las que lo usaron prevalecen los anticonceptivos orales (61,8%) y el preservativo (29,4%) como método de elección; esta distribución se completa con la mención de otros métodos que son referidos con baja frecuencia (8,8%).

El 58,2% de las personas encuestadas manifestó haber planificado todos sus embarazos, mientras que un 21,2% no pudo planificar ninguno y un 20,6% sólo algunos. Los motivos referidos por los cuales no pudieron hacerlo se menciona en primer lugar el “No cuidado” en algo más de la mitad de los entrevistados (55%), muy alejado en frecuencia la falla en el método anticonceptivo (17,9%), el desconocimiento de cómo cuidarse (10,6%), el resto de los motivos con muy baja frecuencia de presentación individual refieren a motivos religiosos, descuidos y mal uso de la anticoncepción entre otros (16,5%).

En las distintas instancias de pregunta en torno a la utilización de métodos anticonceptivos, se verifica una alta consistencia en las respuestas, ya que en todos los momentos: antes del primer embarazo, el primer método utilizado y el actual los mismos méto-

dos concentran la mayor frecuencia de respuesta en tanto que el resto con algunas variaciones en el orden de aparición se hallan muy lejos de las elecciones enunciadas.

Al momento de realizarse el estudio, algo más de las dos terceras partes de la población dijo utilizar algún método anticonceptivo (67%), de ese total un 45,4% usa preservativo, un 38,2% pastillas y un 16,4% utiliza el DIU.

El médico continúa siendo el profesional de preferencia para asesorar con relación al cuidado anticonceptivo (59,3%), mientras que la elección personal alcanzó el 25,1% y la información proveniente de otra persona –amigas, vecinas- representa el 15,6%.

La opinión de las parejas en la elección del método si bien tiene alguna presencia, resulta uno de los ejes a fortalecer como responsabilidad compartida desde los propios servicios de salud, puesto que casi el 38% de las parejas de las personas encuestadas no interviene en el cuidado anticonceptivo. De las 315 entrevistas en las que la pareja interviene activamente en el cuidado anticonceptivo, el modo de participación se vincula de manera directa con la propia utilización del método (81,3%) y en el resto de los casos se refiere el acompañamiento y el diálogo en proporciones equivalentes (18,7%).

Los motivos por los cuales las parejas no intervienen en el cuidado anticonceptivo se menciona, en más de las tres cuartas partes de las oportunidades (76,5%), que las mujeres son quienes asumen la responsabilidad en el cuidado de salud sexual y reproductiva, y el resto considera que, por el método que utilizan (DIU, ligadura tubaria) no es necesaria la intervención de la pareja.

Aquellas personas que no usan ningún método anticonceptivo en la actualidad (270) apoyan su decisión en que no tienen pareja o relaciones sexuales (29,5%), porque nunca tuvieron relaciones sexuales (12,7%), están cursando un embarazo (12,7%) o la situación de menopausia (16%), luego refieren una variedad de motivos con baja frecuencia cada uno: buscar un hijo, creencias religiosas, no poder tener hijos, haber transitado por intervenciones médicas alguno de los integrantes de la pareja, entre otros y acumulan el 29,1% restante.

Los métodos anticonceptivos de mayor seguridad para evitar un embarazo, según la percepción de la población, son las pastillas (37%), el preservativo (27,9%) y el DIU (20,7%); los restantes aluden a diferentes métodos en el que cada uno concentra una frecuencia muy baja (14,4%). Algo más del 66%

de los entrevistados no conoce la anticoncepción de emergencia, este dato debe correlacionarse con la no utilización ni la oferta a las mujeres del mismo por parte de los equipos de salud. La proporción de mujeres que conocen la anticoncepción de emergencia es significativamente mayor que la proporción de varones que la conocen (43,1% y 24,6% respectivamente)

Independientemente del método anticonceptivo elegido el acceso a los mismos se realiza en más de la mitad a través de la provisión personal de las mujeres en las farmacias cercanas (55%) o por dispensación en los Centros de Salud municipales (24%), se refirieron con muy baja frecuencia (kiosco, centros de salud provinciales, hospitales) al resto de los lugares a los que concurren (21%).

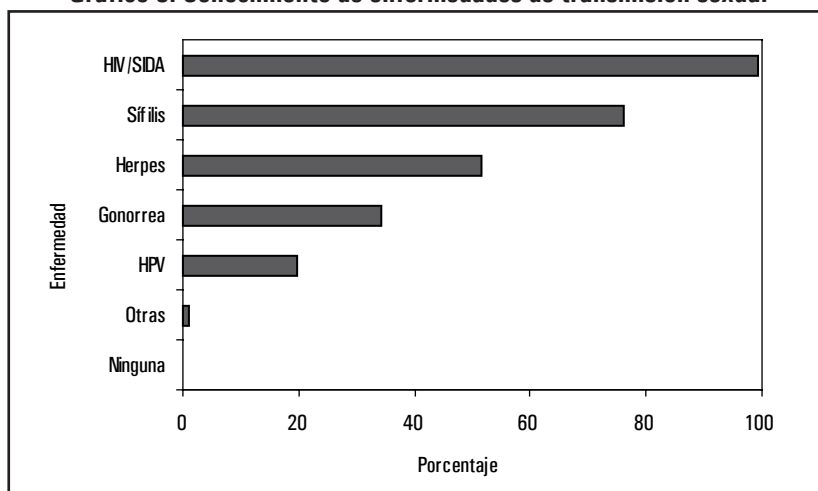
Un aspecto relevante sobre el cuidado de la salud integral de las mujeres se halló en que el 72,3% concurre al médico para la realización del PAP como control ginecológico y la mitad de ellas (51,5%) lo había realizado hacía menos de un año.

Las mujeres que no concurren al médico para la realización del PAP argumentan que no lo hacen porque el médico nunca se los indicó, porque nunca tuvieron relaciones sexuales, por descuido o vagancia o porque no lo creen necesario, entre otros motivos. Asimismo cabe mencionar que la información del 21% de las mujeres que nunca se realizó este estudio se constituye en un disparador para la gestión en la medida que se instrumenten intervenciones que capten a la totalidad de las mujeres con acciones preventivas.

Los resultados de realización del método de detección del cáncer de cuello uterino contrasta con el porcentaje de las mujeres que concurren al médico para la realización del examen mamario (57,9%). Quiénes lo hacen, manifestaron que se lo realizan en su mayoría por control y para descartar problemas. Mientras que el grupo de mujeres que no concurren a la consulta para el examen mamario, en su mayoría, declararon que nunca se lo hicieron porque el ginecólogo no se los hizo o solicitó, porque no van al médico, porque todavía no se lo hicieron y porque no lo creen necesario, entre otros motivos.

Entre las enfermedades de transmisión sexual, el HIV/SIDA es conocido por casi la totalidad de las personas encuestadas que residen en las distintas áreas de responsabilidad de los Centros de Salud seleccionados; mientras que el HPV es el problema de salud menos identificado como enfermedad de transmisión sexual, siendo sólo referido en un 19,8% de las personas encuestadas. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Conocimiento de enfermedades de transmisión sexual



El 91,6% de las personas afirmaron que conocen las formas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual; su conocimiento se incrementa a medida que aumenta el nivel de instrucción de la población, alcanzando la máxima proporción en el grupo de entrevistados/as que tiene un nivel educativo superior completo.

A pesar del alto nivel de información que posee la población sobre el VIH/SIDA, se halló que alrededor del 52% de las personas encuestadas manifestó no haberse realizado nunca el análisis de detección. La proporción de personas que se realizaron el test del VIH/SIDA supera el 71% entre los 30 y los 39 años, y disminuye considerablemente entre los encuestados menores de 15 años y mayores de 50 años. Cabe mencionar entre quienes se realizaron el test de VIH/SIDA: el 56,6% de las mujeres entrevistadas se lo hicieron, mientras que este porcentaje disminuye significativamente al 39,6% entre los varones.

Del análisis conjunto de todas las variables que tienen que ver con los cuidados en salud sexual y reproductiva presentados hasta este momento y las tres variables estratificadoras que se consideraron en este estudio: la edad, el nivel de instrucción y el nivel socioeconómico; surgen algunos hallazgos a destacar: que a medida que aumenta la edad de los entrevistados, se incrementa su conocimiento general sobre las enfermedades de transmisión sexual, las formas de evitar su contagio y la anticoncepción de emergencia. En este sentido y como ejemplo, las modalidades de

respuesta en el grupo de edad de 15 a 19 años se agrupan alrededor de aquellas que referían desconocer distintas enfermedades de transmisión sexual o la anticoncepción de emergencia o el inyectable como el método más seguro para evitar un embarazo. En cambio entre los 40 a 49 y 50 a 54 años las respuestas se hallan cercanas al conocimiento de sífilis como enfermedad de transmisión sexual y al conocimiento de la anticoncepción de emergencia.

Con relación al nivel de instrucción surge que en las distintas categorías consideradas se denota que a medida que aumenta el nivel de instrucción de las personas encuestadas, aumenta su conocimiento general sobre las enfermedades de transmisión sexual, las formas de evitar su contagio y la anticoncepción de emergencia. La modalidad de respuesta “Método más seguro para evitar un embarazo: Ligadura tubaria” se encuentra asociada con los entrevistados con los niveles de instrucción más altos.

Como ejemplo se menciona que el nivel sin instrucción o nivel básico incompleto se encontró asociado con la modalidad de respuesta no sabe como evitar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual.

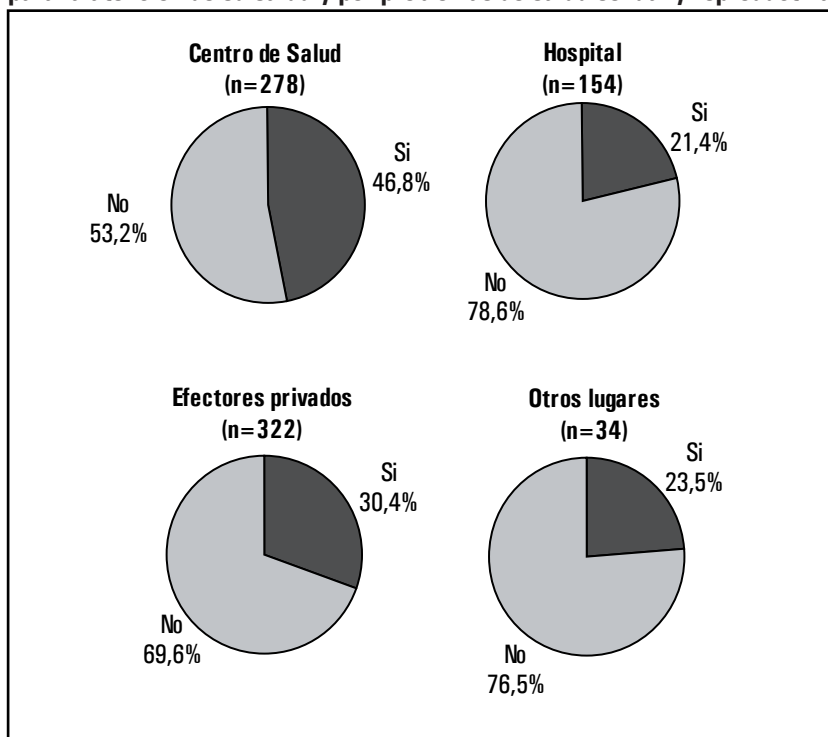
Por último al considerar el nivel socioeconómico se visualiza que a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas encuestadas, disminuye su conocimiento general sobre las enfermedades de transmisión sexual, las formas de evitar su contagio y la anticoncepción de emergencia.

Accesibilidad a las intervenciones de cuidado en salud sexual y reproductiva

Los resultados correspondientes a las distintas dimensiones que se incluyeron en el concepto de accesibilidad, expresan el modo en el que la población

da cuenta de su trayectoria en los servicios de salud y de la visión que de los mismos construyen acerca de la calificación de la admisión, de la atención recibida, del trato recibido y de la autorización de prácticas.

Gráfico 4. Distribución de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud y por problemas de salud sexual y reproductiva

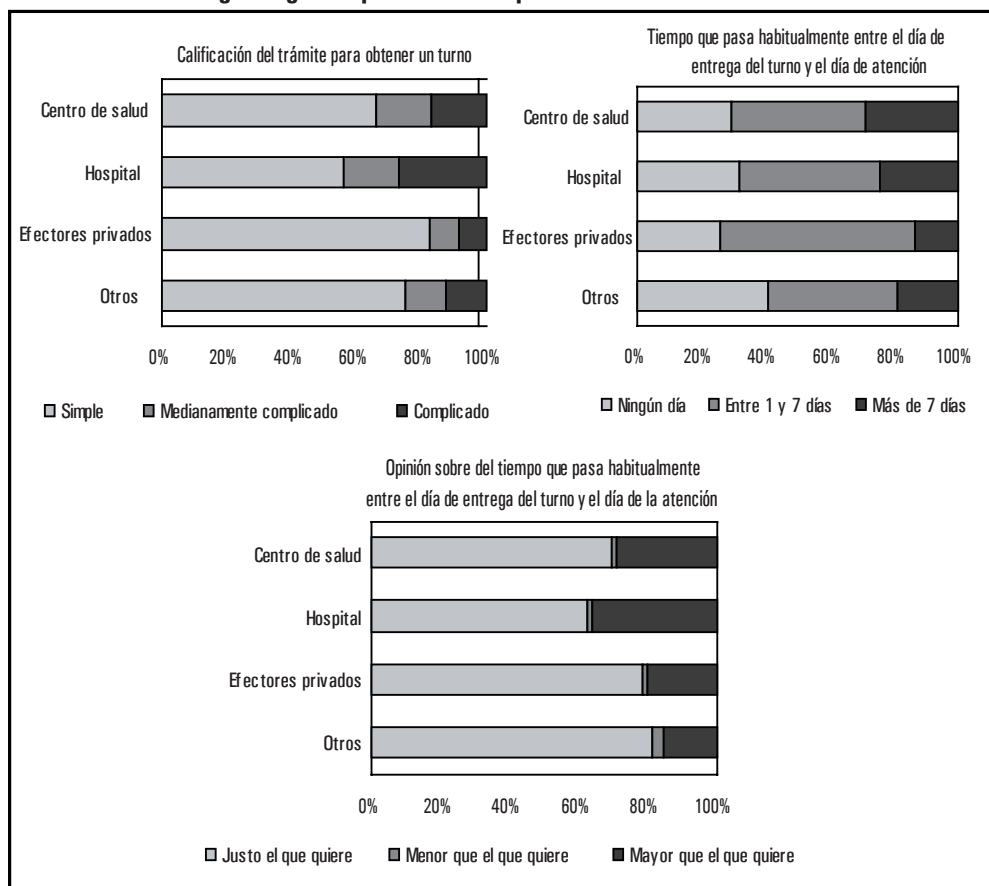


Algo más de la tercera parte del grupo en estudio (34,1%) consultó, independientemente del lugar, por algún problema específico de salud sexual y reproductiva. En el Gráfico 4 aparece como este porcentaje de población consultante es diferente según los establecimientos a los que se haga referencia; es el Centro de Salud el lugar en el que las y los entrevistados/os más frecuentemente accedieron a la consulta por tales problemas.

Si bien, al considerar el conjunto de instituciones de salud señaladas por la población, el 65,6% de los entrevistados manifiestan acceder a la consulta de atención en el día; sus valoraciones acerca de las posibilidades de concretar una consulta en un tiempo acotado están significativamente relacionadas con el lugar de atención.

Entre aquellos que se atienden en los efectores que pertenecen al sector privado, cerca del 83% calificó como simple al trámite para obtener un turno. El 60,6% reconoce una espera de entre 1 y 7 días para la atención y la mayoría (78,4%) opina que este tiempo se ajusta a sus necesidades. Mientras que la población que concurre a los Centros de Salud, un 19% lo calificó como complicado y otra proporción similar como medianamente complicado con diferencias en cada uno de los Centros. El 28,8% declaró que habitualmente transcurren más de 7 días para la atención, y el 30% manifiesta que esta espera es mayor a su expectativa. (Gráfico 5)

Gráfico 5. Valoración de la admisión por parte de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud



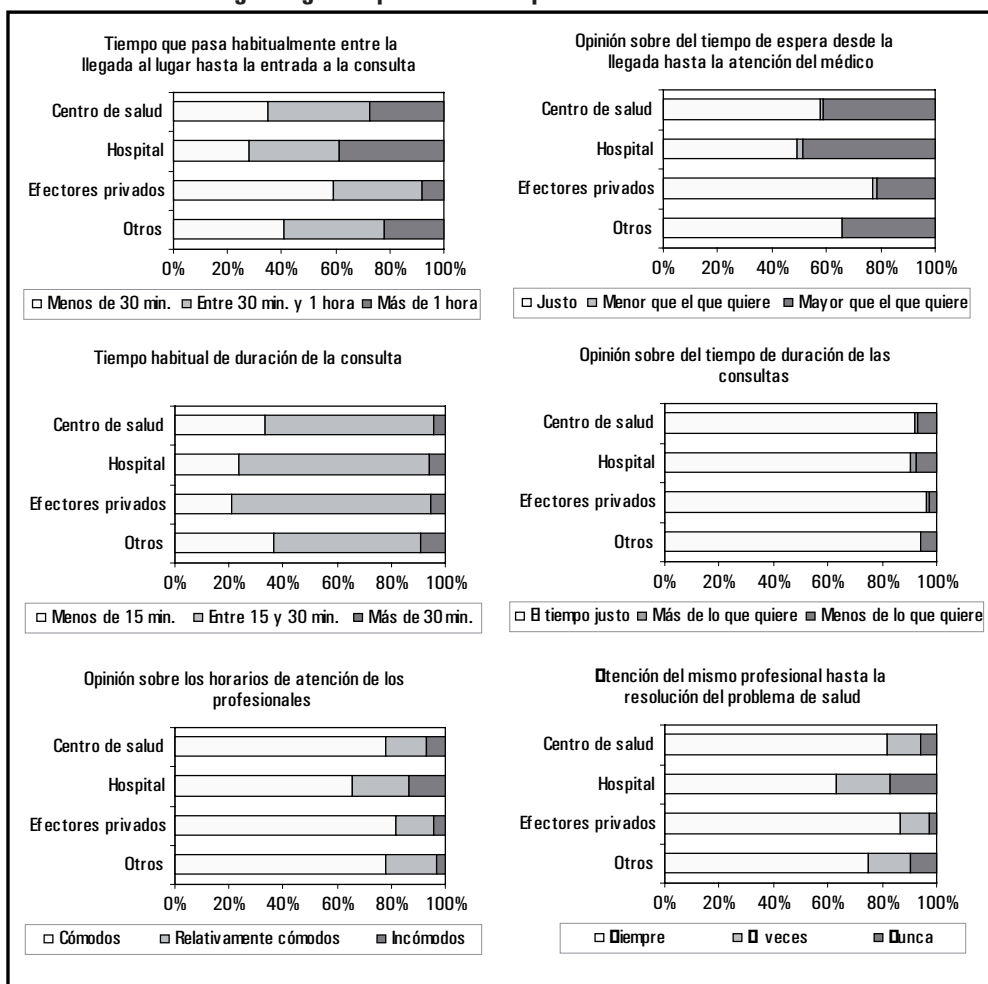
El tiempo que transcurre habitualmente entre la llegada al lugar y la entrada a la consulta así como la percepción de la duración de las consultas y los horarios de atención están significativamente relacionados con el lugar de atención y con la valoración acerca de la continuidad de la atención y seguimiento por el mismo profesional (Gráfico 6).

En efectores del sector privado, el 91.8% manifestó que habitualmente transcurre menos de una hora entre la llegada al lugar de atención y el inicio de la atención; y lo aceptan como el tiempo justo en el 77% de los casos. El 73,4% relata una duración entre 15 y 30 minutos de las consultas. Para el 82% los horarios de atención les resultan cómodos respecto a sus tareas cotidianas. La población que concurre a los Centros de Salud planteó en un 37.7% que ese tiempo de espera oscila entre 30 minutos y una hora, y el 27.2% manifestó que habitualmente debe esperar más de una hora.

El 41.2% considera este intervalo superior al esperado. Para el 33.5% las consultas duran menos de 15 minutos. Los horarios de atención son adecuados para el 77.9% y más del 80% de las personas destacaron que siempre los atiende el mismo profesional.

En el Hospital el 38,5% espera más de una hora para ser atendido y cerca de la mitad (48.6%) lo considera excesivo; a ello se suma que, un tercio de la población, percibe cierta disconformidad con los horarios de atención. En la misma proporción, la continuidad de la atención por un mismo profesional se presenta sólo en algunas oportunidades o nunca en los establecimientos hospitalarios.

Gráfico 6. Valoración de la atención recibida por parte de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud



Un tópico sustantivo que interesó relevar en la población fue la valoración que mujeres y varones construyen acerca del trato que reciben en la búsqueda de cuidado en salud sexual reproductiva. El tránsito de gente en el consultorio, la presencia de otras personas, escuchar lo que hablan otros profesionales entre sí o con sus pacientes, disponer de un lugar para desvestirse sin ser visto/a públicamente son indicadores que denotan tanto la calidad de la asistencia como el respeto por el derecho a la privacidad, intimidad y confidencialidad de las consultas de salud. Estas situaciones presentaron valores significativamente diferenciales según el lugar de atención (Gráfico 7).

El 87,9% de las personas que concurren a efectores del sector privado para la atención de su salud manifestó que durante la consulta nunca entra o sale

gente del consultorio y no permanecen otras personas en el consultorio en el 94,1% de los casos. El 95,3% no escucha lo que hablan los profesionales entre sí o con otros pacientes. El 80% dispone siempre de un lugar para desvestirse sin ser vista por otros.

En contraposición, en el sector público, la población que concurre a los Centros de Salud, aseguran que esto ocurre siempre o a veces en un 37,4%. El 18% manifiestan que a veces hay otras personas en el consultorio. Y sólo 39,3% de las mujeres atendidas puede desvestirse sin ser vista por otros.

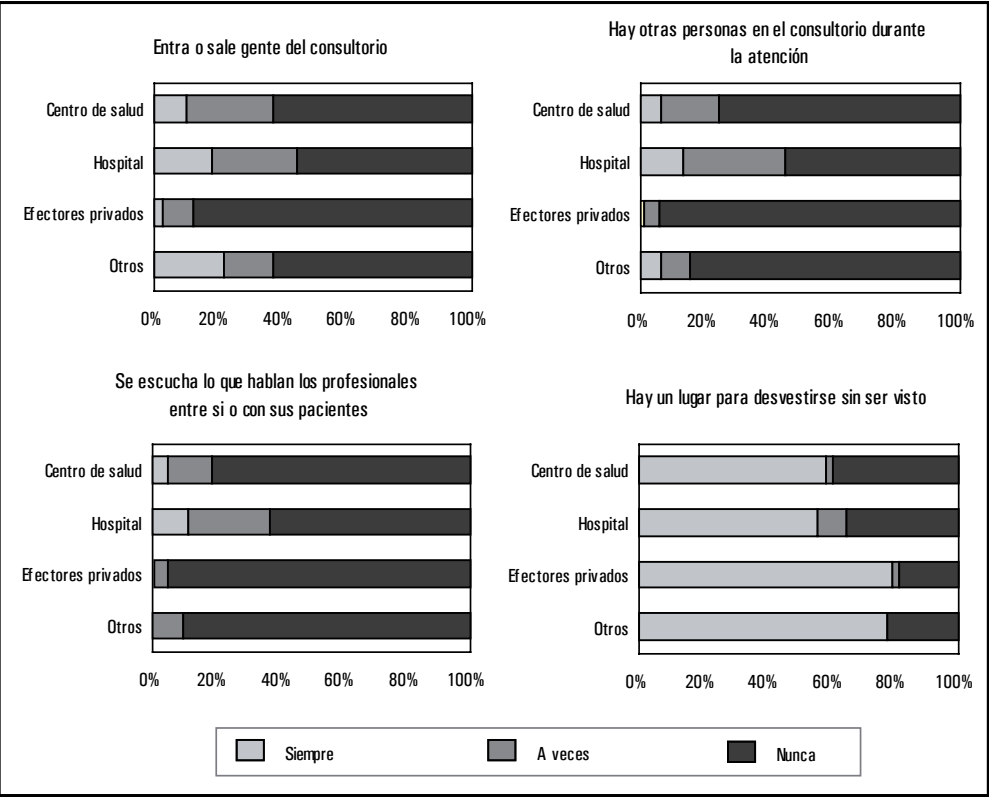
De modo semejante son valoradas las intervenciones asistenciales en los hospitales, puesto que el 44,7% afirman que siempre o a veces transitan diversos trabajadores de salud durante la consulta; y el 32,2% describieron la presencia de otras personas

en algunas oportunidades. El 62,9% nunca escuchan comentarios entre profesionales o entre pacientes.

Las condiciones edilicias presentan diferencias según se trate de un centro de salud y de un hospital,

ya que en éstos aproximadamente la mitad de la población reconoció contar con un lugar íntimo para desvestirse.

Gráfico 7. Valoración del trato recibido durante las consultas por parte de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud

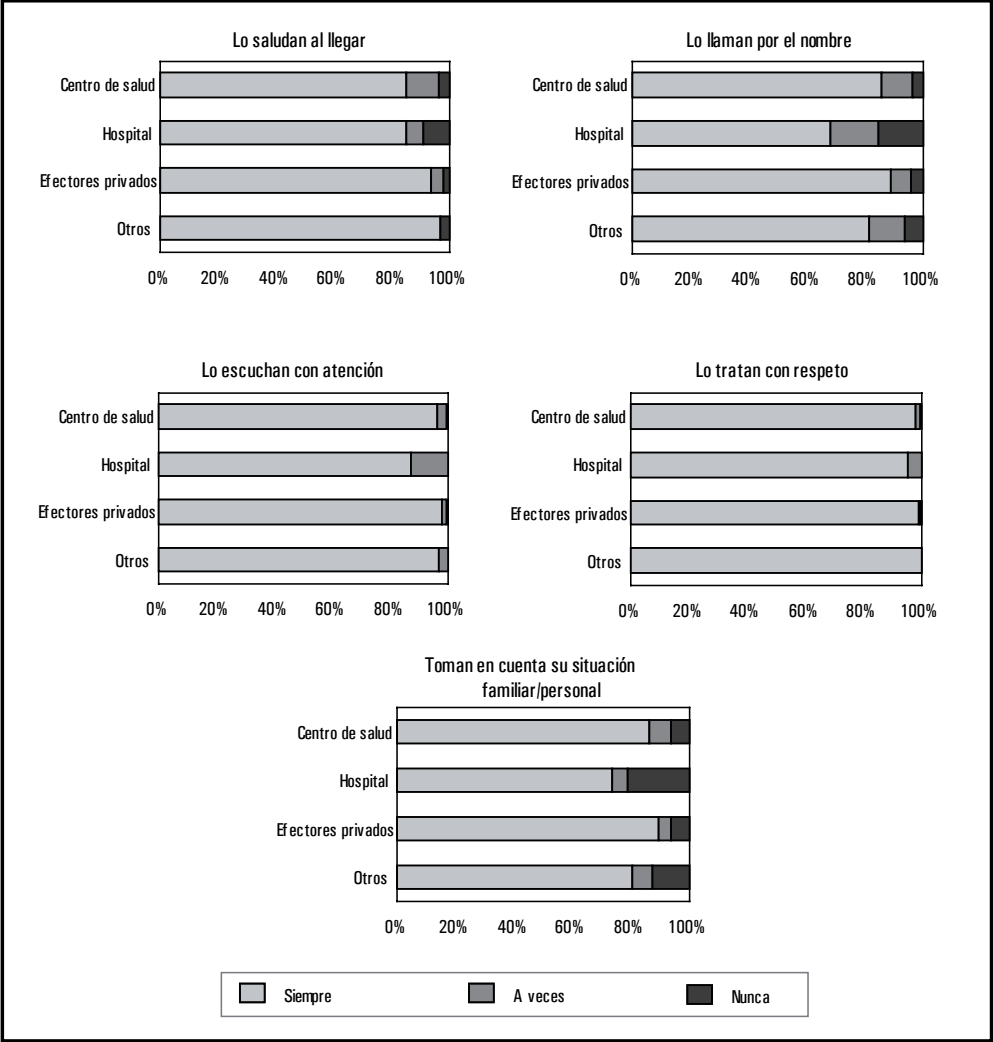


La calificación del trato recibido como componente priorizado para evaluar la accesibilidad de la atención en salud sexual y reproductiva se procuró a través de interrogantes que refirieron acerca del saludo al llegar a la consultas, a la utilización del nombre propio de las y los pacientes, a la escucha atenta por el profesional, al trato respetuoso y a la consideración de las situaciones familiares y personales en la resolución de la ayuda profesional. Al respecto se halló que en la mayoría de las instituciones los integrantes de los equipos de salud saludan y llaman por su nombre al llegar a las y los pacientes, salvo en los hospitales que sólo ocurre en algo más de las dos terceras partes (68%). Concentran

valores importantes la percepción de ser escuchados en el encuentro médico-paciente en el conjunto de los efectores. La valoración acerca de recibir un trato respetuoso “siempre” presentó proporciones disímiles en los hospitales respecto al resto.

En función de las respuestas obtenidas son las instituciones pertenecientes al sector privado y los centros de salud quienes consideran el contexto familiar en una alta proporción (86%), mientras que la población que concurre a los hospitales opina que nunca fue considerada su situación familiar en el 21.3%. (Gráfico 8)

Gráfico 8. Valoración del trato recibido por el equipo de salud por parte de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud

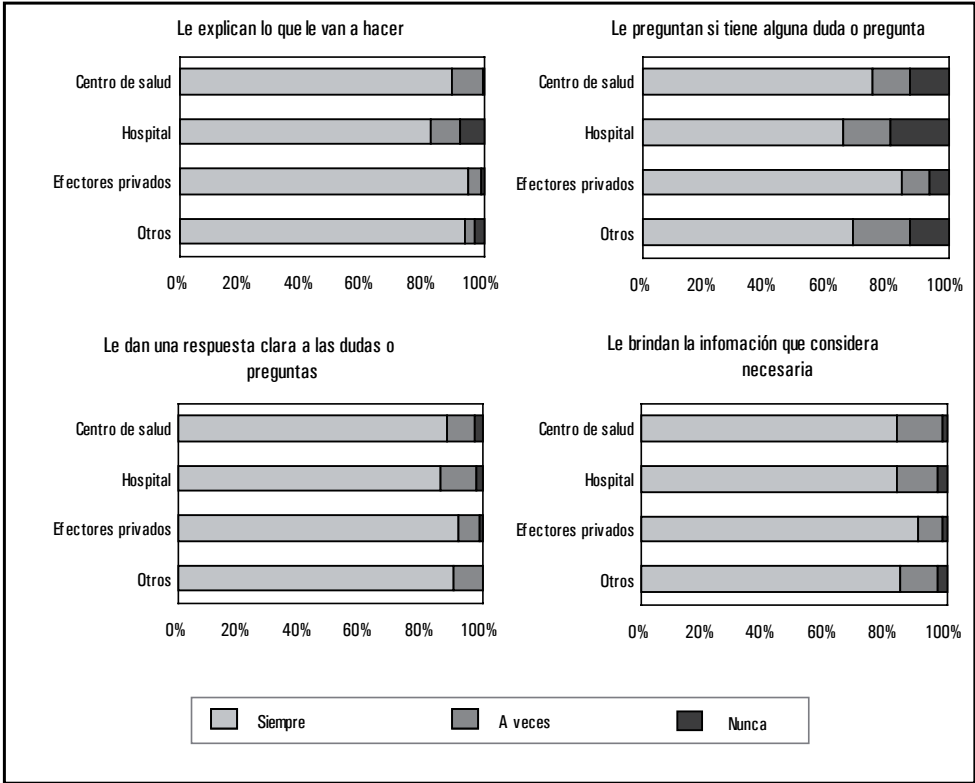


Las respuestas obtenidas ante el requerimiento de : si los médicos le explican al paciente las intervenciones que le van a hacer; si le preguntan si tiene alguna duda o inquietud y si se le brinda la información adecuada sobre su situación de salud, expresan juicios valorativos diferenciales según sea el lugar de atención (Gráfico 9). El 94,4% de las personas usuarias de los efectores del sector privado manifestó que durante la consulta los médicos siempre le explican lo que le van a hacer, el 84,5% dijo ser consultado acerca de dudas e interrogantes y el 90.7% contó con la información necesaria sobre su problema de salud por parte del profesional.

De modo semejante, aproximadamente el 10% de las personas que concurren a Centros de Salud y Hospitales aseguran que esto ocurre “a veces”, aunque algo menos de la cuarta parte dice no recibir aclaración para sus inquietudes o preguntas (24,8%).

En los hospitales sólo un 8% indica que nunca le explican lo que le van a hacer.

Gráfico 9. Valoración del trato recibido de los médicos durante la consulta por parte de las personas según lugar al que concurren para la atención de su salud



En el conjunto de la población consultada, la solicitud de aceptabilidad y autorización de las intervenciones que los profesionales realizan a los y las pacientes aparece como un núcleo crítico del proceso de atención necesario de revertir. El 61,7% de las personas que concurren a efectores del sector privado y el 50% de los y las usuarias del ámbito público explicitaron que solamente “alguna vez” le requirieron autorización durante la consulta para desarrollar una práctica de salud; visibilizando la ausencia del pedido de consentimiento de las intervenciones de salud como una tarea pendiente tanto para los niveles de toma de decisión y gestión como para el devenir cotidiano de las actuaciones profesionales.

Opiniones de la población sobre las situaciones de aborto

Las situaciones de aborto representan un problema social y de salud pública de enorme relevancia en la Argentina, dado que constituye una de las principales causas de muerte materna. Hace ya más de una dé-

cada que tanto organismos internacionales de salud (OPS/OMS) como organizaciones sociales regionales, nacionales y locales incentivan considerar prioritariamente la situación del cuidado y prevención de estos eventos de muertes en el marco de los Programas de Salud Reproductiva. Y se afirma que la mortalidad materna es una prueba definitiva de la condición social de la mujer, de su acceso al sistema de salud y de la adecuación del sistema de salud para responder a sus necesidades. Así la magnitud que adquiere el aborto es un indicador inequívoco que denota las dificultades con que las mujeres se enfrentan para evitar un embarazo no programado, principalmente respecto a la accesibilidad de asesoramiento para el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

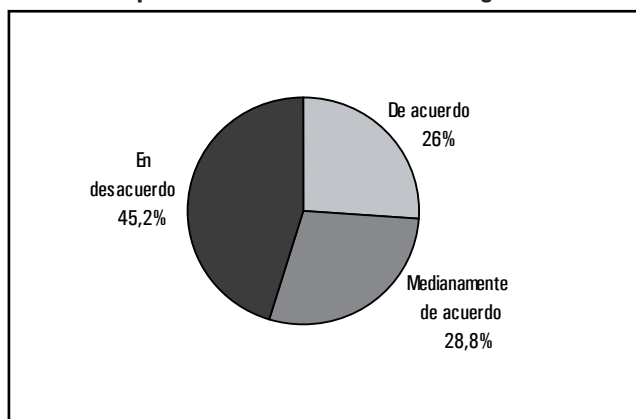
Es por ello que en el contexto más amplio del presente estudio que evalúa la accesibilidad y las estrategias de intervención relativas a la promoción, prevención y asistencia en salud sexual y reproductiva brindadas por el Programa de SIM, se buscó conocer las opiniones sobre la interrupción voluntaria del emba-

razo y la despenalización del aborto desde la visión de la población que vive en las áreas de responsabilidad de los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario.

Los hallazgos de la investigación afirman que el debate y la opinión social acerca de la despenalización del aborto en Argentina indican diversos grados de con-

senso. En la población seleccionada, refirieron “estar de acuerdo” el 26% y “medianamente de acuerdo” en el 28.8% del total de las mujeres y varones participantes en el estudio; mientras que el resto (45.2%) manifestó “desacuerdo” con la situación indagada. (Gráfico 10).

Gráfico 10. Grado de acuerdo con relación a la despenalización del aborto en la Argentina



Las opiniones de acuerdo no están significativamente asociadas al sexo de los encuestados ($X^2_2 = 0,251$ p-asociada = 0,882NS) ni a la zona geográfica donde viven según las áreas seleccionadas ($X^2_8 = 14,453$ p-asociada = 0,071NS). Pero si se encuentran significativamente relacionadas con el rango etáreo de las personas ($X^2_8 = 28,676$ p-asociada = 0,00036***); puesto que a medida que aumenta la edad, crece la proporción de varones y mujeres que manifiestan estar en desacuerdo con la despenalización del aborto. Se suma a ello que cuanto mayor es el nivel de instrucción alcanzado más se amplían la cantidad de las opiniones de acuerdo sobre tal situación. ($X^2_6 = 36,676$ p-asociada = 0,0000***)

Estudios previos llevados a cabo en grandes centros urbanos del país (Petracci 2003, 2004, 2006) que relevan las opiniones de la población acerca del estado actual de la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos dan cuenta que la mayoría de la población está de acuerdo con la interrupción del embarazo en las situaciones definidas como no punibles por el Código Penal. En Argentina, al igual que en otros países de América Latina, la interrupción voluntaria del embarazo se restringe a situaciones particulares. En el Código Penal Argentino, se establecen como situaciones de aborto no punibles: cuando se realiza para evitar un

peligro para la vida o la salud de la madre y dicho peligro no puede evitarse por otros medios, y cuando el embarazo a interrumpir proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente (Capítulo II, Título I, Libro Segundo del Código Penal).

La primacía del acuerdo o del desacuerdo varía conforme las situaciones incluidas en dicha normativa.

En el contexto nacional, la significación positiva de las opiniones vigentes en buena parte de la población argentina manifiesta el acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo en los casos de violación, peligro de vida de la mujer, incompatibilidades del feto con la vida extrauterina, problemas de salud física y psíquica de la mujer (Friedrich Ebert Stiftung, 2004). Aún cuando se presentan percepciones diferenciales entre las distintas regiones y/o países predominan algunas tendencias, como los acuerdos con la interrupción del embarazo en los casos de violación y los desacuerdos en los casos de decisiones electivas de las mujeres.

Con valoraciones semejantes en el municipio de Rosario, las personas entrevistadas acuerdan que una mujer interrumpa el embarazo cuando la gestación es producto de una violación (62.5%), si el embarazo

afecta a una mujer demente o discapacitada (73%), si se trata de una joven menor de 15 años embarazada debido a una violación (62%), y si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina (59,2%). El conjunto de respuestas de acuerdos y desacuerdos frente a las heterogéneas situaciones se presenta en la Tabla 12.

Tabla 12. Grado de acuerdo por parte de las personas frente a la interrupción del embarazo en diferentes circunstancias según la legislación actualmente en vigencia

Grado de acuerdo	Frecuencia	Porcentaje
Si la mujer quedó embarazada debido a una violación		
De acuerdo	492	62,5
Medianamente de acuerdo	67	8,5
En desacuerdo	228	29
Total	787 ^a	100
Si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación		
De acuerdo	574	72,6
Medianamente de acuerdo	44	5,5
En desacuerdo	173	21,9
Total	791 ^b	100
Si una menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación		
De acuerdo	486	62
Medianamente de acuerdo	65	8,3
En desacuerdo	233	29,7
Total	784 ^c	100
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina		
De acuerdo	455	59,2
Medianamente de acuerdo	56	7,3
En desacuerdo	258	33,5
Total	769 ^d	100

Nota a: 32 registros sin información; Nota b: 28 registros sin información; Nota c: 35 registros sin información; Nota d: 50 registros sin información

La edad de las personas entrevistadas está significativamente relacionada con el grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina (X28 = 37,024 p = 0,0000***); el 63% del grupo etáreo entre los 15 y 19 años está en desacuerdo con la interrupción del embarazo en esta circunstancia pero esta proporción disminuye a medida que aumenta la edad de los entrevistados. También las referencias a dicha situación halló relación con el sexo de los entrevistados prevaleciendo mayor aceptabilidad en la población femenina. Mientras que el nivel educativo de las personas encuestadas se relaciona de manera significativa con el grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo si la mujer quedó embarazada debido a una violación (X26 = 27,766 p = 0,000103*** o si el feto tiene una malformación incompatible con la

vida extrauterina (X26 = 24,335 p = 0,00045***). A medida que aumenta el nivel de instrucción, aumenta la proporción de personas que están de acuerdo con la interrupción del embarazo en las circunstancias mencionadas y disminuye la proporción de personas que se manifiestan en desacuerdo.

En la Tabla 13 se exponen las opiniones emitidas frente a situaciones de interrupción del embarazo según las propuestas ampliatorias de la normativa nacional, y se halló acuerdo en el 63.2% de la población en aquellas circunstancias en que la vida de la mujer corre peligro debido al embarazo o parto; con grados de acuerdo diferenciales si la afección involucra la salud física (61.2%) que si el embarazo afecta su salud mental. (52.4%)

Tabla 13. Grado de acuerdo por parte de las personas frente a la interrupción del embarazo en diferentes circunstancias según las propuestas ampliatorias de la norma

Grado de acuerdo	Frecuencia	Porcentaje
Si la mujer corre peligro debido al embarazo o parto		
De acuerdo	486	63,2
Medianamente de acuerdo	86	11,2
En desacuerdo	197	25,6
Total	769 _b	100
Si la salud física de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto		
De acuerdo	471	61,2
Medianamente de acuerdo	92	11,9
En desacuerdo	207	26,9
Total	770 _a	100
Si la salud mental de una mujer es afectada por el embarazo o el parto		
De acuerdo	398	52,4
Medianamente de acuerdo	103	13,6
En desacuerdo	258	34
Total	759 _c	100

Nota a: 50 registros sin información; b: 49 registros sin información; c: 60 registros sin información

En estas últimas circunstancias la edad de las personas entrevistadas está significativamente relacionada con su grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo si la salud física de una mujer corre peligro debido al embarazo o parto ($X^2 = 15,99$ $p = 0,0425^*$) o si la salud mental de una mujer es afectada por el embarazo o parto ($X^2 = 15,99$ $p = 0,0425^*$). El grupo de personas que tiene entre 15 y 29 años muestra una mayor proporción de opiniones que desacuerdan con la interrupción del embarazo en la situación mencionada, en comparación con el resto de los encuestados.

A medida que aumenta el nivel de instrucción, se observa un aumento significativo en la proporción de

personas que están de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer corre peligro debido al embarazo o parto. ($X^2 = 14,735$ $p = 0,0224^*$).

Las respuestas obtenidas resultaron diferenciales entre la población del área de responsabilidad de los respectivos Centros de Salud incluidos en el estudio.

Respecto a la interrupción del embarazo ante diferentes circunstancias la población expresó su opinión al respecto (Tabla 14): el 82% de las personas encuestadas está en desacuerdo con que una mujer interrumpa el embarazo cuando ella y su familia carecen de recursos económicos para criar un hijo/a y el 88,4% dijo estar en desacuerdo con que una mujer interrumpa el embarazo porque quedó embarazada.

Tabla 14. Grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo en diferentes circunstancias

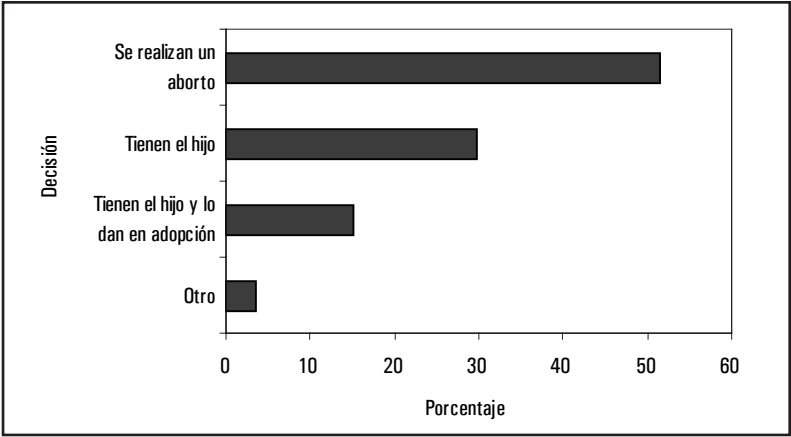
Grado de acuerdo	Frecuencia	Porcentaje
Si la mujer y su familia carecen de recursos económicos para criar un hijo/a		
De acuerdo	95	12
Medianamente de acuerdo	48	6
En desacuerdo	650	82
Total	793 _a	100
Si la mujer quedó embarazada		
De acuerdo	64	8
Medianamente de acuerdo	29	3,6
En desacuerdo	705	88,4
Total	798 _b	100

Nota a: 26 registros sin información; b: 21 registros sin información

Asimismo la edad de las personas encuestadas está significativamente relacionada con el grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo, en los casos en que no existe otra situación secundaria más que el sólo hecho de estar embarazada ($X^2 = 16,645$ $p = 0,034^*$), dado que a medida que aumenta la edad, incrementa la proporción de personas que están de acuerdo con la interrupción del embarazo en esta circunstancia.

Cuando se consultó su opinión sobre la decisión tomada por la mayoría de las mujeres frente a un embarazo no planificado el 51,5% respondió que se realizan un aborto, el 29,8% que tienen el hijo y el 15,2% que tienen el hijo y lo dan en adopción (Gráfico 11). Se observa una asociación significativa entre la opinión vertida sobre este tema según condiciones de género, dado que las opiniones significadas por las mujeres son representativamente superiores a la de los varones (59,1% y 43,4% respectivamente).

Gráfico 11
Opinión acerca de la decisión a tomar por las mujeres
frente a un embarazo no planificado



Al analizar el comportamiento conjunto de aquellas variables consideradas centrales en función del objetivo perseguido; las mismas son: grado de acuerdo con relación a la despenalización del aborto en la Argentina; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer quedó embarazada debido a una violación; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si una menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer corre peligro debido al embarazo o parto; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la salud física de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la salud mental de una mujer es afectada por el embarazo o el parto; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer y

su familia carecen de recursos económicos para criar un hijo/a; grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer quedó embarazada sin haberlo programado; la decisión tomada por la mayoría de las mujeres frente a un embarazo no deseado y la mención del conocimiento de alguna persona que se haya realizado un aborto.

Por un lado aparecen como variables que más contribuyen: el grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si la mujer quedó embarazada debido a una violación, si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación y si una menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación. El otro conjunto de variables que tienen más peso son el grado de acuerdo con la interrupción del embarazo si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación y si la salud física de una mujer corre peligro debido al embarazo o el parto.

Se agrupan hacia un lado las categorías que muestran el grado de acuerdo con la interrupción del embarazo en las circunstancias planteadas anterior-

mente. En cambio, en el otro extremo aparecen las categorías que indican un desacuerdo con la interrupción del embarazo en dichas situaciones. Todas las categorías que refieren a un acuerdo de nivel medio en las respuestas se ubican en forma conjunta.

Otro grupo de respuestas destacado refiere a las de personas encuestadas que no saben cual es su grado de acuerdo frente a la interrupción del embarazo en todas las circunstancias planteadas en el cuestionario.

Al incluir en el análisis las condiciones de vida de la población el comportamiento refleja que a medida que aumenta el nivel socioeconómico de los encuestados aumenta el grado de acuerdo con la interrupción del embarazo en las situaciones planteadas.

De manera que el conjunto de información referente a bajo qué modalidades y situaciones particulares conllevan la decisión de realizar un aborto así como las opiniones sobre aquellas circunstancias de aceptación y/o desaprobación de la interrupción de los embarazos desde la perspectiva de la población se presenta como un insumo útil para reorientar los servicios de salud fortaleciendo la accesibilidad de los procesos de atención a la vez de, direccionar sus estrategias en pos del reconocimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones.

Reflexiones finales

Del proceso de investigación puede afirmarse que los hallazgos brindaron insumos para redireccionar el trabajo cotidiano de los equipos de trabajo participantes en acciones relativas a la salud sexual y reproductiva.

A partir de los resultados presentados es posible centrar la reflexión en:

- La necesidad de diseñar intervenciones específicas acordes a las características del grupo estudiado para facilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud destacándose, que algo menos las dos terceras partes de la población encuestada, presenta un perfil socioeconómico medio o bajo y que el 20% de las mujeres usuarias refiere un escaso o nulo nivel de instrucción condicionando la modalidad de uso del servicio de salud.

- Que el 68.5% de las mujeres tienen hijos/as antes de los 20 años amerita problematizar el rol social y cultural que la maternidad representa en nuestra sociedad. Estos resultados concuerdan con información de mujeres atendidas en las maternidades cuyas madres o abuelas tuvieron hijos/as en edades tempranas, visibilizando la necesidad de incluir

perspectivas de historia generacional vinculada a la maternidad precoz.

- La alta frecuencia de referencia a los métodos anticonceptivos tradicionales -preservativo y pastillas- con relación a otros métodos disponibles es un indicador que orienta a establecer estrategias comunicacionales y de divulgación de la diversidad de oferta de los medios preventivos. En este mismo sentido cabe destacar que a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas encuestadas, disminuye su conocimiento general sobre las enfermedades de transmisión sexual, las formas de evitar su contagio y la anticoncepción de emergencia.

- Para asegurar la captación de la totalidad de población de responsabilidad de los centros de salud se requiere el diseño de intervenciones que involucren a los diferentes actores comprometidos en el proceso de atención si se considera la moderada o baja realización de los estudios de PAP y examen mamario según lo expresado por el grupo de mujeres.

- La organización integrada de los equipos de salud puede constituirse en un facilitador de los procesos de atención; de los resultados obtenidos se desprende que los profesionales de tocoginecología se visualiza por la población como profesionales de referencia cuando en la gestión se los considera profesionales matriciales.

- Las valoraciones de los procedimientos de admisión, la atención recibida, el trato recibido, el tiempo transcurrido en el efector; presentan variabilidad de acuerdo a los espacios específicos a los que las y los usuarias/os hacen referencia para sus respuestas de salud.

- Al igual que aseveran diversas autoras (Szás 1997; Gómez Gómez 2002), una proporción significativamente mayor de mujeres que de hombres manifestó concurrir al Centro de Salud para el cuidado de su salud.

En este estudio se registraron conductas diferentes según género ante la búsqueda de ayuda para la atención de la salud; los modos de utilización, las prácticas y los rasgos de accesibilidad; son las mujeres quienes construyen estrategias particulares para resolver sus problemas de salud sexual y reproductiva. Si se conocen las trayectorias y las opiniones de la población es posible construir el mapa de actores involucrados en la temática abordada. Que los hombres no concurren a efectores de salud para hacerse atender pone en discusión la necesidad de delinear estrategias que permitan el acercamiento de este grupo particular.

- El grado de aceptabilidad de la interrupción

voluntaria del embarazo aumenta a medida que se incrementa la edad y el nivel de instrucción, rasgos que resultan condicionantes positivos para la sensibilización en torno a esta problemática. Con igual direccionalidad se halló que el nivel económico y social de las y los entrevistadas/os es un elemento estratificador sobre la situación del aborto, y pone en escena la necesidad que desde los servicios de salud se adecuen las intervenciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva en función de las características de la población.

- Las situaciones con las que se acuerda en mayor medida son las que contempla el Código Penal y se hallan más desacuerdos en las situaciones que involucran las dimensiones sociales y subjetivas particulares de las mujeres.

- En tanto la problemática del aborto es un tema relativamente ausente en las políticas públicas de salud y sistemáticamente ignorado, tanto por la escasez de información confiable como por la vacancia de estrategias especialmente diseñadas y dirigidas a mujeres que deciden interrumpir un embarazo, se plantea la necesidad de implementar dispositivos institucionales que brinden asesoramiento y atención pre y post aborto de manera programada, continua y adecuada.

En síntesis, el proceso de construcción colectiva de la investigación permitió una mejor apropiación de los resultados obtenidos, potenciando la posibilidad de incorporar modificaciones en los espacios de prácticas de los servicios de salud.

El conjunto de la información elaborada a partir de estas opiniones y percepciones constituye la línea de base para la construcción de una política pública que fortalezca y proteja los derechos sexuales y reproductivos de la población de Rosario; el monitoreo de las intervenciones que, más ajustadas a la realidad, puedan ser implementadas así como la inclusión en la agenda de la gestión de los procesos evaluativos con participación de múltiples actores y diversidad de perspectivas.

Por todo lo anteriormente expuesto el interés del estudio evaluativo se centró en lograr la articulación entre los tomadores de decisión, los servicios de salud y el campo de la investigación; buscando una articulación entre las políticas la organización de los servicios de salud y la producción de conocimiento.

Bibliografía

ABRAMSON, J. H. "Métodos de estudios en medicina comunitaria" Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1990.

ADAY, L. A., ANDERSEN, R. "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica"(53) Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica N° 534. OPS/OMS., Washington, 1992:604-613.

AGUILAR, M. J., ANDER-EGG, E. "Evaluación de servicios y programas sociales", Siglo Veintiuno de España. Madrid, 1992.

ARONNA A., LUPPI I. "Evaluación de servicios de salud: aportes preliminares desde una perspectiva epidemiológica" Revista Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol 7.N° 1 y 2. Rosario Versión electrónica. Año 2006.

CANESQUI, A.M. Consumo e avaliação dos serviços de saúde Pesquisa Social em Saúde- VI População y Serviços de Saúde. Centro de Estudos e Desenvolvimento de Pesquisa Social em Saúde. Cortez Editora. Sao Paulo, 1991: 175-178.

CEDES. Resumen ejecutivo "Estado de la opinión pública". Buenos Aires 2003, 2004, 2006.

ESTUDIO PRISMA Investigación y Asesoramiento para ELA Justicia y Género "Situación y percepción de las mujeres argentinas acerca de sus condiciones de vida Capítulo V Conciencia de Género y Capítulo VI Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires, Octubre 2006.

FERREIRA A.S. Management competencies for basic units of the Health Care System. Ciênc. Saúde coletiva. [serial on the Internet]. 2004 [cited 2007 June 13]; 9 (1):69-76. http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413

FIGUEROA PEREA J. G. Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en las políticas de salud reproductiva en México. El Colegio de México. Salud Pública de México, México, 2007, Vol. 49, pp. E166-E178.

FRENK, J. "El concepto y la medición de la accesibilidad" (80). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación científica N° 534. OPS/OMS. Washington, 1992: 929-943.

GOGNA, S; RAMOS, S; ROMERO, M. "La salud reproductiva en Argentina: estado de situación y problemas críticos", CEDES. Buenos Aires, Argentina. Año 1997. Mimeo.

GÓMEZ GÓMEZ, E. "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica" -

Rev. Panamericana de Salud Pública - V. 11 Nº 5-6. Washington, mayo/junio 2002

FRIEDRICH EBERT STIFTUNG. "Estudio Nacional de Opinión Pública derechos reproductivos, Aborto y Violencia Sexual" Síntesis de Resultados. KNACK Investigación y Consultoría. Noviembre 2004. www.knack.com.ar

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE – MINISTERIO DE SALUD Ley Provincial de procreación responsable. Año 2001.

LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE. HONORABLE SENADO Ley reglamentaria de atención postaborto con sanción del 29 de mayo de 2009.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN- COMISIÓN SALUD INVESTIGA –CEDES- CENEP RAMOS S., PANTALIDES E. (Coordinadoras generales) "Morbilidad materna severa en la Argentina: prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto" – Estudio Colaborativo. Buenos Aires, 2007.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN/ DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD (2008). Estadísticas Vitales: Información Básica 2007, Serie 5, Nro. 49, Buenos Aires, Argentina: MINSAL/DEIS.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Ordenanza 6244/97 de Programa de Procreación responsable Rosario, 1997.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Ordenanza 8186 Protocolo Integral para la Mujer en casos de aborto no punible.

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Ordenanza Municipal Nº 7282 de Anticoncepción de Emergencia Año 2001

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Ordenanza Municipal 8027 de Métodos de anticoncepción quirúrgica.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra, Suiza: OMS. Año 2003.

ORTEGA CANTO, J.: "Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán, México". Salud Colectiva, Vol. 2 Nº 1, Buenos Aires, enero-abril 2006.

PETRACCI M. "Opinión pública sobre la interrupción voluntaria del embarazo y despenalización del aborto en la Argentina y América Latina". Despenalización.org.ar. Nº1. Abril, 2007 pública sobre interrupción

RAMOS S. ET.AL. "Monitoreo de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos

en la Ciudad de Buenos Aires" CEDES. Buenos Aires, Argentina. Disponible en www.Cedes.org.ar

ROMERO M.Y MACEIRA D. (eds). Iniciativa por los derechos sexuales y reproductivos en las reformas del sector salud: América latina. Escrito para la Iniciativa por los derechos sexuales y reproductivos en las reformas del sector salud del Cono Sur. Coordinada por el Womens Health Project, Johannesburgo, Sudáfrica, 2004. Nuevos documentos Cedes 2006/20. Cedes Buenos Aires.

SAZS, I.: "Género y salud, algunas reflexiones". Ponencia presentada al IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, 1997. México.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. Programa de Procreación Responsable. Primer documento de trabajo. Año 1997.

Utilización de los efectores de salud por parte de los pobladores de la Vía Honda

Via Honda's settlers: Health services and their utilization

Autores: Rodríguez Alicia (*), Díaz Fernanda (****), Ruiz Luciana (*), Costa Fernando (*)

Equipos de Salud: Centro de Salud Casals: Acosta S., Batellini G, Boggino A., Catallo A., Claus B., Contreras C., Cuadrado E., Dimarco C., Disanti M., García J., Giarda P., Hollidge P., Kresic S., Lescano C., Machado G., Maidana H., Paoletti A., Prieto L., Sosa M., Varela M., Zivcovich F. Estudiantes: Bizarri M, Lombardi R., Morales F., Palacios P. Coordinadora : Tobín P.

Centro de Salud Champagnat: Alvarez G., Asmores M., Bustamante N., Dimarco C., Gomíto G., Gonzalez L., Jullier D., Mardoni D., Marmiroli L., Pastoruti G., Reververis A., Rinaldi G., Viarengo T. Coordinadora: Galende S.

Colaboradores:

Quinteros Z. T. de y Huerta A. en el diseño del proyecto de investigación y participación en el trabajo de campo (*), Bisio S. (**), Dávila A. (**) y Giménez M. P. (**) en el trabajo con la base de datos y procesamiento de información, Aronna A. (***) Compaginación y armado del documento final.

Resumen

Este estudio es el producto del esfuerzo conjunto entre los integrantes de los centros de salud ubicados en el área de la Vía Honda y de los equipos técnicos del área de investigación de la Secretaría de Salud Pública ante la necesidad de articular la asistencia y la investigación como modo de asegurar intervenciones pertinentes a las necesidades de la población.

La indagación propone la obtención de información sanitaria en relación con la utilización de los efectores de salud de la red de servicios, la percepción de morbilidad y la descripción de las condiciones sociodemográficas de los grupos familiares de la Vía Honda.

Se utilizó una estrategia metodológica cuantitativa mediante la técnica de encuesta y el diseño ad hoc de un cuestionario en el que se incluyeron todos los aspectos a estudiar. La población se definió como las familias o grupos convivientes radicados en el área.

Una cuarta parte de los niños y adolescentes

relevados no concurrían a la escuela. Dos de cada diez niños en edad de comenzar la escuela primaria no estaban insertos en ninguna institución en tanto que, a la edad de diecisiete años eran siete de cada diez los no escolarizados.

La utilización de los efectores denota la búsqueda de atención preferentemente en los centros de salud Casals y Champagnat.

Los obstáculos mencionados tienen que ver con la admisión, más que con la atención. Ante la no disponibilidad del médico la atención se realiza por los enfermeros en el dispositivo de admisión.

Los hallazgos se convirtieron en una herramienta facilitadora de las intervenciones operadas en forma conjunta entre los distintos actores barriales.

Palabras claves Utilización de servicios- Morbilidad percibida- Población – Estudio socio- sanitario

(*) Integrantes del Área Investigación en Salud. S.S.P. - Municipalidad de Rosario.

(**) Integrantes de la Dirección de Estadística y del Área de Investigación en Salud.

(***) Coordinadora del Área de Investigación en Salud y Directora de Estadística.

(****) Integrante del Equipo de Gestión del Centro de Salud Casals.

Abstract

This research project is a combined effort carried out by the staff of the local health centres and the those of the Public Health Department. The intent was to establish the correlation between utilization and statistical results to ensure relevant and pertinent interventions in the community.

The survey was designed to obtain data related to the level of utilization of existing services, the locals' perception of morbidity and the sociodemographics of Via Honda's families.

Methodology: The survey applied a quantitative model with an ad hoc design that included all the necessary data. The population was defined by family and or nucleus living together.

The results indicate that 25% of the children did not attend school; 2/10 children eligible to attend school were not registered with any institution; 7/10 at the age of 17 had not attended school.

Casals and Champagnat Health Centres were the best used by the population.

The reasons for underutilization are related mainly to the admission process rather than with the services themselves. This is often in direct relationship with the unavailability of the MD at the time of admission. Nurses are then in charge of care.

The results become an extremely useful tool to analyse and improve the interventions

by all the participants in the identified areas of residence

Keywords: service utilization; perception of morbidity; population; health and sociodemographics

INTRODUCCIÓN

Durante los años 2007-2008 se llevó a cabo una experiencia de trabajo conjunto entre los Centros de Salud Casals, Champagnat y el Área de Investigación en salud, todos pertenecientes a la secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario.

La síntesis que se presenta en esta oportunidad es el producto de un estudio poblacional que tuvo como destinatarios a los habitantes de la llamada Vía Honda, extenso asentamiento ubicado a ambos lados de las vías del ferrocarril Belgrano, en los distritos sudoeste y oeste.

Ambos Equipos de salud coincidían en una serie de preocupaciones relacionadas con la atención de salud y las condiciones socio-sanitarias de los pobladores de la zona a saber:

1- Información fragmentada y parcial de la utilización de los efectores de salud por parte de la población.

Si bien ambos Centros reconocían a la Vía Honda como un área de potencial responsabilidad, se desconocían los recorridos que la población realizaba para la búsqueda de atención, los obstáculos y facilitadores para la obtención de la misma y la efectiva cobertura poblacional de los efectores mencionados.

Se identificaba, al interior del área, un sector definido de población consultante al centro de salud Champagnat, mayoritariamente pediátrica. El Centro de Salud Casals mostraba consultas provenientes de un radio mayor de la Vía Honda, independientemente de la especialidad considerada. En ambos casos se tomó como fuente de información la georreferencia de los domicilios de la demanda que accedió a la consulta durante el mes de agosto 2006. (1)

De la superposición de los mapas punteados surgió un área de consultas compartida por ambos Centros y otras con mayor concentración de domicilios hacia un efector determinado, tales hechos permitieron interpelar la modalidad de utilización de las familias e identificar grupos convivientes no utilizadores de servicios de salud.

2- Obstáculos en la accesibilidad oportuna a la atención médica, según la opinión de los profesionales de ambos centros, se identificaban: pacientes con dolencias que, si bien habían accedido a la consulta médica, no concluían con los estudios complementarios solicitados; pacientes con enfermedades en las que se había completado un diagnóstico, pero cuyo tratamiento era incompleto o se había discontinuado; solicitud de turnos en el propio centro y/o en la red para interconsultas o exámenes complementarios que

no se efectivizaban; dudoso seguimiento en relación a la búsqueda de turnos para control, fundamentalmente en adultos; necesidad de acompañamiento individualizado en la red de servicios para la realización de interconsultas o estudios complementarios.

3-Problemas de salud mental (psicosis, intentos de suicidio, adicciones, entre otros) y de discapacidades físicas y mentales (sobre todo en niños y jóvenes) con obstáculos para acceder a proyectos terapéuticos integrales. Estas problemáticas se detectaron en trabajos de campo realizados entre los años 2004 y 2006 con intervención de los equipos de salud.

4-Situaciones de violencia de diversa índole: maltrato, violaciones y abuso infantil, por citar algunas, producidas entre vecinos o al interior de los grupos familiares; de las cuales sólo un reducido número pudo ser trabajado en proyectos terapéuticos compartidos entre ambos Centros y/o intersectorialmente.

5-Percepción de un significativo crecimiento poblacional, particularmente en los últimos años, desconociendo la magnitud y las características del mismo (movimientos migratorios, nuevos núcleos familiares derivados de los que ya vivían en el sector, entre otros).

6-Condiciones de vida desfavorables caracterizadas por: precariedad habitacional; existencia de numerosos basurales; escaso acceso al agua potable, graves problemas en la iluminación pública y domiciliaria; anegamiento de calles que impiden a los vecinos salir de sus casas y dificulta entre otras cosas la entrada de ambulancias y la concurrencia de los niños a la escuela; escaso servicio de recolección de basura y en el servicio de desagote de pozos negros.

7-Obstáculos en el acceso y permanencia en el proceso de escolarización: desescolarización, fracaso escolar, problemas de aprendizaje en los niños y los adolescentes del área.

8-Fragmentación y/o inexistencia de redes intersectoriales entre las organizaciones barriales existentes (copas de leche, centros distribuidores de cajas de comida), lo cual conspiraba contra los lazos solidarios entre vecinos.

9-Obstáculos en la participación en espacios formales propuestos por el Estado, tal como por ejemplo la convocatoria a las reuniones del presupuesto participativo.

10-Necesidad de asistencia estatal formalizada por medio de: pedidos de materiales para la mejora de viviendas, solicitud de gestión de DNI, trámites de pensiones, subsidios, pedidos de ropa y calzado para niños, cajas de comida, entre otros..

Los problemas detallados en los párrafos anteriores dan cuenta por un lado, de la criticidad de las condiciones de vida de este sector, y por otro, de las limitaciones con las que se enfrentan los servicios de salud si los modos de organización de los procesos de trabajo se centran en la demanda de atención. En consecuencia, considerar exclusivamente los problemas de salud a partir de la demanda resulta insuficiente para aprehender y dar una respuesta organizada a la complejidad de tales problemas.

Contar con información sanitaria referida a las condiciones de vida, los modos de utilización de los servicios y los problemas de salud de la población a cargo, permite a los equipos articular la organización de la atención y establecer prioridades de acuerdo a las diferentes necesidades.

Por lo anteriormente expuesto se consensuó llevar a cabo un estudio en la población de Vía Honda para dar respuesta a algunos de los planteos realizados. Se jerarizaron y consensuaron ejes relevantes a incluir en función de su factibilidad, tal como por ejemplo utilización de los servicios de salud, accesibilidad y caracterización socio-sanitaria.

El propósito perseguido fue adecuar la organización de los servicios a las necesidades detectadas e instalar en la agenda de los diversos sectores del municipio la necesidad de intervenciones específicas en función de las carencias detectadas.

CONTEXTO DEL ESTUDIO

Se denomina Vía Honda el extenso asentamiento a lo largo de las vías del Ferrocarril Gral. Belgrado, limitado entre las calles Boulevard Seguí al norte (vereda sur), las vías del ferrocarril Mitre al sur (lado norte), calle Avellaneda al este (vereda oeste) y Felipe Moré al oeste (vereda este); estos límites se tomaron para la realización de este estudio.

El proceso de distritalización llevado a cabo por el municipio definió como límites entre el distrito oeste y sudoeste la calle Avellaneda y las vías del Ferrocarril Belgrano. El territorio de la Vía Honda está incluido en ambos distritos. Esto es, desde el Boulevard. Seguí hasta la calle Garibaldi, donde el límite este es Avellaneda, pertenece al distrito oeste. Desde Garibaldi hacia el sur, las vías del ferrocarril Belgrano definen una división administrativa del territorio de la Vía Honda, con pertenencia tanto al distrito oeste como sudoeste, si bien la mayor parte de su población se encuentra en el distrito oeste.

Los efectores de salud instalados en el territorio presentan distinta localización distrital. El Centro de

Salud Casals, la Vecinal Julio A Roca, el Centro de Salud Toba y el Centro de Salud nº 13 están ubicados en el distrito oeste. El Centro de Salud Champagnat y el Centro de Salud Santa Teresita se encuentran en el distrito sudoeste.

MAPA 1 - Área geográfica correspondiente a la Vía Honda (en gris)



El terreno ofrece un importante desnivel en forma de hondonada en la zona central, por donde circula el ferrocarril Belgrano. Luego se empareja hacia el norte cercano a Boulevard Seguí y hacia el sur del troncal ferroviario Seguí-Uriburu. La depresión central obedece a que en este tramo el terreno es más alto, por lo que la traza del ferrocarril dio origen al terraplén.

Los asentamientos irregulares en general y el de la Vía Honda, en particular, no presentan un patrón de ordenamiento territorial. Los habitantes ocupan los espacios vacantes de urbanización y las calles y las manzanas no están definidas ni tampoco tienen garantizados los servicios básicos. Las calles son de

tierra, por algunas circulan vehículos y otras, en cambio, conforman desfiladeros o pasadizos como único modo de comunicación con las arterias principales que rodean al asentamiento. En la mayoría de las calles la tierra está poco apisonada, por lo que suele anegarse con las lluvias. En algunos tramos de la vía la acumulación de agua impide la circulación.

Las conexiones de agua y luz son clandestinas. La recolección de residuos se realiza en forma irregular -los camiones acceden en forma parcial-, dando lugar a la conformación de basurales. Algunos vecinos acuden a la quema de los mismos como modo de limitar la acumulación.



La eliminación de excretas se efectúa a través de pozos negros, siendo en algunos casos excavaciones en la tierra, que no son viables de desagotar.

Los materiales de construcción de las viviendas son de variadas combinaciones, pero en su gran mayoría se trata de construcciones poco sólidas; con unidades habitacionales que presentan goteras en los techos, pisos de tierra, baño sin descarga de agua y conexión de agua fuera del terreno. En otras viviendas las familias han logrado mejoras pero siempre dentro del marco de una precariedad homogénea.

La asistencia alimentaria se vehiculiza a través de ollas populares y copas de leche en casas particulares, las cuales cuentan con subsidios de la provincia y/o la municipalidad bajo la denominación copa de leche y/o comedores.

No se cuenta con instituciones público-estatal dentro del territorio de Vía Honda (centros de salud, escuelas o centros de atención familiar como "Crecer", por ejemplo).

Según menciona el informe de la Secretaría de Planeamiento de la Municipalidad de Rosario a través del Programa Equilibrio Centro Periferia - Asentamiento Irregular sobre corredor urbano (2), la zona delimitada como Vía Honda se encuentra dentro del troncal ferroviario Boulevard Seguí - Avenida. Uriburu. A lo largo del mismo se instalan los asentamientos irregulares de La Vincha / Vía Honda.

Cabe aclarar que el contexto donde se realizó el estudio y según la delimitación arriba citada, incluiría un sector del asentamiento La Vincha, precisamente su lado norte a lo largo de las vías del ferrocarril Mitre.

Según el citado informe se categoriza la zona del

troncal F.C.G.M. Belgrano entre Boulevard Seguí y Avenida Uriburu como un asentamiento irregular histórico, perteneciente a los distritos Suroeste-Oeste y a las seccionales 11º, 12º, 18º y 19º.

El crecimiento del troncal en superficie ocupada, desde 1994 al 2005 (3), es de 172% (22,53ha.), mientras que la cantidad de viviendas y población aumentó en un 156%. Para el año 1994 no se registraban asentamientos desde las vías del ferrocarril Mitre hasta Uriburu, sí para el año 2005. Las viviendas construidas en este período en total fueron 810 y la población se incrementó en 4050 personas. El territorio específico de Vía Honda cuenta, según datos del año 2005, con 1050 unidades irregulares y una población de 5250 habitantes. Se registra un crecimiento tanto de población como de viviendas de un 110%, en tanto, la superficie ocupada se incrementó en un 123%. Las viviendas construidas al sur de las vías del Mitre y hasta Uriburu al año 2005 sumaban 260 unidades, representando una población de 1300 habitantes. Este es un asentamiento más reciente, ya que en el año 1994 no se contabilizaban viviendas en ese sector y no se incluyó en este estudio. (Tabla 1)

Con relación al dominio del suelo del área en estudio, las unidades habitacionales existentes en terrenos públicos alcanzan el 44% (464), mientras el 66% (586) se asientan en terrenos privados. (4) (Tabla 2)

Por último, se encuentra una zona en forma de triángulo anexa a la Vía Honda y limitada por las calles Valparaíso, Bv. Avellaneda y Bv. Seguí. En este sector, las viviendas están construidas sobre lotes previamente diseñados y organizados en manzanas bien conformadas y con calles de trazados definidos.

Tabla 1 Evolución del asentamiento irregular

Área	Año	Superficie V	ivendas	Población
Troncal Seguí - Mitre	1994	13,13 ha.	500	2.500
Troncal Seguí - F.C.Mitre (área en estudio)	2005	29,32 ha.	1050	5250
Troncal Seguí - Uriburu	2005	35,66 ha.	1279	6.395

Fuente: Dirección General de Ordenamiento Urbano - Departamento de Planificación sectorial 1994 - 2005
Secretaría de Planeamiento de la Municipalidad de Rosario

Tabla 2 Dominio del suelo en el área en estudio

Propietarios	Superficie afectada	Unidades irregulares existentes
Públicos	10,16 ha. - 35%	464 - 44%
F.C.G.B	5,79 ha.	316
Trazados oficiales	2,60 ha.	116
Municipalidad de Rosario	1,77 ha.	32
Privados	19,16 ha. - 65%	586 - 66%

Fuente: Programa Equilibrio Centro Periferia. Asentamiento Irregular sobre corredor urbano.
Secretaría de Planeamiento de la Municipalidad de Rosario

MARCO CONCEPTUAL

Los recorridos que la población realiza en búsqueda de atención de su salud involucran dos aspectos: la oferta de servicios en un extremo y las necesidades de atención, en el otro.

En el proceso de atención de salud formulado por Donabedian (5), la utilización de los servicios de salud comienza con el reconocimiento de la necesidad que conduce a la decisión de buscar atención, momento en que se inicia el proceso de búsqueda hasta que la necesidad se concreta en demanda de atención. Este proceso, siguiendo al mismo autor, supone dimensiones afectivas, cognoscitivas, volitivas y económicas.

De este modo, la necesidad de atención está constituida por dos componentes: a) comportamiento de los usuarios y b) comportamiento de los proveedores, ambos confluyen en la utilización de los servicios y en la posterior modificación de la necesidad.

Dever (6), por su parte, define a la utilización de los servicios de salud como una interacción entre consumidores y profesionales, conducta a su vez determinada por una amplia variedad de factores. En tanto Donabedian (7) denomina a la interacción entre los profesionales de la salud y sus pacientes "proceso de atención médica", y lo incluye en un contexto al que llama entorno. Distingue, asimismo, dos categorías en el entorno. Una es la organización de la atención médica la cual influye en forma directa sobre el proceso de atención y la otra está conformada por los factores sociales y culturales que, a su vez, rodean y modifican a la organización, determinando los comportamientos de médicos y pacientes. Los conceptos planteados van a condicionar la utilización de los servicios de salud.

Los factores relacionados con el usuario pueden dividirse, según Dever (8), en dos categorías: socio-demográficos y socio psicológicos.

Los factores sociodemográficos se refieren a variables como la edad, sexo, raza, factores étnicos y nivel socioeconómico (educación, ocupación, ingre-

so). La dificultad es poder despejar si estas variables afectan la utilización o se derivan de los patrones de mortalidad y morbilidad.

Los niños y las personas mayores consumen mayor cantidad de servicios que los otros grupos etáreos independientemente del país donde viven. Las mujeres presentan una mayor utilización de los servicios, aún luego del ajuste con necesidad en salud. Mayor aún es el uso en la edad fértil por motivos obstétricos y ginecológicos. (9)

La relación del nivel socioeconómico con la utilización de servicios es difícil de analizar debido a dos variables de peso: el nivel de salud y la accesibilidad social (capacidad económica) (10). Las clases más bajas tienen mayor morbilidad y mortalidad por lo que la relación entre necesidad y utilización de los distintos grupos sociales depende de la equidad del sistema. Esta relación cambia según el país y el momento del estudio. Si bien tradicionalmente los grupos de nivel socioeconómico más elevado han utilizado más los servicios médicos, Dever (11) refiere haber encontrado resultados contradictorios en la literatura, y los atribuye a dos factores. Un primer factor responde a la falta de distinción entre los tipos de servicios - los ricos realizan más consultas preventivas, mientras los pobres utilizan los servicios cuando ya están instalados los síntomas de enfermedad-. Un segundo factor considera que el nivel socioeconómico puede estar relacionado sólo indirectamente con la utilización. Esta relación podría estar modificada por las redes sociales, en especial la influencia que representan los grupos de referencia.

En tal sentido en una investigación realizada en la ciudad de Rosario (12), los autores mencionan los obstáculos que las familias más vulnerables (sin historia de inserción laboral estable, viviendas precarias en terreno fiscal) encuentran entre la propuesta organizativa de los servicios de salud y su organización cotidiana, tal es el caso de los horarios rígidos para

los turnos, así como el tipo de prestación según el motivo de consulta, turnos programados para control y de urgencia o admisión para la enfermedad aguda. En cuanto a la percepción de morbilidad, afirman que los síntomas que motivan la búsqueda de atención a los efectores de salud aparecen ligados a la limitación del movimiento corporal, "constituyendo un síntoma indicador de cuadros que revisten carácter de gravedad". Otros procesos que no interfieren con el desarrollo de las actividades cotidianas se resuelven con prácticas de autoatención o bien no son percibidos como procesos mórbidos.

La utilización parece estar influenciada tanto por el tamaño como por la estructura familiar, pero los estudios muestran resultados contradictorios. Mendoza- Sassi y Béria (13) en el artículo de revisión sistemática sobre utilización de servicios de salud citan dos investigaciones, una llevada a cabo por Zastowny (EEUU) donde observó que personas pertenecientes a familias numerosas consultaron más, mientras otra de Andersen y Laake (Noruega) concluyó que las familias grandes tenían menor utilización.

La estructura familiar puede ser otro factor que afecta la utilización, dependiendo de la equidad del sistema de salud de los distintos países. Mientras Wolfe (EEUU) encontró que los niños de las familias monoparentales consultaron menos que los otros niños, Balarajany Judge y Benzebal (Inglaterra) hallaron más utilización en los hijos de madres solas que las que vivían con sus parejas. (14)

Los factores sociopsicológicos están estrechamente ligados a la percepción diferencial de los problemas de salud y a las actitudes y creencias respecto de la atención médica. Estos condicionarían la visita inicial o primer contacto al sistema de salud más que a la utilización total. En tanto, el modo de utilización está más determinado por los profesionales como por el tipo de enfermedades. (15)

Los factores relativos a los profesionales (16) se dividen en dos grupos: económicos y los referidos a sus propias características. El grupo de factores económicos está directamente relacionado con la oferta de tecnología y los recursos médicos. La primera visita en el proceso de utilización dependería en gran medida del paciente, mientras las visitas subsiguientes se generarían a partir de los profesionales. Entre las características de los profesionales son de peso: la formación, el grado de especialización y el lugar donde se formaron. También actúan sobre la conducta del profesional las instituciones donde trabajan, el equipo de salud y las innovaciones tecnológicas.

Otros factores que influyen en la utilización de los servicios son los correspondientes a la organización. Al respecto, Donabedian (17) refiere que los mismos incluyen las estructuras y los procesos propios de la organización de la atención médica, esto es, la disponibilidad de recursos, accesibilidad geográfica, accesibilidad social y las características de la prestación de servicios.

Con relación al concepto de accesibilidad se encuentran una serie de factores que intervienen entre la capacidad de producir servicios y la producción/consumo real de los mismos (18). Los recursos disponibles no garantizan por sí solos la utilización de los servicios. Es la complementariedad de la ecuación población-recursos en el proceso de búsqueda y obtención de la atención a la salud la que determina la utilización. Donabedian distingue dos tipos de accesibilidad, la socio-organizacional y la geográfica.

La accesibilidad socio-organizacional está compuesta por los recursos no espaciales que facilitan u obstaculizan la atención (remuneración de los médicos, sexo, especialidad) e incluye las políticas de admisión formal o informal de pacientes, esto es los modos de organización de los recursos: las demoras para obtener una cita o los horarios restringidos que no corresponden al tiempo libre de la población.

Al respecto, Frenk (19) distingue dos tipos de obstáculos organizativos: a la entrada a los servicios de salud o contacto inicial (modalidad de otorgamiento de turnos, demoras para obtener una cita) y obstáculos al interior del mismo representado por las características organizativas que interfieren con la recepción oportuna de atención. Agrega un tercer posible obstáculo, a la salida de los servicios que estaría directamente relacionado con las posibilidades de continuidad de la atención.

Dentro de accesibilidad social se encuentra la accesibilidad financiera, es decir, el grado en que los ingresos de los usuarios potenciales alcanzan para pagar el precio de los servicios. El costo a la población incluye no sólo el precio monetario directo, sino también el costo del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener atención. Finalmente, la accesibilidad cultural, alude a la distancia entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos tan cruciales como el idioma o las creencias sobre la salud

Por último la accesibilidad geográfica refiere al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Para que éstos sean accesibles, deben localizarse cerca de donde reside la población.

En síntesis, la disponibilidad de recursos representa un extremo en el proceso de búsqueda y obtención de la atención y la utilización el final del proceso. Al medir la utilización de los servicios se está estudiando la accesibilidad a los mismos, si bien no es una medida exacta, es la más usada en muchas oportunidades.

La utilización de los servicios de salud, según Aday y Andersen (20), "puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo comprendido". El tipo de utilización remite a la clase de servicio recibida y al miembro del equipo de salud que los provee (enfermero, médico, especialista). El lugar donde se realiza la prestación puede ser el hospital, la guardia o los consultorios externos, y/o el Centro de Salud. Con respecto al motivo, los mismos autores reconocen tres dimensiones: "necesidad de prevención, tratamiento o de atención personal en un ámbito no médico". El intervalo de tiempo refiere al contacto con el sistema -si consultó o no-; el volumen incluye el número de contactos o visitas de seguimiento, es decir, la frecuencia de utilización de los servicios. Por último, la continuidad se relaciona con el grado de fragmentación o integración en el proceso de atención de los episodios de enfermedad, e incluiría no sólo la circulación de los pacientes dentro de un efector sino además la articulación con la red de servicios.

En el trabajo de revisión sistemática sobre los factores relacionados a la utilización de servicios de salud (21) los autores consideran al hecho de tener un "médico definido" como uno de los factores más importantes en la determinación del modo de utilización. Al analizar la población que concurre habitualmente a los servicios de emergencia hallaron una gran proporción sin médico definido. Este factor afecta además del número de consultas médicas e internaciones, el modo de utilización de los servicios. Se encontró además una fuerte asociación entre tener médico definido y la utilización del servicio de emergencia por motivos realmente urgentes, así como una fuerte adhesión a los servicios de atención primaria cuando contaban con médico de referencia. El hecho de contar con un lugar de atención fue menos determinante que el factor de médico definido. Con relación a las consultas pediátricas, los contactos por motivos preventivos, superaban ampliamente las consultas por enfermedad cuando se contaba con médico definido.

Por último, los factores socioculturales incluyen a la tecnología y a los valores. La tecnología está de acuerdo al grado de desarrollo de la sociedad, puede bajar el nivel de enfermedad o limitar la necesidad de atención médica, tal el caso de las inmunizaciones y

los antibióticos. Pero también la utilización puede verse incrementada como en el caso de los trasplantes, los avances en radiología y medicina nuclear. Se trata de tecnología no curativa, sino más bien compensa los efectos discapacitantes de algunas enfermedades.

El otro aspecto de los factores socioculturales son los valores sociales determinados por el grupo cultural, étnico o grupo de referencia.

Los interrogantes explicitados en el planteamiento del problema reconocen la existencia de dos componentes centrales como son: la oferta de servicios y las necesidades de atención expresadas por la población, al decir de Donabedian; en esta oportunidad el análisis se centra en esta segunda perspectiva.

Para dar sustento a la necesidad de contar con información sistematizada referida a las condiciones sociodemográficas, a los modos de utilización de los servicios de salud, a los obstáculos percibidos y a los problemas de salud de la población a cargo; se focaliza en los conceptos, vertidos por los autores que más arriba se exponen. En este sentido se asume la propuesta de Dever en cuanto a los comportamientos de los usuarios considerando las dimensiones sociodemográficas y sociopsicológicas referidas a la percepción de los problemas de salud; a Aday y Andersen en su conceptualización de utilización y a Donabedian con relación a las dimensiones geográfica y socio-organizacional de la accesibilidad.

OBJETIVOS

Generales

Describir las modalidades de utilización de servicios y la percepción de problemas de salud de la población de la Vía Honda de la ciudad de Rosario.

Caracterizar la conformación sociodemográfica, las modalidades de supervivencia de la población, los problemas barriales y la participación en organizaciones intermedias.

Específicos

Conocer el recorrido de la población en lo referente a la búsqueda y obtención de la atención, sus obstáculos y los problemas de salud percibidos que motivan la consulta.

Caracterizar la estructura biológica, la composición familiar y el nivel de escolarización en niños y adolescentes.

Describir los modos de inserción laboral y/o la asistencia público estatal destinada a la población.

Cuantificar los problemas barriales percibidos y las organizaciones en las cuales participa la población.

METODOLOGÍA

La población destinataria del estudio se radica en la denominada "Vía Honda" (VH) y comprende las unidades habitacionales -homologables a familias o grupos de convivientes- situadas entre las calles Avellanada al Este, Felipe Moré al oeste, Boulevard Seguí al norte y las vías del ferrocarril Mitre (en la llamada calle Cagancha) al sur.

Se utilizó una estrategia metodológica de carácter cuantitativo mediante la técnica de encuesta y el diseño ad hoc de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas en las que se incluyeron todos los aspectos identificados en los objetivos.

A los fines de llevar a cabo esta investigación se conformaron equipos mixtos integrados por personal de ambos Centros y miembros del Área de Investigación. A los efectos de facilitar la entrada en terreno, ambos equipos consideraron estratégico aprovechar la circunstancia de la Campaña Nacional de Vacunación contra la Rubéola para instalar puestos vacunatorios en el interior del asentamiento. Es así que también se convocó a alumnos de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) para colaborar en las tareas de vacunación.

Previamente, y considerando que el conocimiento sobre organización barrial, participación de vecinos y movimientos políticos internos era escaso y fragmentado por parte de ambos Centros de Salud, integrantes de los dos equipos se acercaron al área para reconocer y preparar el terreno. Se realizaron recorridos y, a través de la recolección de datos preliminares, observación activa del territorio y entrevistas con referentes barriales conocidos. Asimismo, se establecieron locaciones que inicialmente podrían facilitar la inserción de los equipos de vacunación y que al mismo tiempo se constituirían como los espacios de contacto con la población para la aplicación del instrumento diseñado al efecto. De este modo surgió una primera división estratégica del territorio en 3 (tres) sectores, cada uno de ellos con uno o dos lugares de asentamiento para los equipos vacunadores y/o encuestadores:

Sector 1: ubicado entre las calles Avellanada, Felipe Moré, Garibaldi y Cagancha o la vía. Lugar de asentamiento de los equipos: Comedor de Marta (en calle Patagones al 4300).

Sector 2: ubicado entre las calles Garibaldi, Pte. Quintana, Avellanada y Felipe Moré. Lugares de asentamiento de los equipos: Comedor "Carita Feliz" (en calle Patagones al 4100) y Copa de Leche "El Gauchito" (en calles Centeno y Cerrillos).

Sector 3: ubicado entre las calles Pte. Quintana,

Felipe Moré, Avellanada y Bv. Seguí. Lugar de asentamiento de los equipos: ex Comedor "Manantiales" (en calle Valparaíso al 3300).

A esta sectorización inicial, elaborada sobre la base de la circulación de la población local a partir de referentes barriales o instituciones más o menos personalizadas en algunas vecinas con cierta trayectoria política en la zona, se agregó posteriormente un cuarto sector (Sector 4), ubicado entre las calles Valparaíso (cuadra impar), Avellanada y Boulevard Seguí y en el cual se tomó como asentamiento de los equipos de trabajo al mismo ex Comedor "Manantiales" del sector 3. El agregado de este cuarto sector se consensuó ya avanzado el trabajo en terreno, dado que durante su implementación se identificó al citado sector de Vía Honda como una zona con ciertas características tales como manzanas mejor delineadas y calles de trazados definidos. Esta apreciación fue ratificada por la Dirección de Planeamiento, informando que en dicha área se llevó a cabo el loteo de los terrenos y posterior adjudicación de los mismos.

Cabe aclarar que la sectorización arriba diseñada tuvo como principal objetivo la búsqueda de puestos vacunatorios. Si bien se encontraron algunas diferencias entre los sectores a la hora de las encuestas, a priori se consideró el territorio de la Vía Honda como un todo homogéneo, dadas sus características de criticidad.

La metodología adquirió en el transcurso del tiempo diferencias en su implementación que no habían sido previstas en el diseño inicial. En tal sentido, durante el anclaje del puesto vacunatorio en el primer sector, se llevaron a cabo prácticas de vacunación a las personas que acudían al lugar, a la vez que se realizaba la encuesta. Luego de agotarse la demanda espontánea para la vacuna se procedía a realizar la encuesta en cada uno de los domicilios del sector. En el sector 2 la metodología adquirió similar característica que en el sector uno.

En el sector 3 el lugar de asentamiento fue un comedor que otrora tuvo gran convocatoria y que en el momento del estudio sólo pudo utilizarse como lugar de asentamiento para relevar al sector. Aquí no se realizó vacunación y cuando se agotó la realización de encuestas en el lugar se procedió a relevar casa por casa a todo el sector.

Cabe aclarar que la realización de las encuestas no tuvo las características de un censo. Se relevaron sólo aquellas viviendas a las que se pudo acceder, sin registrarse los rechazos ni aquellos domicilios en los que por alguna razón no pudo efectivizarse la encuesta.

El período de recolección de datos comienza en setiembre del 2006, se interrumpió por el fenómeno meteorológico de noviembre del mismo año. Durante los primeros meses del 2007 también debió discontinuarse debido a los cortes de calle por los reclamos de los pobladores del lugar. El trabajo de relevamiento culminó en el mes de marzo del 2008.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas que según la unidad de análisis fueron referidas al núcleo familiar/vivienda/grupo conviviente o a cada uno de los miembros que lo integran. La información colectada en la aplicación de cada cuestionario se obtuvo por un miembro del hogar (informante).

El instrumento de recolección indagó sobre los siguientes ejes:

o Características socio-demográficas: composición por edad y sexo del grupo familiar, miembros con discapacidad, escolaridad de los niños, institución escolar, tiempo de residencia en el asentamiento de las familias, lugar de procedencia de los adultos, estrategias de supervivencia, situación laboral de los adultos, identificación de problemas familiares y barriales y participación en organizaciones barriales.

o Utilización de los efectores de la Red de Salud y accesibilidad percibida (estratificado para niños y adultos): lugar habitual de atención, frecuencia de consulta, consulta por guardia o consultorio externo en caso de consultar a hospitales, obstáculos en la utilización, frecuencia de las obstáculos.

o Problemas de Salud según percepción poblacional: motivos de consulta e internaciones en el último

año y lugar donde se llevó a cabo.

Los referentes empíricos de la utilización de servicios y de la accesibilidad fueron: lugar de atención y/o internación y frecuencia de contacto en centros de salud y/o hospital (Guardia y/o Consultorio externo) y el miembro del equipo de salud que provee la atención (médico de referencia, enfermero). El motivo refiere a las consultas por enfermedad percibida en el último año.

Los obstáculos en la atención, incluyeron como dimensiones la admisión / puerta de entrada a los efectores (obtención de turnos) y la atención al interior de los servicios (no encontrar a su médico de referencia o ser atendidos por la admisión de urgencias).

No se indagó a cerca de los obstáculos a la salida de los servicios o las posibilidades de continuidad en la atención, ni a los intervalos entre las consultas.

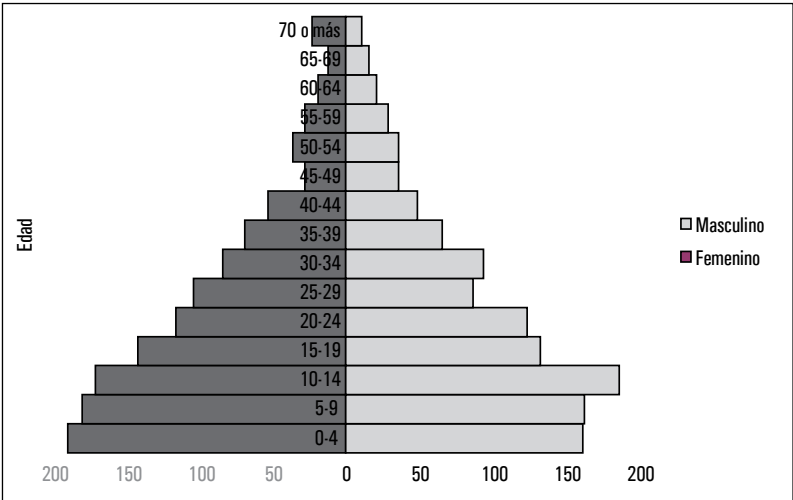
Para los problemas de salud percibidos y los motivos de internación referidos por los entrevistados durante el último año se tuvo en cuenta la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10)

RESULTADOS

Caracterización socio-demográfica de la Población de la VH

Se llevaron a cabo 528 encuestas en el territorio de la Vía Honda, homologables a Grupos Convivientes (GC)/Familias (F). Dichos GC/F corresponden a un total de 2508 personas, de las cuales 914 son niños y 1594, adultos. La distribución por edad y sexo, da lugar a una pirámide correspondiente a una población joven (Gráfico 1)

Gráfico 1: Población de VH distribuida por edad y sexo.



Un 21,8 % (115) de las familias relevadas son monoparentales (núcleo primario incompleto) mientras que el 74,8% (395) son biparentales. Un 19,6% (104) son familias “extendidas” (con ascendientes, otros descendientes, otros parientes no directos) (tabla 1)

Tabla 1: Familias encuestadas según composición y extensión familiar

Composición familiar	Familia extendida		Total	porcentaje
	no	si		
biparental	315	80	395	74,8
monoparental	93	22	115	21,8
Otras formas de composición	16	2	18	3,4
Total	424	104	528	100,0

Nota: en otras formas de composición se incluyen familias formadas por sólo hermanos u otros parientes

Tabla 2: Distribución de los integrantes por grupo familiar recodificado

Cantidad de integrantes	Frecuencia	Porcentaje
0 - 3 integrantes	174	33,0
4 - 6 integrantes	251	47,5
7 integrantes o más	103	19,5
Total	528	100,0

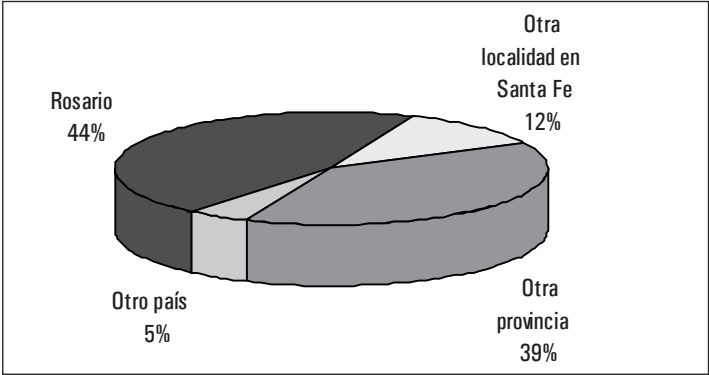
El 67%(354) de las familias cuentan con 4 o más integrantes, mientras el 19,5%(103) de los grupos convivientes están constituidos por más de 7 miembros (Tabla 2).

Procedencia de las familias

La procedencia de los grupos convivientes corresponde al propio Rosario-migraciones internas- en

casi la mitad de los casos (44%). La otra mitad (56%) corresponde a pobladores procedentes de otras localidades del país (39% provenientes de otras provincias), Chaco, Corrientes, Entre Ríos y Santiago del Estero entre las más frecuentes, y 12% procedentes del interior de Santa Fe; tan sólo una pequeña fracción (5%) de los adultos encuestados manifestó proceder de otros países, principalmente de Paraguay (Gráfico 2).

Gráfico 2: Familias encuestadas según procedencia de los adultos

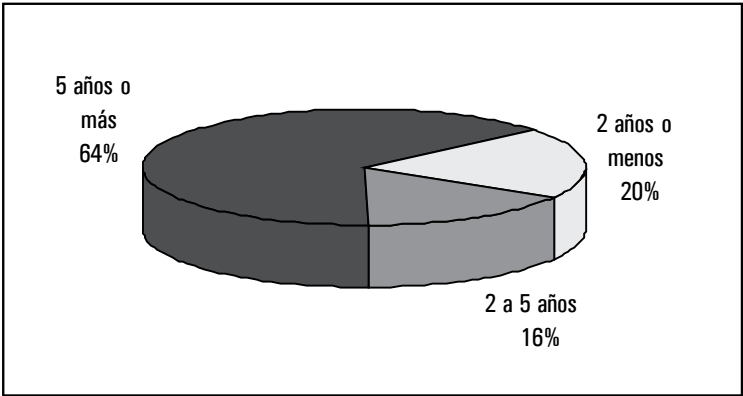


Tiempo de residencia de las familias

Del total de familias encuestadas, el 20% (104) refirieron tener menos de 2 años de residencia en la

zona; el 16%, (86) entre 2 y 5 años y el 64% (338) restante manifestó haber permanecido 5 o más años en el territorio de la VH.)

Gráfico 3: Familias encuestadas según tiempo de residencia



Situación laboral de los adultos y asistencia estatal de las familias

Tabla 3: Familias encuestadas según situación laboral

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo informal / precario	323	61,4
Trabajo formal	122	23,2
Desocupado	57	10,8
Jubilación / Pensión	16	3,1
Trabajo informal y Jubilación	8	1,5
Total	526	100,0

Nota: 2 familias no informaron

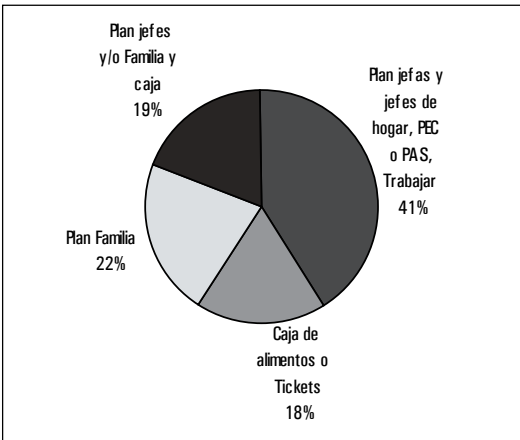
El 61,4% de las familias cuentan con trabajo precario, entendiendo por tal los trabajos informales o changas. La categoría desocupados concentra el 10,8%, cifra no despreciable y que sumado a la

condición de trabajo precario eleva casi a las tres cuartas partes de la población a una situación laboral vulnerable (72,2%).

Tabla 4: Familias encuestadas según asistencia estatal

Subsidio	Frecuencia	Porcentaje
no	265	50,2
si	263	49,8
Total	528	100

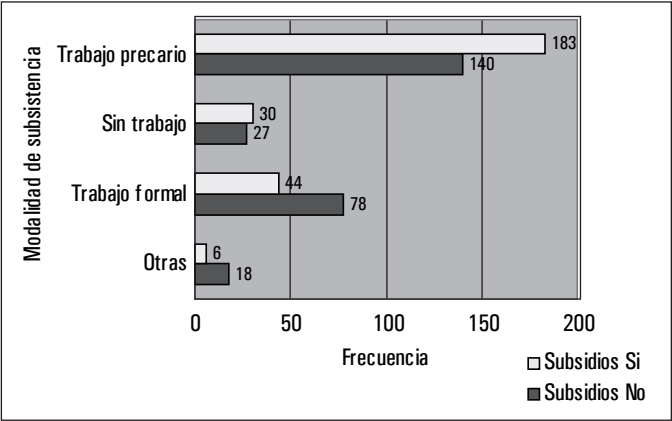
Gráfico 4 Familias encuestadas según tipo de subsidios (en %)



Con respecto a la asistencia estatal de los GC de la VH, la mitad de las familias encuestadas no cuenta con ningún tipo de subsidio estatal; de aquellos grupos que reciben asistencia estatal, la gran mayoría reciben Planes mensuales (plan jefes, PEC/PAS/Trabajar 41%,

plan familia 22%), en tanto obtienen cajas de alimentos el 18% de las familias (Gráfico N° 4). Del total de GC encuestados que reciben asistencia estatal, el 19% reciben más de un subsidio.

Gráfico 5: Familias encuestadas según situación laboral de los adultos y distribución de subsidios (N:526)



Nota: 2 familias sin datos

Con respecto a la situación laboral de las familias encuestadas y su relación con la distribución de subsidios, 42,2% (140/331) de los que refirieron tener

trabajo precario expresaron no recibir ningún tipo de subsidios. En el grupo de desocupados, la mitad no recibían subsidios.

Escolaridad de niños y adolescentes

Tabla 5: Distribución de niños por edad no incluidos en el sistema educativo

Edad	Niños sin escolaridad		Total de niños
	Total	%	
5	14	26,4	53
6	15	19,2	78
7	10	14,7	68
8	12	14,6	82
9	7	11,3	62
10	15	19,5	77
11	13	19,4	67
12	10	13,3	75
Subtotal	96	17,1	562
13	12	19,4	62
14	18	23,4	77
15	22	40,7	54
16	34	58,6	58
17	41	69,5	59
Subtotal	127	41,0	310
Total	223	25,6	872

De los 562 niños y adolescentes correspondientes a los GC encuestados en la VH, el 17,1% de los niños (de 5 a 12 años) no concurrían a ningún establecimiento escolar.

El porcentaje de niños y adolescentes (5 a 17

años) sin escolaridad se eleva al 25,6% y sólo en adolescentes (13 a 17 años) la proporción sin escolaridad asciende al 41%(Tabla 5); la no escolarización en niños y adolescentes se incrementa conforme la hace la edad.

Tabla 6: Niños y adolescentes en edad escolar (5 a 17 años) según escuela a la que concurren

Nivel y Jurisdicción	Escuela	Frecuencia	%
Primario de gestión pública	Esc. N° 660 F.Laprida	261	41,36
	Esc. N° 1337 S.Begnis	54	8,56
	Esc. N° 1202 Gendarmería	42	6,66
	Esc. N° 518 F.M.Esquiú	33	5,23
	Esc. N° 1379 E.Echeverría	32	5,07
	Esc. N° 1276 M. Salotti	18	2,85
Primario de gestión privada *	Esc. N° 1334 Maria Madre	42	6,66
	Esc. Sta Isabel de Hungría	21	3,33
Medio de gestión pública	Esc. N° 240 Lola Mora	22	3,49
	Otras escuelas	106	16,80
	Total	631	100

Nota: No hay información para 18 niños. Otras escuelas: corresponden a escuelas primarias y secundarias de la ciudad de Rosario.*Las escuelas de gestión privada corresponden a instituciones confesionales (religiosas/parroquiales). Total de niños escolarizados: 649; total de niños en edad escolar: 872

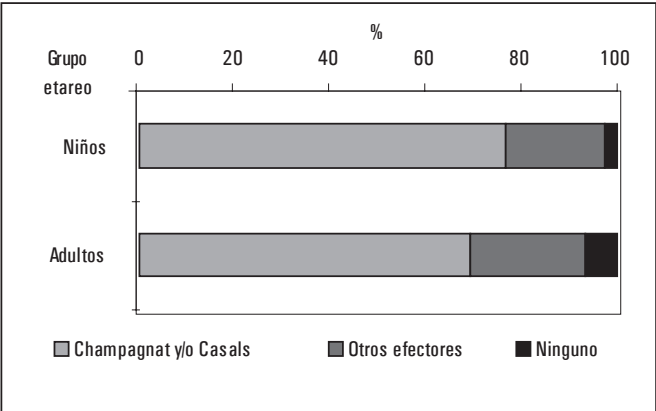
Según la información resumida en la Tabla 6 el 41,4% de la matrícula se concentra en una sola escuela ubicada en el distrito oeste. El resto de los niños y adolescentes escolarizados concurren a diversos establecimientos educativos distribuidos en los distrito sudoeste, oeste y centro de la ciudad de Rosario.

Con respecto a los niveles educativos se encontró una alta frecuencia de niños en nivel primario y muy baja en el nivel secundario coincidente con el alto porcentaje de no escolarización a medida que aumenta la edad, tal como fue expuesto en el cuadro anterior.

Utilización de los servicios de salud

Los efectores más utilizados por las familias de la VH para las consultas médicas tanto de los niños, como de los adolescentes y adultos son los Centros de Salud “Casals” y/o “Champagnat”, de manera exclusiva o combinada. Con menor frecuencia aparece la utilización de otros efectores (Centro de Salud u hospital), en este sentido los establecimientos enunciados en primer lugar concentran el 77% de las consultas pediátricas realizadas por las familias y el 69,3% de las consultas de adultos y adolescentes (Gráfico 6).

Gráfico 6: Familias encuestadas según lugar de atención habitual



La utilización de los dos Centros de Salud municipales mayoritariamente referidos por parte de las familias encuestadas (Casals y Champagnat), se distribuye de la siguiente forma: el Centro Casals concentra la consulta pediátrica del 41,2% de las familias y las consultas de adultos del 35,4%; el Centro Champagnat abarca la consulta pediátrica del 33,8% de las familias y la consulta de adultos del 32,7 % de los GC. Con respecto a la utilización de otros Centros de Salud de la zona, éstos cubren la demanda pediátrica en no más

del 13,8% de las familias encuestadas y la de adultos en un porcentaje 12,6% (Tabla 7)

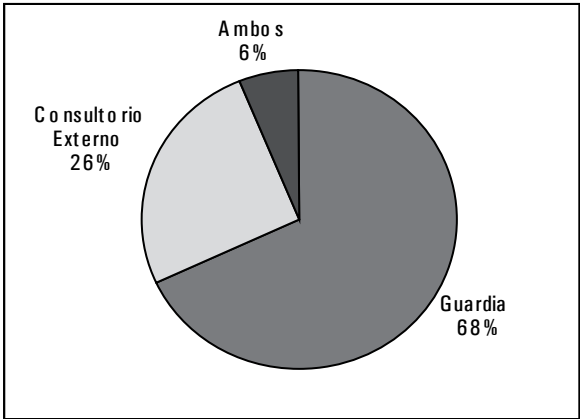
Los efectores mencionados por parte de la población de VH, ya sean como lugares de consulta exclusiva o alternando con el uso de alguno de los dos Centros de Salud referidos, son los Hospitales municipales “Víctor J. Vilela” e “Intendente Carrasco” como los de elección en este nivel; en tanto los Hospitales provinciales son referidos con menor frecuencia.

Tabla N° 7 Familias según lugar habitual de las consultas en niños y adolescentes y adultos

Lugar de atención	Frecuencia de familias con niños	%	Frecuencia de familias con adultos y adolescentes	%
Casals y otros	155	41,2	185	35,4
Champagnat y otros	127	33,8	171	32,7
Otros centros de Salud (*)	52	13,8	66	12,6
Hospitales públicos	10	2,7	33	6,3
Efectores privados	16	4,2	26	5,0
Champagnat y Casals	7	1,9	7	1,3
Ninguno	9	2,4	35	6,7
Total	376 (**)	100,0	523 (***)	100,0

Nota: (*) C.S Santa Teresita: niños 3,7% (14), adolescentes y adultos 2,5% (13)
Vecinal Julio A. Roca: niños 2,7% (10), adolescentes y adultos 3,1% (16)
C.S Toba: niños 1,9 % (7), adolescentes y adultos 2,5% (13)
C.S N° 13: niños 2,1% (8), adolescentes y adultos 1,7% (9)
Otros centros niños 3,4% (13), adolescentes y adultos 2,9% (15)
(**) 1 familia sin información. Se excluyen 151 familias sin convivientes menores de 12 años
(***) 5 familias sin información.

Gráfico 7: Familias que consultan a Hospitales según servicio



De las familias que refirieron consultar al hospital (371/521) lo hacen por guardia en el 68% (251/371),

el resto dijo utilizar el consultorio externo (26%) y sólo un pequeño grupo manifestó utilizar la oferta de

ambos espacios (6%). No se indagó la concurrencia al consultorio externo hospitalario en tanto la misma fuera producto de la derivación desde los efectores de atención primaria o del propio hospital

Frecuencia de utilización de efectores de salud en Pediatría

Del total de familias con niños que manifestaron realizar las consultas pediátricas en los Centros de Salud Casals y Champagnat, el 62% lo hace frecuentemente; en tanto que del total de familias que las resuelven en el hospital, la utilización frecuente alcanza el 13,4% (Tabla 8).

Tabla N° 8 Familias encuestadas según frecuencia de consultas pediátricas en Centro de Salud y Hospital

Frecuencia de consultas	Consultas al Hospital			Total	Porcentaje
	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca		
Frecuentemente	33	128	71	232	62,0
Ocasionalmente	11	49	49	109	29,1
Nunca	6	9	18	33	8,9
Total	50	186	138	374	100,0
Porcentaje	13,4	49,7	36,9	100,0	

Nota: Se excluyen 151familias sin convivientes menores de 12 años. 18/374 familias no consultan ni al Hospital ni al Centro de Salud

La casi totalidad de las familias con niños (91,1%) refirieron concurrir frecuente u ocasionalmente a los Centros de salud de la zona.

Tabla N° 9 Familias encuestadas según frecuencia de consultas pediátricas por Centro de Salud y Hospital

Centro de Salud	Consultas al Hospital			
	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	Total
Casals	12,67% (19)	48% (72)	39,33% (59)	100% (150)
Champagnat	11,38% (14)	60,98% (75)	27,64% (34)	100% (123)
Ambos	14,29% (1)	57,14% (4)	28,57% (2) 1	00% (7)
Otros efectores	19,23% (15)	42,31% (33)	38,46% (30)	100% (78)

Las familias con niños que consultan al Centro de Salud Champagnat y nunca refieren concurrir al hospital totalizan 27,6% (34/123); en tanto para el Centro de Salud Casals el porcentaje asciende al

39,3 % (59/150). Tal como se observa en el cuadro anterior, la condición de consulta frecuente al hospital aparece con los valores más bajos, en tanto la modalidad ocasional concentra los registros más elevados de las respectivas distribuciones por efector; esta información permite formular como hipótesis la preferencia de los grupos familiares por los servicios de guardia pero debe también tenerse en cuenta como condicionante la oferta de servicios en el sistema de salud. Quienes manifestaron nunca concurrir al hospital y reconocer algún centro de salud para la resolución de los problemas de salud puede ser el indicador de la adherencia a tales establecimientos.

Cabe mencionar que la intensidad de la frecuencia (frecuente/ ocasional/ nunca) de consultas referidas por los grupos familiares resultó independiente de la composición familiar (biparental / monoparental) tanto para niños como para los adolescentes y adultos (Chi-cuadrado= 2.93; p-asociado= 0.2306.y Chi-cuadrado= 0.02; p-asociado= 0.99)

Frecuencia de utilización de efectores de salud en adolescentes y adultos

Sobre un total de 517 familias cuyos adolescentes y adultos resuelven sus consultas asistenciales en los Centros de Salud Casals y Champagnat, el 37% lo hacen con alta frecuencia, en tanto que la alta frecuencia en la consulta Hospitalaria alcanza tan sólo el 9% para estos grupos (Tabla 10).

Tabla N° 10: Familias encuestados según frecuencia de consultas de adolescentes y adultos al centro de salud y al hospital

Consultas al Centro de Salud	Consultas al Hospital			Total	Porcentaje
	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca		
Frecuentemente	28	74	93	195	37,7
Ocasionalmente	9	92	122	223	43,1
Nunca	10	33	56	99	19,2
Total	47	199	271	517	100,0
Porcentaje	9,1	38,5	52,4	100,0	

Nota: 11 familias sin información

Con respecto a la asiduidad de consultas en el grupo de adolescentes y adultos puede manifestarse que el 80,8% las familias refieren utilizar los servicios en forma frecuente u ocasionalmente.

Tabla N° 11: Familias encuestados según consultas de adolescentes y adultos a efectores y concurrencia a hospital

Centro de Salud	Consultas al Hospital			
	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	Total
Casals	8,43% (15)	35,96% (64)	55,62% (99)	100% (178)
Champagnat	8,98% (15)	47,90% (80)	43,11% (72)	100% (167)
Ambos	0% (0)	28,57% (2)	71,43% (5)	100% (7)
Otros efectores	14,05% (17)	37,19% (45)	48,76% (59)	100% (121)

Nota: no hay información en 46 familias

Las familias con adultos y adolescentes que consultan al Centro de Salud Champagnat y nunca refieren hacerlo en el hospital representan el 43,1% (72/167). En tanto para el Centro de Salud Casals este porcentaje asciende al 55,6% (99/178). Del mismo modo que los hallazgos de la utilización de la oferta de servicios en centros de salud y hospital en los grupos familiares con niños, se ratifica la poca concurrencia de modo frecuente al hospital y la destacada frecuencia de concurrencia ocasional al mismo que induce a pensar en la consulta en guardia como instancia de resolución de problemas de salud. La referencia a la no utilización de los servicios del hospital puede ser la expresión reiterada, al igual que para el grupo infantil, de la probable adherencia a los efectores de atención primaria.

Obstáculos en la utilización de efectores de salud

Las dos terceras partes de las familias encuestadas que refirieron utilización habitual de los Centros de Salud Casals y/o Champagnat para la resolución de sus problemas de salud manifestaron no tener nunca obstáculos al momento de dicha utilización (286/429). Del tercio que sí manifestó algún tipo de dificultad (11% de las familias para el Champagnat y 18% para

el Casals), el mayor porcentaje refirió haberlos tenido en la admisión (no conseguir turnos disponibles, tener que acudir demasiado temprano para conseguirlos u obtenerlos muy a largo plazo). En menor medida, algunas familias refirieron problemas relativos a la atención (su médico no disponible, trato no apropiado, acceso al 2° o 3er nivel dificultado y excesiva demora en la atención). Sólo en muy baja proporción las obstáculos fueron referidas como de orden personal, familiar o de otra índole (Gráfico 8).

Con relación a los motivos que se identificaron asociados a Obstáculos en la Admisión, la no disponibilidad de turnos, el tener que asistir a horarios muy tempranos por la mañana y un horizonte muy lejano de fecha de consulta fueron los argumentos más frecuentes aludidos por los entrevistados (Gráfico 9).

Con respecto a los obstáculos relativos a la atención, los informantes de las familias identificaron en primer lugar no encontrar médico disponible, referencia que incluye a ambos Centros de Salud. Los motivos mencionados a continuación refieren a un trato no apropiado, obstáculos en el acceso en el segundo o tercer nivel de atención y vuelve a mencionarse la demora en la obtención de turnos (Gráfico 10).

Gráfico 8: Familias encuestadas según tipo de obstáculo percibido

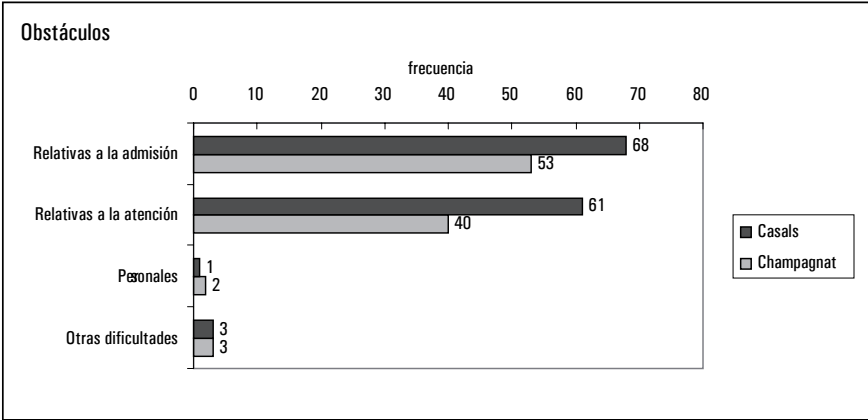


Gráfico 9: Familias encuestadas según tipo de obstáculos en la admisión

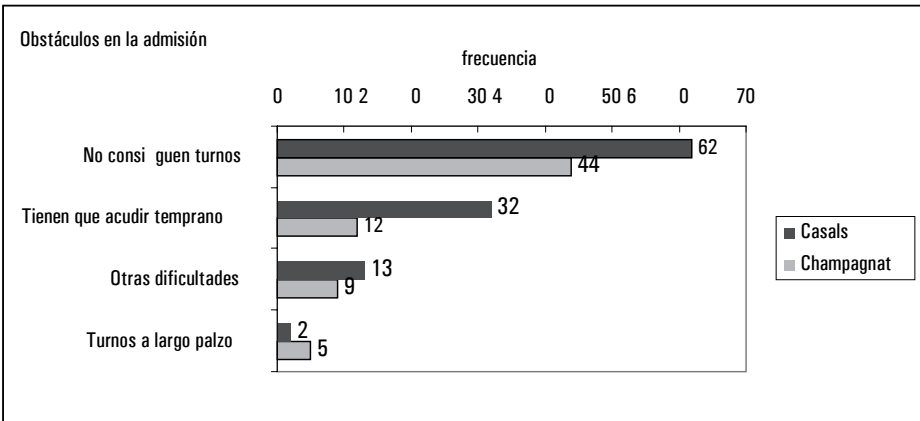
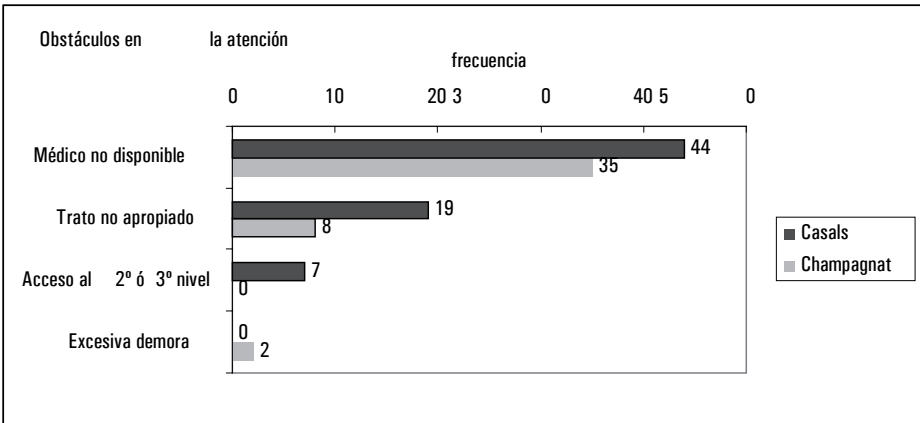


Gráfico 10 Familias encuestadas según tipo de obstáculos en la atención



Nota: Los obstáculos referidos corresponden a más de una categoría de dificultad

Quando el médico de cabecera no está disponible, la captación de la consulta asistencial la realiza el personal de Enfermería, quien aparece desempeñando el rol de “admisionista” según la expresión de la mitad de los grupos familiares. El resto de las familias expresaron como otra dificultad que ante la ausencia

del profesional de referencia, la atención queda bajo la responsabilidad de otro médico o directamente no son atendidos; estas expresiones constituyen llamados de atención para la gestión de los respectivos centros de salud (Tabla 12).

Tabla 12: Familias encuestadas según personal que lo atiende cuando su médico no está disponible.

Personal que lo atiende cuando su médico no está disponible				
	Nº de familias	Proporción	Nº de familias	Proporción
Enfermería	20	21/34	21	21/41
Nadie	9	9/34	11	11/41
Otro médico	4	4/34	5	5/41
Otro médico o enfermería	1	1/34	2	1/41
Otros integrantes del equipo	-	-	2	2/41
Total que refiere que su médico no está disponible	34 ^a	34/34	41 ^b	41/41
% del total que refiere obstáculos	51,5		49,4	

^a Se desconoce el dato en 1 caso.

^b Se desconoce el dato en 3 casos.

Con respecto a las familias que manifestaron obstáculos en la utilización de los efectores hospitalarios, se señala que, con relación a los más utilizados de dependencia municipal- V. J. Vilela e Intendente Carrasco-, se hace referencia a la admisión y a la atención en proporciones similares; en tanto en rela-

ción con los hospitales provinciales más consultados, sin identificar alguno en particular, se menciona en primer lugar a la admisión (Tabla 13). La percepción de obstáculo en la atención registra una frecuencia de mención inferior, una vez que se logra superar la instancia de admisión al Hospital.

Tabla 13: Familias encuestadas según tipo de obstáculos percibidos en la utilización de efectores hospitalarios

Tipo de dificultad						
	Nº de familias	%	Nº de familias	%	Nº de familias	%
Relativas a la admisión	17	45,9	16	53,3	11	73,3
Relativas a la atención	18	48,6	17	56,7	6	40,0
Personales	4	10,8	4	13,3	3	20,0
Otras obstáculos	1	2,7	-	-	1	6,7
Total de familias que nombraron obstáculos	37	100	30	100	15	100
Total que utiliza el efector en forma habitual	105	35,2	79	38,0	54	27,8

^a Incluye combinaciones con Carrasco y/o Centenario

^b Incluye combinaciones con Vilela y/o Centenario y con Heca en 1 caso.

En relación con el tipo de dificultad en los efectos hospitalarios, los grupos familiares identificaron en la admisión hospitalaria: tener que acudir demasiado temprano y los turnos muy a largo plazo como los preponderantes, seguidos por la imposibilidad de conseguir turnos. Estos obstáculos se mencionaron con frecuencia equivalente para los hospitales municipales y provinciales respectivamente. Con respecto a las obstáculos referidos a la atención, sobresalen las demoras en la atención y el trato no apropiado en los hospitales municipales.

Episodios de enfermedad y/o internaciones

Episodios de enfermedad Niños

Del total de niños relevados, el 23,5%(215/914) refirieron al menos un episodio de enfermedad o problema de salud en el último año. Prácticamente la totalidad de los niños consultaron ante los episodios de enfermedad referidos en el último año 95,81% (206).

Tabla N° 14: Enfermedad y consulta en individuos niños

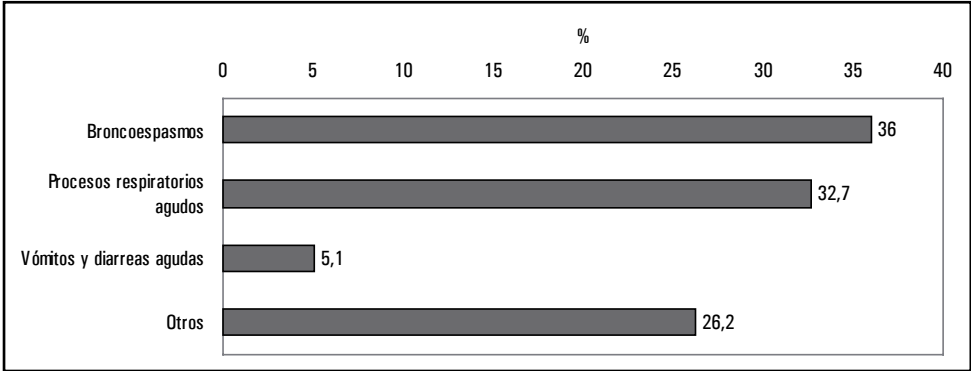
Enfermo	Consultó		Total
	No	Sí	
No	699	0	699
Sí	9	206	215
Total	708	206	914

Nota: 914 niños en los 528 grupos familiares relevados

De los problemas de salud relevados como de mayor ocurrencia en los niños, son los Broncoespasmos y los Procesos Respiratorios Agudos los que concentran las mayores frecuencias relativas,

representando el conjunto casi un 68%. El resto de los problemas se presentan con porcentajes de ocurrencia muy inferior.

Gráfico 11: Niños de los grupos familiares según problemas de salud en el último año



Nota: en la categoría “otros” se agruparon todos aquellos problemas de salud cuyas frecuencias fueron inferiores al 5,1%.
 Broncoespasmos: incluye bronquiolitis, BOR, alergias respiratorias y broncoespasmos sin especificar.
 Procesos Respiratorios agudos: no incluye broncoespasmos.

Internación en niños

El 6,3%(58/914) de los niños relevados informaron al menos una internación en el último año.

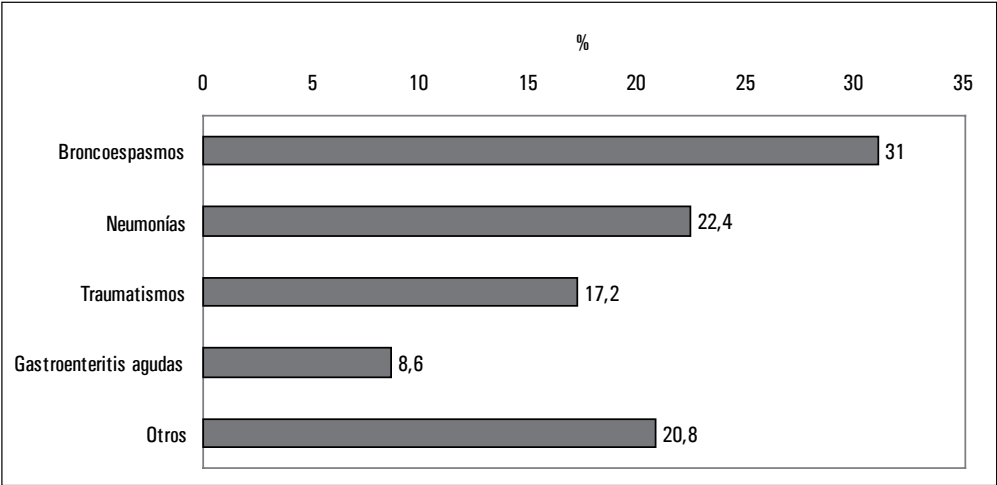
Tabla N° 15: Distribución de niños según condición de internación

Internados	frecuencia	porcentaje
No	856	93,7
Sí	58	6,3
Total	914	100,0

De los cuatro motivos de internación más relevantes, los Broncoespasmos y las Neumonías representan más de la mitad del total de internaciones pediátricas.

En tanto los Traumatismos ocupan el tercer motivo de Internación, con un valor relativo que alcanza 17,2% (Gráfico 12).

Gráfico 12: Niños relevados según motivo de internación en el último año



Nota: en la categoría “otros” se agruparon todos aquellos problemas de salud cuyas frecuencias fueron inferiores al 8,6%.
Broncoespasmos: incluye bronquiolitis, BOR, alergias respiratorias

La casi totalidad de la internación pediátrica en los 58 niños que transcurrieron por al menos un evento de

internación en el último año se concentró en el Hospital de Niños V. J. Vilela (Tabla 16).

Tabla N° 16: Lugar de internación en niños

Lugar de internación	Niños	
	Nº	%
Hospital V. J. Vilela	49	84,5
Hospital Provincial	3	5,1
Hospital Centenario	2	3,5
Maternidad Martín	1	1,7
Hospital Roque Sáenz Peña	1	1,7
Otros efectores	2	3,5
Total	58	100

Episodios de enfermedad en Adolescentes y adultos

enfermedad o problema de salud en el último año. En tanto consultaron por los problemas de enfermedad referidos el 85,7% (241) (Tabla 17).

El 17,6% (280/1594) de los adolescentes y adultos relevados refirieron al menos un episodio de

Tabla N° 17: Enfermedad y consulta en personas mayores (n=1594)

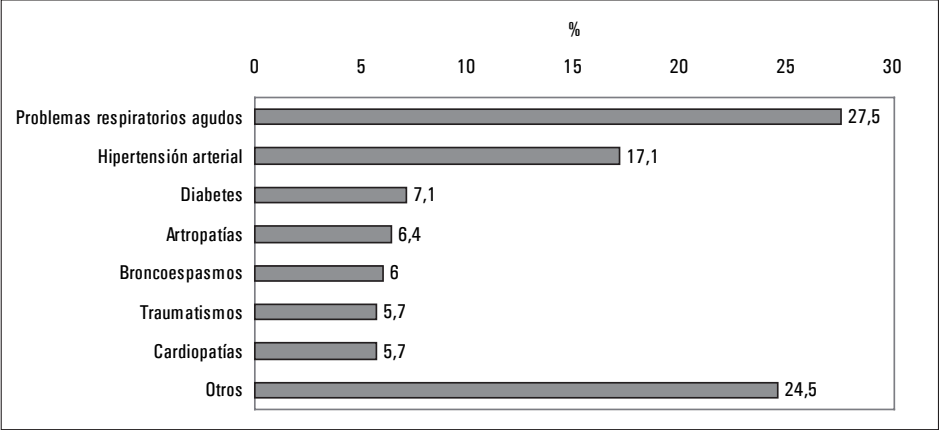
Enfermo	Consultó		Total
	No	Sí	
No	1314	0	1314
Sí	39	241	280
Total	1353	241	1594

Los nueve problemas de salud referidos como más frecuentes en el último año por los adultos de los GC encuestados, de los cuales los tres primeros consignados (Problemas Respiratorios Agudos, Hipertensión Arterial y Diabetes) representan más de la mitad. Gráfico N° 15.

Los problemas percibidos en el último año, que con mayor frecuencia se mencionaron para el grupo de

adolescentes y adultos fueron los problemas respiratorios agudos, la hipertensión arterial y la diabetes. El aporte realizado por cada uno de los restantes de los problemas de salud es inferior al de los mencionados anteriormente, aún cuando se hace necesario realizar un análisis de la gravedad de los problemas más allá de su frecuencia de presentación.

Gráfico N° 13: Adolescentes y adultos relevados según problemas de salud en el último año



Nota: en la categoría “otros” se agruparon todos aquellos problemas de salud cuyas frecuencias fueron inferiores al 5,7%.
 Procesos Respiratorios Agudos: no incluye asma bronquial, alergias respiratorias, Broncoespasmos sin especificar ni TBC.
 Artropatías: no incluye traumáticas.
 Broncoespasmos: incluye asma bronquial, alergias respiratorias y broncoespasmos sin especificar,
 Traumatismos: incluye laborales, domésticos, etc.
 Cardiopatías: incluye Enf. De Chagas y cardiopatías sin especificar.
 Dislipemias: incluye primarias y secundarias.

Internación en adolescentes y adultos

El 6,3%(100/1594)) de los adolescentes y adultos informaron al menos un episodio de internación en el último año.

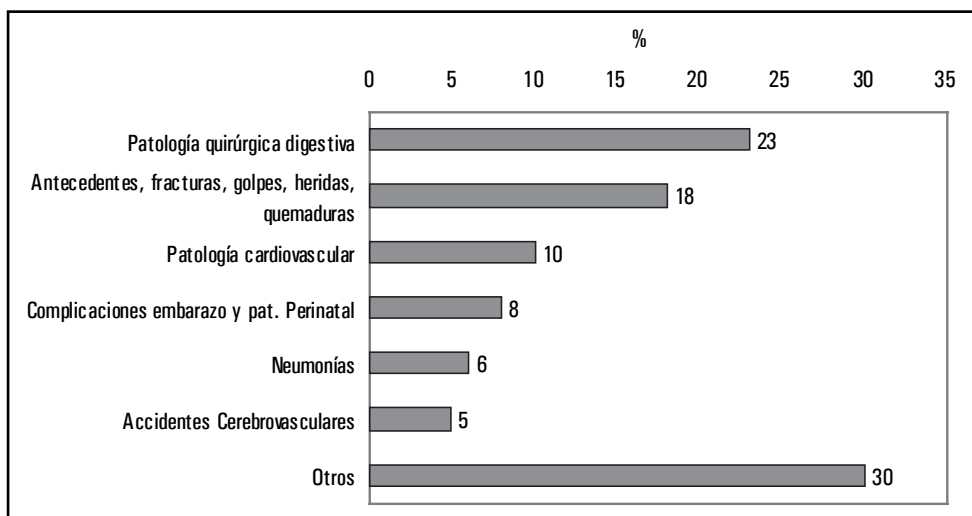
Tabla N° 18: Adolescentes y adultos según internación

Internados	frecuencia	porcentaje
No	1494	93,7
Si	100	6,3
Total	1594	100,0

Del total de motivos de internación referidos por este grupo en el período considerado, los dos motivos de mayor ocurrencia son las Patologías Digestivas Quirúrgicas y los Traumatismos de diversa índole,

representando algo menos de la mitad de los eventos estudiados (41%). El resto de las causas de interna- ción se escalonan en frecuencias relativas menores (Gráfico N° 14).

Gráfico N° 14: Adolescentes y adultos relevados según motivos de internación en el último año



Nota: en la categoría "otros" se agruparon todos aquellos motivos de internación cuyas frecuencias fueron inferiores al 5%.

Patología Quirúrgica Digestiva: incluye apendicitis, colecistitis, hernias digestivas, etc.

Patología Cardiovascular: incluye arritmias, picos hipertensivos, insuficiencia cardíaca descompensada.

ACV: accidentes cerebrovasculares.

Los hospitales Emergencias Dr. C. Alvarez y el último año .En tanto en los hospitales Centenario y Carrasco son los lugares de internación del 54% de Provincial se internaron el 18% de los pacientes. los adolescentes o adultos que refirieron tal evento en

Tabla N° 19: Lugar de internación en individuos adultos

Lugar de internación	Adultos	
	Nº	%
Hospital De Emergencia Cl. Alvarez	33	33
Hospital Carrasco	21	21
Hospital Centenario	10	10
Efector Privado	8	8
Hospital Provincial	8	8
Hospital Carrasco y HECA	7	7
Maternidad Martín	6	6
Otros hospitales	7	7
Total	100	100

Nota: Otros incluye Clínica de rehabilitación en adicciones (2), Hospital de Niños " V. J. Vilela"(3) y

Otros hospitales fuera de Rosario (2)

Discapacidad

Una mención especial lo constituye la búsqueda de presencia de personas con discapacidad al interior de los grupos familiares entrevistados, de la información recuperada un 10,4% de los grupos (55/528) refirió convivir con al menos un discapacitado; en cuanto al porcentaje de discapacitados en la totalidad de

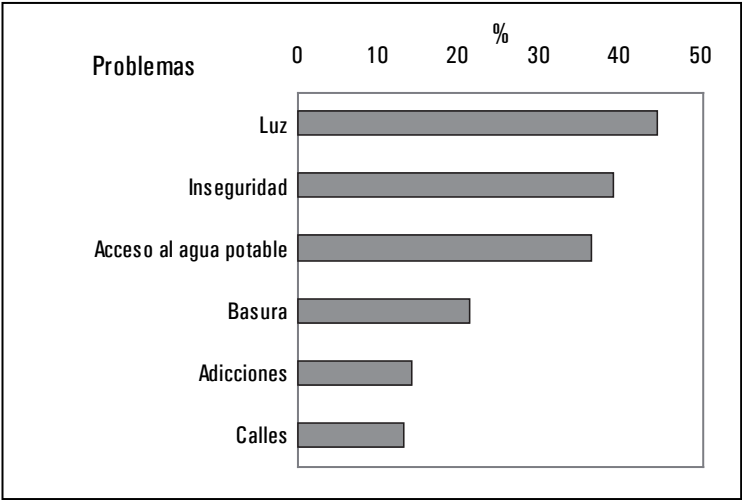
la población estudiada, el mismo asciende a 2,4% (59/2508).

Problemas barriales

Los grupos convivientes encuestados refirieron varios problemas como relevantes en el barrio (Gráfico

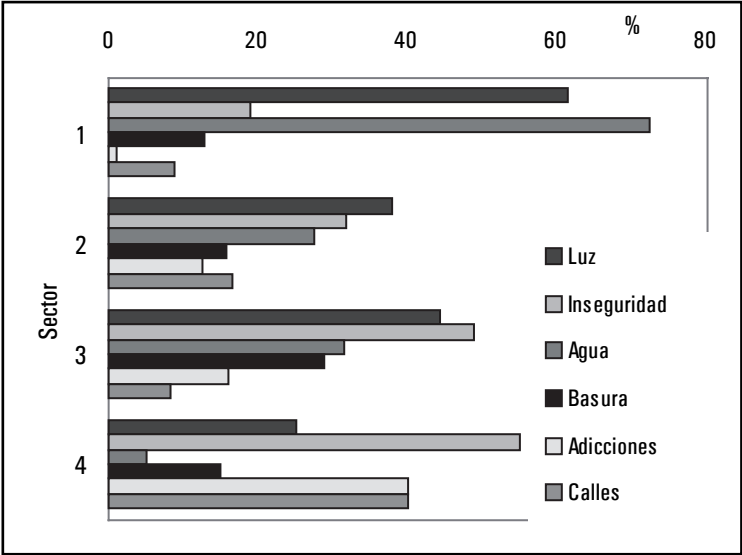
15). Priorizaron, en orden jerárquico, la falta de luz, la inseguridad, la falta de acceso al agua potable, la falta de recolección de basura, las adicciones a sustancias en jóvenes y el anegamiento de calles de tierra que impide el acceso de taxis y ambulancias.

Gráfico 15: Familias según problemas identificados en el barrio



Discriminados los problemas barriales considerando la sectorización inicial del trabajo, la preponderancia relativa con que fueron referidos por los GC encuestados fue la siguiente (Gráfico 16):

Gráfico 16: Problemas Barriales y Sectores de la Vía Honda



En el Sector 1, la falta de acceso al agua potable fue referida como el problema más relevante; en el Sector 2, la falta de luz, en tanto que en los Sectores 3 y 4 correspondió al problema de inseguridad el primer lugar en las preocupaciones de los vecinos.

PARTICIPACIÓN

Si bien el 75,9% de las familias encuestadas manifestó tener interés en participar en la resolución colectiva de los problemas barriales, al momento de la encuesta sólo el 15,5% de los grupos convivientes participaba efectivamente en alguna institución intermedia.

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de los interrogantes planteados desde los propios equipos de salud y de los hallazgos obtenidos se expresan a continuación algunas consideraciones que pueden facilitar la toma de decisiones a nivel de la gestión para una mejor y más adecuada oferta de servicios e intervenciones.

Es posible afirmar que, este estudio en particular es el producto del esfuerzo conjunto entre los integrantes de los centros de salud ubicados en el área de responsabilidad de la Vía Honda y de los equipos técnicos del área de investigación de la Secretaría de Salud Pública al compartir el principio básico que en los espacios de salud, la asistencia y la investigación deben articularse como modo de asegurar acercamientos más ajustados a las características, las necesidades y las demandas de la población a cargo.

El relevamiento incluyó a 2508 personas nucleadas en 528 familias, de los cuales 914 son niños y 1594 adolescentes y adultos. Se estimaron al momento de la realización del trabajo que los habitantes de la Vía Honda ascendían a 5250 según la información brindada por la Secretaría de Planeamiento de la Municipalidad de Rosario. El crecimiento tanto en población como en superficie ocupada por el asentamiento de nuevas viviendas se duplicó con predominio de migración interna proveniente de la propia ciudad.

La caracterización de los grupos convivientes de la Vía Honda, permitió visibilizar condiciones de extrema criticidad debido al escaso acceso a los servicios básicos (agua, luz y recolección de residuos entre otros) y precariedad de viviendas, asimismo las calles de tierra, el desnivel del terreno que facilita el anegamiento por lluvia impidiendo la circulación, constituyen un escenario que requiere intervenciones tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población.

La situación laboral reveló que más de las dos terceras partes de la población cuenta con trabajo precario o está desocupada. De las familias que cuentan con empleo precario, sólo la tercera parte tiene asistencia público estatal (Planes Jefes de Hogar, Plan

Familia, Plan de Empleo Comunitario, entre otros); de las que refieren tener empleo formal, algo menos de la mitad accede a alguno de los tipos de asistencia mencionados. Esta distribución de los subsidios y puntualmente los planes jefes de hogar, según Svampa (21) contribuyeron al fortalecimiento de la matriz asistencial, debido a su carácter no universalista y a los manejos abiertamente discrecionales que realizaron los gobiernos en sus diferentes niveles.

Con relación a la participación de los grupos familiares en instituciones u organizaciones del barrio, sólo una baja proporción de los mismos refirió tener una inserción activa, esta realidad condiciona negativamente la organización de la demanda para la obtención del acceso a los derechos básicos.

Respecto del índice de no-escolarización, una cuarta parte de los niños y adolescentes relevados no concurrían a la escuela. Dos de cada diez niños en edad de comenzar la escuela primaria no estaban insertos en ninguna institución en tanto que, a la edad de diecisiete años eran siete de cada diez los adolescentes no escolarizados. No se investigó en esta oportunidad los posibles motivos de no escolarización: el abandono escolar, la repitencia, las problemáticas de aprendizaje, el trabajo infantil sólo por citar algunos.

El hecho que los niños de la Vía Honda deban desplazarse para asistir a diversos establecimientos educativos distribuidos a lo largo de los distritos sudoeste, oeste y centro plantea un escenario preocupante que posibilita la expresión de varios interrogantes, tales como la relación entre la oferta de matrícula de las escuelas de la zona versus la población en edad a ser escolarizada...En este sentido, la información publicada en el Observatorio Social de la Municipalidad de Rosario (22) con relación al número de escuelas por cantidad de habitantes entre 5 y 19 años es dispar según los diferentes distritos; mientras que el Distrito Centro cuenta con 1 escuela cada 209 habitantes, el Distrito Oeste tiene 1 cada 997 y el Sudoeste 1 cada 946 personas, en la franja de edad arriba señalada. Se pone en evidencia una situación de inequidad en el acceso a la educación.

La utilización de los efectores de salud por parte de la población pone de manifiesto un reconocimiento de los efectores de salud de la zona; en este sentido se observa la búsqueda de atención preferentemente en los Centros de Salud Casals y Champagnat por sobre la consulta en el/los hospital/es y/o restantes Centros de Salud ubicados en el territorio. Ambos efectores concentran la atención de las tres cuartas partes de las familias.

De los hospitales, el V. J. Vilela en primer lugar y el Carrasco luego, son los efectores referidos como lugar de atención combinado con los Centros de Salud arriba mencionados y en menor medida como único lugar de concurrencia; se menciona con cierta frecuencia el Hospital Provincial del Centenario. En cuanto al tipo de servicio hospitalario utilizado prioritariamente, el hallazgo destacado no por eso menos esperado, indicó que las dos terceras partes refirieran sólo la atención en el espacio de la guardia hospitalaria.

La diferencia hallada entre la frecuencia en la consulta pediátrica con relación a los adultos está condicionada por múltiples factores entre los que pueden mencionarse la morbilidad diferencial que presentan los distintos grupos etáreos, la conducta expresada por la población respecto al control y seguimiento de los niños y la propia jerarquía otorgada desde la oferta de servicios de salud con relación al grupo materno infantil.

La escasa superposición en la consulta a los efectores de atención primaria, puede estar relacionada con los dispositivos de adscripción a determinado equipo/ médico de referencia; tales dispositivos se hallaban presentes en el momento de realización de este estudio aún con distinto tiempo de desarrollo.

El hecho que aparezca en los hallazgos la no consulta a ningún servicio de salud abre interrogantes que interpelan la organización y la cobertura alcanzada por los establecimientos asistenciales locales.

Con relación a los obstáculos en la utilización de los Centros de Salud, las dos terceras partes de las familias refirieron no tener problemas. Las que mencionaron obstáculos, los expresaron vinculados en mayor medida con la admisión -no conseguir turnos, tener que acudir demasiado temprano-, más que con la atención, donde se destaca como dificultad más importante el no encontrar a su médico disponible. En tanto que para los hospitales municipales los problemas se orientaron tanto a la admisión como a la atención, para los provinciales son mayoritariamente referidos a la admisión.

Quedó expuesto el hecho que, ante el pedido de atención en la ausencia o no disponibilidad del médico de cabecera el primer contacto es llevado a cabo por los enfermeros con una frecuencia no despreciable. La modalidad propuesta por los servicios a través de tales dispositivos de admisión supone la resolución puntual o de los síntomas que llevan a la consulta, dejando interrogantes entorno a la capacidad de transformar el/los contactos en situaciones de urgencia en instancias de seguimiento de los respectivos problemas de salud.

Por tratarse de una indagación que aborda la morbilidad percibida, no fue posible visibilizar el tiempo que medió entre la aparición de los síntomas y la efectivización de la consulta. De este modo si el ingreso de pacientes se define según la percepción de los mismos -turnos para control y las admisiones para las urgencias-, es posible suponer que los grupos estudiados circulan por estos circuitos de pronta resolución. Queda bajo la responsabilidad de los equipos promover modos de utilización que garanticen la continuidad y los abordajes integrales de la atención.

Numerosos estudios sostienen que contar con médico definido es un motivo de jerarquía de adherencia a los servicios de atención primaria que condiciona una menor utilización de los servicios de urgencia y en consecuencia el requerimiento de internaciones. Si bien este tópico no fue indagado, un indicador indirecto de adherencia aplicado fue la especificación del lugar de la atención -hospitales y/o centros de salud-; el mismo dio como resultado que una proporción destacada de familias, utilizan exclusivamente los efectores de atención primaria de la salud.

Ante la pregunta si estuvo enfermo en el último año, tanto para niños como para adolescentes y adultos, las patologías ambulatorias prevalentes fueron las enfermedades respiratorias agudas y crónicas. En este sentido la información con que se cuenta a nivel local (23) para los efectores públicos municipales, se registran en primer lugar las patologías respiratorias.

A nivel de internación pediátrica, se visualiza una correlación entre la mención realizada por la población del problema de salud que llevó a la internación de los niños y los diagnósticos de egresos de la información disponible: en primer lugar los broncoespasmos, las bronquiolitis y asma, luego las neumonías y en tercer lugar los traumatismos.

Con respecto a los diagnósticos de internación en adultos la patología digestiva ocupa el primer lugar en la población en estudio, seguida de las fracturas, heridas y traumatismos. Al considerar el patrón de morbilidad registrado a nivel de los egresos hospitalarios del sistema de salud municipal son las enfermedades del aparato respiratorio (neumonía en especial) y las enfermedades del aparato digestivo en segundo lugar mientras el tercer lugar corresponde a los traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (24).

Con relación a discapacidad, la información recuperada dio cuenta de un número inferior al esperado según la percepción de los equipos de salud y a los datos aportados en la primera encuesta nacional de personas

con discapacidad 2002-2003 (25) "que expresa que el 20,6 % de los hogares de las localidades de 5000 habitantes o más albergan al menos una persona con discapacidad". Por tratarse de un requerimiento de percepción particular en poblaciones vulnerables, se asume que el dato puede estar subestimado al decir del informante.

En el estudio queda expresado, la presencia del sector salud y cara visible del Estado en el territorio, recepcionando las demandas de las distintas problemáticas de estas familias, muchas de ellas íntimamente relacionadas con las condiciones de vida. (escolaridad, vivienda, servicios). El abordaje de las mismas exceden las posibilidades de resolución por parte de los equipos de salud de los centros, existiendo la necesidad de contar con el anclaje local de otros sectores tanto municipales como provinciales, en pos de asegurar la universalidad en el acceso a los servicios básicos.

Por último, con el fin de recuperar la utilidad de los estudios en población, se pudo contar a partir de esta indagación con información sanitaria que no estaba sistematizada y que permitió complementar los datos obtenidos de los registros que se generan a partir de la demanda de atención a los servicios de salud.

Como cierre debe mencionarse que al momento de la confección del informe final y a partir de la divulgación de los resultados, del trabajo sostenido por los equipos de salud de ambos centros y por los responsables de los distritos municipales, se avanzó en los siguientes aspectos: reuniones conjuntas y periódicas entre las distintas instancias estatales y privadas de prestación de servicios básicos y los vecinos; colocación de canilla pública en uno de los sectores (sector 1) con la posibilidad de la extensión domiciliaria de la red; fortalecimiento de las organizaciones del barrio en articulación con las organizaciones políticas para la colocación de caños de agua en los otros sectores de la Vía Honda; trabajo conjunto con referentes barriales que derivó en la constitución de una cooperativa de limpieza integrada por pobladores del asentamiento.

Por último y a partir de la reciente implementación de una política social de carácter universal como la asignación por hijo, se impone el análisis del impacto logrado en el territorio de la Vía Honda; en relación con el alcance de la asistencia estatal y su repercusión en la atención de la salud de los niños, y fundamentalmente los cambios operados en uno de los puntos más graves de los hallazgos del trabajo, tal los índices de no escolarización/ desescolarización en niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. Centros de Salud Casals y Champagnat. Mapa con georeferencia de consultas médicas realizadas por los Equipos. Agosto 2006.

2- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO. Programa Equilibrio Centro Periferia (2005). "Estado actual del área". Asentamiento Irregular sobre corredor urbano Barrio Alvear/ Barrio Moreno.

3- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO. Dirección General de Ordenamiento Urbano. Departamento de Planificación sectorial (2005). "Asentamientos irregulares".

4- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO. Programa Equilibrio Centro Periferia (2005). "Dominio del suelo en el área en estudio". Asentamiento Irregular sobre corredor urbano. Barrio Alvear/ Barrio Moreno.

5- DONABEDIAN, A. (1988) "Los espacios de la salud". Capítulo VII. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, México.

6- DEVER A. (1991) "Epidemiología de la utilización de los servicios de salud". Capítulo VIII del libro "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". OPS./OMS

7- DONABEDIAN A. (1988). "Los espacios de la salud," Capítulo VII Op. cit.: p. 71.

8- DEVER A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". Op.cit p. 229

9-MENDOZA-SASSI R. Y BÉRIA J. U. (2001) "Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados" Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 17(4):819-832.

10- DEVER A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". Op.cit p. 231

11-DEVER A. "Epidemiología y Administración de Servicios de Salud". Op.cit p. 232

12-DÍAZ,A.; HUERTA A.; RODRÍGUEZ A.; TELES-
CO C.(2000) "La dimensión sociocultural y su relación
con los patrones de utilización". Revista Investigación
en salud. Publicación científica de la Secretaría de
Salud Pública Municipal. Vol 3- Nº 1 y 2. Rosario.

13-MENDOZA-SASSI, R. Y BÉRIA J. U. (2001)
"Utilización de los servicios de salud: una revisión
sistemática sobre los factores relacionados" Op.
cit.p.822.

14-MENDOZA-SASSI, R. Y BÉRIA J. U. (2001)
"Utilización de los servicios de salud: una revisión
sistemática sobre los factores relacionados" Op.
cit.p 823.

15- DEVER A. "Epidemiología y Administración de
Servicios de Salud".Op.cit p. 232

16-DONABEDIAN A."Los Espacios de la Salud"
Capitulo VII. Op.cit.pp 73-74

17-DONABEDIAN A."Los Espacios de la Salud"..
CapítuloXIII. Op.cit.pp.496-497

18- FRENK, J. (1992) "El concepto y la medición
de accesibilidad". Investigaciones sobre servicios de
salud. Una Antología..Publicación científica Nº534.
OPS.Washington.

19- ADAY L. A. Y ANDERSEN R. (1974) "Marco
teórico para el estudio del acceso a la atención médica"
Health services Research.Chicago. pp: 604-612.

20-MENDOZA-SASSI, R. y BÉRIA J. U. (2001)
"Utilización de los servicios de salud: una revisión
sistemática sobre los factores relacionados". OP.cit.
p. 825

21- SVAMPA M. (2008). Cambio de época.
Movimientos Sociales y poder político, Buenos Aires,
Siglo XXI

22- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. OBSERVATO-
RIO SOCIAL. (2007) Dimensión: Educativa. Variable:
nivel de acceso al sistema educativo. Porcentaje de
escuelas por distrito. www.rosario.gov.ar

23-MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARÍA
DE SALUD PÚBLICA. Boletín de Estadística 2006.
Publicación del Sistema Municipal de Estadísticas de

Salud. Recursos, actividades y producción de la Red
de Servicios.

24- MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETA-
RÍA DE SALUD PÚBLICA. Morbilidad Hospitalaria de
Efectores de la Red de Salud Municipal Indicadores
por Efecto y Distrito (2007) Sistema Municipal de
Estadísticas de Salud.

25- I ENCUESTA NACIONAL DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD (ENDI 2002-2003). Complementaria
del Censo 2001 Indec. Versión electrónica: www.
indec.mecon.gov.ar

Relevamiento socio-sanitario de la población residente en el asentamiento “La Cava” Barrio Toba- Rosario

Aronna A., Bisio S., Maidana R., Rapelli C., Rodríguez A. (*)

Albarracín H., Bría S., De la Fuente F., Di Paolo S., Gastaldi G., Iraolagoitia M., Lifchitz O,
Montoya E., Ortega L., Perino G., Pintus P., Ruiz Silva J. (**)

Resumen

Se presentan los resultados de un trabajo conjunto realizado entre el equipo de salud del Centro Toba, los responsables de la gestión distrital y equipos técnicos de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. El disparador de este proceso fue la necesidad de contar con información, que, desde una perspectiva poblacional, posibilitara intervenciones más ajustadas a las necesidades de la comunidad.

El objetivo fue describir las condiciones socio-demográficas y sanitarias de la población residente en La Cava y las modalidades de utilización de los servicios de salud.

El estudio fue censal. Se diseñó un cuestionario. La población incluyó a todos los residentes del barrio La Cava. El trabajo de campo fue realizado conjuntamente por los integrantes del equipo de salud y los profesionales de la Secretaría. Se censaron 981 personas, el total de residentes se estima en 1211. Se aplicó el software estadístico SPSS Versión 11.0.

Es una población joven, proviene en su mayoría del municipio de Rosario. De la población económicamente activa, más de la mitad estaba desocupada. La utilización de la red de servicios de salud se concentra fundamentalmente en la consulta a los efectores ante la percepción de enfermedad.

La alta proporción de población consultante a los Centros de Salud, evidencia la adherencia al sistema de salud formal en un proceso de asimilación cuando la oferta de servicios está presente.

Los principales problemas del barrio aluden a: agua, luz y salud.

Los estudios poblacionales posibilitan el acercamiento con los usuarios, la apropiación de la información y una herramienta facilitadora para la gestión de los servicios.

Palabras claves: salud – utilización de servicios – epidemiología – estudio en población

(*) Integrantes de la Dirección de Estadística y del Área Investigación- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario: Participaron en la construcción del proyecto, en el diseño del instrumento, en el trabajo de campo, en el procesamiento de los datos, en la elaboración de los resultados y el armado del documento final.

(**)Equipo de Salud Centro de Salud Toba- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario: Participaron en la construcción del proyecto, en el diseño del instrumento y en el trabajo de campo.

Abstract

It was established that the available data was insufficient to understand the needs of the Toba population from their own point of view and their expectations with regards to health services. The survey is a collaborative effort between the Toba Health Centre's team, the district authority and the Public Health Department of the City of Rosario. The goal was to refine the knowledge of the socio-demographic and sanitary status of the residents of 'La Cava' as well as the use of the health services. We used of census style of survey applied to all residents of the settlement; 981 participated out of a total of 1211. Field work was carried out by both participating teams. The software was SPSS 11.0

The residents of 'La Cava' are young, originated mainly from Rosario; about half of them is unemployed and their use of the health services is mainly geared to punctual 'consultations' when sickness is perceived. The majority of the users shows a pattern of adherence to traditional health services when these are available to them.

The most important problems refer to lack of water, electricity and health.

The analysis of these populations allow for better communication with the users, data capture and the development of a tool that should facilitate the delivery of services

Key words: health- service use-epidemiology- population survey

Introducción

En setiembre del 2008 se inició un trabajo conjunto entre el Equipo del Centro de Salud Toba, la gestión distrital y de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS) y las áreas de Estadística e Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública con el objetivo de brindar un soporte que permitiera repensar la direccionalidad de las intervenciones en salud por medio de información sanitaria sistematizada de la población del área de responsabilidad.

El equipo de salud del Centro Toba, que funciona desde hace 17 años en el lugar, históricamente estuvo dedicado a la atención prioritaria de la población de origen toba. En los últimos años, dado el crecimiento de la misma por la radicación de nuevos barrios en terrenos vacantes, se registra un aumento en la demanda de atención. Durante el año 2006 se realizaron 19565 consultas, se controlaron 275 embarazadas y

se captaron 1297 menores de 6 años (consultas nuevas); estas cifras duplican las prestaciones realizadas diez años antes, según registros existentes para el año 1997, se realizaron 9892 consultas, se controlaron 151 embarazadas y se captaron 647 menores de seis años. En cuanto a la conformación de la oferta de servicios que acompaña a esta información, mientras que en el año 2006 se totalizaron 3240 horas médicas con 14 profesionales; en tanto para el año 1997 contaba con al Centro de Salud, 8 profesionales y no se tiene información fiable acerca de la asignación de horas. (1) (2)

En función de la demanda registrada, según revisión realizada por el equipo de salud en el mes de agosto del 2008, y en pos de asegurar la atención a la población / accesibilidad, el equipo fue renunciando, según la propia expresión de los trabajadores, a lo largo del tiempo a dispositivos instalados que tendían al seguimiento de los pacientes, atención domiciliaria, reuniones comunitarias e interinstitucionales. En el momento del estudio la modalidad de atención estaba centrada fundamentalmente en la demanda espontánea. No se contaba con información precisa sobre las áreas de responsabilidad de los centros de salud cercanos al Toba, así como si hubiere superposición poblacional en la utilización de los efectores de atención primaria o grupos que no accedieran a ninguno de los mismos. Preocupa especialmente la población del último asentamiento radicado en la zona llamado La Cava, integrado principalmente por familias de la comunidad Toba.

El Equipo del Centro Toba manifiesta un desajuste entre los recursos limitados y los diversos dispositivos a poner en marcha para asegurar una atención acorde a las necesidades de la población. Dan cuenta en términos concretos de situaciones por la que transcurren / que involucran a los nuevos habitantes del área de responsabilidad: (i) demanda de atención al centro de salud en situaciones de urgencia, de población no reconocidos como usuarios por el equipo de salud; (ii) complejidad de los problemas de salud que llegan a la consulta debido a las condiciones de vida desfavorables; (iii) diferentes representaciones culturales de los procesos salud- enfermedad que porta la población; (iiii) necesidad de implementar visitas domiciliarias sistemáticas por parte de los integrantes del equipo de salud dada la discontinuidad de los procesos de atención.

Por tratarse de una población de origen étnico, según menciona Menéndez (3) con otras creencias y saberes tradicionales respecto de sus padecimientos

reales e imaginarios que consideran que dañan su salud, la búsqueda de su atención conduce a la utilización del sistema de salud formal y de medicinas alternativas.

Con este contexto, la oferta organizada desde los servicios de salud se encuentra interpelada por situaciones que requieren otros tiempos en el proceso de atención y un vínculo particular que incluya conocimientos acerca de las condiciones socioculturales que portan las familias y la consecuente implementación de dispositivos o intervenciones que contemplen estas valoraciones.

Por otro lado al momento de iniciar la investigación se hallaba en construcción un centro de salud provincial, cercano a La Cava, no se contaba con información acerca del volumen, características y necesidades de la población residente en el área; así mismo se visualizó el proyecto como la posibilidad de iniciar un proceso sistemático de producción de información con participación activa por parte del equipo.

En consecuencia debido a la carencia de información concreta y fiable acerca de la población de La Cava, el equipo resuelve dar prioridad a la caracterización de los grupos convivientes en el asentamiento, conocer la composición de las familias, la procedencia, las condiciones de vida, los problemas de salud prevalentes desde la propia perspectiva así como las modalidades de resolución.

Contexto del estudio

El Centro de Salud Toba está localizado en el distrito Oeste, tiene como área de responsabilidad un territorio ubicado entre la calle: Felipe Moré al Este,

Bvard. Seguí al Norte, las vías del ferrocarril Mitre al Sur y la Avda. Circunvalación al Oeste. En cuanto al origen de la población que reside en este espacio pertenece fundamentalmente a comunidades de pueblos originarios y también se reconoce presencia destacada de grupos denominados criollos.

En el área de responsabilidad del citado Centro se ubicaron los asentamientos: Tacuarita, Cariñito, La Villita, Villa Larrea, La Amistad, Nuevo Horizonte, Garibaldi y La Cava (éste último es que tiene menor tiempo de localización, llevaba 2 años al momento del estudio). Cabe aclarar que el distrito oeste junto con el distrito sudoeste son los lugares de ubicación/reubicación de diversos asentamientos irregulares debido a la existencia de terrenos con vacancias para la construcción

Se denomina asentamiento La Cava a la extensión que se encuentra en el distrito Oeste entre las calles Maradona al Sur, Espinosa calle 1813 al Norte, calle 1819 al Oeste y Pasillo sin número al Este.

Se trata de terrenos privados, algunos con depresiones debido al desplazamiento de tierras que otrora dio lugar al nombre de Cava. Por el peligro que tal situación ocasionaba, la municipalidad comenzó su relleno con tierra y basura en forma provisoria. Según menciona la Secretaría de Planeamiento, a través del programa Equilibrio Centro Periferia-Asentamiento Irregular, en el año 2005 no existían viviendas en el lugar, momento en el que realizó la última foto aérea de la ciudad. Documento de la Secretaría de Planeamiento (4)

Área geográfica "La Cava" - 2005



Desde el año 2006 en adelante, según expresiones del equipo del Centro de Salud Toba, se fueron asentando las familias. Se trataría de migraciones de la propia ciudad, fundamentalmente de la zona de Travesía (Barrio Empalme Graneros del municipio de Rosario) y de otras provincias del país, principalmente de Chaco. Por tratarse de un asentamiento, los servicios no están garantizados y no hay instituciones formales en el territorio La Cava.

El citado barrio se ubica a una distancia cercana del Centro de Salud Toba, en promedio cinco cuadras; a una distancia promedio equivalente está emplazado el nuevo centro de salud aludido de dependencia provincial; es en este sentido que está asegurada la accesibilidad geográfica.

Algunos conceptos fundantes

Desde la epidemiología sociocultural, Hersch Martínez y Haro (5) reconocen los determinantes de la salud –enfermedad y de la atención íntimamente relacionados con los conceptos de salud-enfermedad. En este proceso tales autores mencionan “...distintos paradigmas sobre la naturaleza de lo humano y cómo esto se relaciona con su entorno...”. Desde una perspectiva relacional y contextual aluden a la existencia de “formas universales y por lo tanto homogeneizables en los problemas sanitarios”, no obstante reconocen modos particulares relacionados con diversos factores individuales que a su vez se incluyen y dependen “de entornos ambientales y sociales específicos”.

Con el objetivo de profundizar la cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad-atención que porta la población de origen toba, una investigación realizada en la ciudad de la Plata (6) y en relación a la atención de la salud infantil, los autores identifican tres modos complementarios de resolver sus problemas de salud, a saber: con el sistema de medicina tradicional o medicina étnica (piogonaq); el sistema de medicina oficial (hospitales y centros de salud) y el sistema de medicina religiosa (sanación de culto pentecostal). De este modo los padecimientos son comprendidos en una integración espiritual/corporal indisociada del contexto naturalista que da sentido a su cultura. Por lo que la atención de los problemas de salud incluyen en forma complementaria la utilización de los tres sistemas.

Menéndez (7), manifiesta la importancia de reconocer la existencia de los distintos saberes y formas de atención en los diferentes grupos y comunidades. Añade que, generalmente, los profesionales de la salud biomédica rechazan, desconocen y/o condenan a los saberes populares y/o tradicionales, pese a que

son utilizados habitualmente por diversos sectores de la población, los cuales tienden en el ámbito de las prácticas, a utilizar simultáneamente las diferentes formas y saberes, más que a antagonizarlos.

Por esto concluye que desde un punto de vista metodológico, es a partir de los sujetos y grupos sociales y no a partir de los curadores y/o profesionales de la salud, donde debería comenzar la identificación y análisis de las formas de atención que intervienen en un contexto dado. (8)

En la investigación de Elida Carracedo (9) llevada a cabo en la comunidad toba residente en el barrio Empalme Graneros de la ciudad de Rosario durante en el año 2005, sobre la utilización de un hospital provincial por parte de la citada comunidad; se analiza la utilización-adherencia a los procedimientos de la práctica de la biomedicina de los grupos tobas comparada con otros conjuntos sociales. La autora concluye que la visión y la valoración de la medicina formal es considerada una alternativa complementaria, lo que implica una aceptación de las posibilidades de sanar de los médicos siempre y cuando estos demuestren su eficacia, lo cual genera tensión en la relación médico –paciente debido a la actitud observante percibida por los médicos.

En relación a la valoración acerca de la figura del piogonaq, la mayoría desprestigia a los curadores tobas urbanos, pero reconoce a los residentes en el Chaco natal, como verdaderos especialistas. Además en este grupo se reconoce la eficacia de las plantas medicinales, saber tradicional impartido principalmente por las mujeres de las familias.(10)

En el mismo sentido en el trabajo “Conducta reproductiva de los Mayas”(11) realizado en Yucatán, se afirma que si bien en estas poblaciones tienden a modificarse las prácticas, ello no implica que desaparezcan las representaciones sociales tradicionales. No obstante cuando la accesibilidad a los servicios biomédicos está presente, la utilización de los mismos no sólo no es rechazada, sino que tiende a asimilarse.

Por lo tanto y para la efectiva utilización de los servicios, más allá del origen de la población, debe contarse con estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica esto es, la disponibilidad de recursos, accesibilidad geográfica y accesibilidad socio-organizacional. Esta última incluye las políticas de admisión formal o informal de pacientes así como los modos de organización de los recursos.(12)

Al respecto, Julio Frenk (13) distingue obstáculos organizativos a la entrada de los servicios (demoras para obtener un turno), al interior de los mismos y en

la continuidad de la atención. Entre la capacidad para producir servicios y el uso real de los mismos existe un conjunto de fenómenos intermedios que aluden a las características de los recursos en tanto pueden ofrecer mayor o menor resistencia en el acceso. Los sistemas de salud organizados fundamentalmente en torno a la movilidad de la población y no de los recursos, se hallan dentro del concepto de disponibilidad efectiva, por ello afirma el mismo autor, que la disponibilidad de los recursos no implica utilización.

Dentro de las organizaciones de salud operan tres campos de tensión (14), el territorio de las prácticas de salud donde comulgan diferentes actores que disputan por el espacio sanitario y en el que deben prevalecer los intereses de los usuarios. El campo de la producción de actos de salud donde predominan las tecnologías blandas o relacionales en detrimento de las duras (equipamiento, saberes estructurados), este trabajo vivo posee alto grado de autonomía e incertidumbre, es el espacio que posibilita estrategias de abordajes creativos para la resolución de los problemas de salud de la población. Por último, el terreno de las organizaciones de salud es donde se define / negocia la orientación de las normas instituidas y pone en tensión la autonomía de los trabajadores y sus espacios privados en función de los intereses de los usuarios.

Como síntesis es posible afirmar que un cuerpo de informaciones válidas, más allá de las variadas fuentes de información secundaria existentes a nivel de los servicios, pasa a ser cada vez más apreciado por los tomadores de decisión, ya sea como insumo en el área estrictamente clínica como en las intervenciones específicas a nivel de la salud pública como componentes centrales en la articulación entre la oferta y la demanda de servicios de salud. (15)

El desafío que en la actualidad deben enfrentar los investigadores y los profesionales de la salud es el de reflejar, de la mejor manera posible, que estas nuevas modalidades de recuperar información de primera mano, lleven a la instalación de dispositivos / intervenciones que intentan revertir la realidad poblacional hallada y son pasibles de ser evaluados a partir de la aplicación de estudios poblacionales con el desarrollo de diversas estrategias metodológicas.(16)

Objetivos

General

- Describir las condiciones socio-demográficas y sanitarias de la población residente en La Cava y las modalidades de utilización de los servicios de salud.

Específicas

- Caracterizar la composición de los grupos familiares según edad y sexo, la procedencia, tiempo de radicación en la zona, condiciones de la vivienda y sus modalidades de subsistencia.

- Describir la situación de escolaridad de los habitantes de la Cava.

- Describir las estrategias de utilización de los efectores de la red de salud.

- Indagar la participación en instituciones locales y los problemas prioritarios del barrio.

Metodología

Este trabajo se define como un estudio cuantitativo con la aplicación de fuentes primarias de información, mediante la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas.

La unidad de análisis la constituyeron los individuos que habitan La Cava en su totalidad. Un habitante de cada vivienda cumplió el rol de informante a partir del cuál se estableció el parentesco con los restantes integrantes y la conformación de los grupos familiares.

El estudio tuvo carácter censal, se registraron las viviendas en las que no se encontraron habitantes y como criterio se realizó en tales casos hasta dos revisitas.

La cartografía inicial se construyó a partir de la información satelital obtenida del Google Earth ampliando la zona a relevar. La obtención de las fotografías facilitó la delimitación del área y la división de la misma en sectores geográficamente definidos que permitieran un mejor acceso a las viviendas. Se realizó una recorrida a los fines del reconocimiento del terreno con el material impreso. De este modo se decidió dividir el área en 7 sectores cuyos límites geográficos son. Sector 1: N (Garibaldi) , O (1832), E (Pasillo.) y S (Maradona); Sector 2: N (Garibaldi), O (Campbell), E (1832) y S (Maradona); Sector 3: N (Garibaldi), O (1830), E (Campbell) y S (Maradona); Sector 4: N (Calle divisoria interna), O (1830), E (Campbell) y S (Garibaldi); Sector 5: N (Calle divisoria interna), O (1862), E (1830) y S (Garibaldi); Sector 6: N (1813), O (1862), E (1830) y S (Calle divisoria interna); Sector 7: N (1813), O (1830), E (Campbell) y S (Calle divisoria interna). Para cada uno se fijó el punto de arranque en la respectiva esquina con orientación sudeste. (Ver foto satelital google 2008)

Área geográfica "La Cava" - 2008



En pos de dar respuesta a los objetivos planteados se incluyeron las siguientes variables agrupadas en:

A- Caracterización de los grupos familiares: tiempo de residencia en el barrio; conformación del grupo familiar (todos los convivientes que habitan bajo un mismo techo y compartan baño y cocina); número de integrantes del mismo; edad, sexo, lugar de nacimiento (localidad y provincia que refiera para cada integrante); Procedencia (refiere al lugar de residencia inmediato anterior al del actual asentamiento); educación formal (Concurre indicando nombre de la institución, Concurrió, indicando el último año que cursó o No concurrió); educación informal (asistencia de alguno de los habitantes a jardines de infantes o jardines maternos, taller de alfabetización o cualquier otro establecimiento de formación); condición laboral (trabaja o no trabaja; si lo hace en qué condición formal, informal, chingas, discontinuo); ocupación (actividad que desempeña concretamente); beneficio de planes sociales (si o no, subsidio, plan o jubilación en sus diferentes modalidades); origen de la familia (Toba / Criollo / Toba y Criollo / Otro); características de la vivienda (nº de habitaciones; luz domiciliaria; agua; baño; material predominante; combustible que usa preferentemente para cocinar);

B- Utilización de servicios de salud: establecimiento o profesional de consulta habitual para la atención de salud, concurrencia a los centros de salud de la zona; modalidad de concurrencia

al centro de salud (turnos del día, turnos programados, admisión de enfermería); médico de referencia; internaciones en el último año; lugar de internación en el último año; percepción de síntomas respiratorios (tos prolongada, catarro con sangre, agitación, pérdida de peso);

C- Participación en organizaciones intermedias (asistencia o participación en alguna o algunas organizaciones de diversidad de orígenes).

D- Identificación de problemas barriales (mención de los problemas por los entrevistados).

Procedimiento general del trabajo de campo

Se diseñó el cuestionario en reuniones conjuntas entre los equipos intervinientes, logrado el consenso se conformó el respectivo instructivo y a posteriori se establecieron acuerdos sobre los criterios de aplicación del instrumento. Se apeló a entrevistas piloto con pacientes en sala de espera y se diseñó una hoja de ruta para identificar el recorrido a realizar por cada uno de los equipos. En la misma se debía consignar la vivienda identificada y la realización o no del cuestionario para luego llevar a cabo la(s) visita(s) de ser necesario. Se acordó volver al domicilio en dos (2) oportunidades hasta definir a la vivienda sin moradores.

Durante el recorrido se confeccionó el mapa del lugar, se incluyeron todas las viviendas localizadas, estuvieran ocupadas, desocupadas o sin moradores al momento del encuentro. Luego de cada salida a terreno

se realizó una tarea de control de calidad de llenado de los cuestionarios con el objeto de recuperar toda aquella información incompleta o poco clara.

Para la realización del trabajo de campo se conformaron siete equipos con dos o tres integrantes a quienes se asignó un sector del barrio. (Del 1 al 7). La actividad se desarrolló entre Setiembre 2008 y Mayo 2009

Al término de esta etapa se diseñó una base de datos y se procedió al procesamiento de la informa-

ción con el software estadístico SPSS Versión 11.0. Se resumió la información en tablas y gráficos y se calcularon medidas de resumen e indicadores para dar respuesta a los objetivos de partida.

Se listaron 337 viviendas, de las cuáles se relevaron 244 (72,4%) y en 93(27,6%) no se encontraron moradores en su interior luego de las revisitas establecidas. Se relevaron 981 personas y se estimó que el total de residentes del barrio ascendía a 1211. No se registraron rechazos.

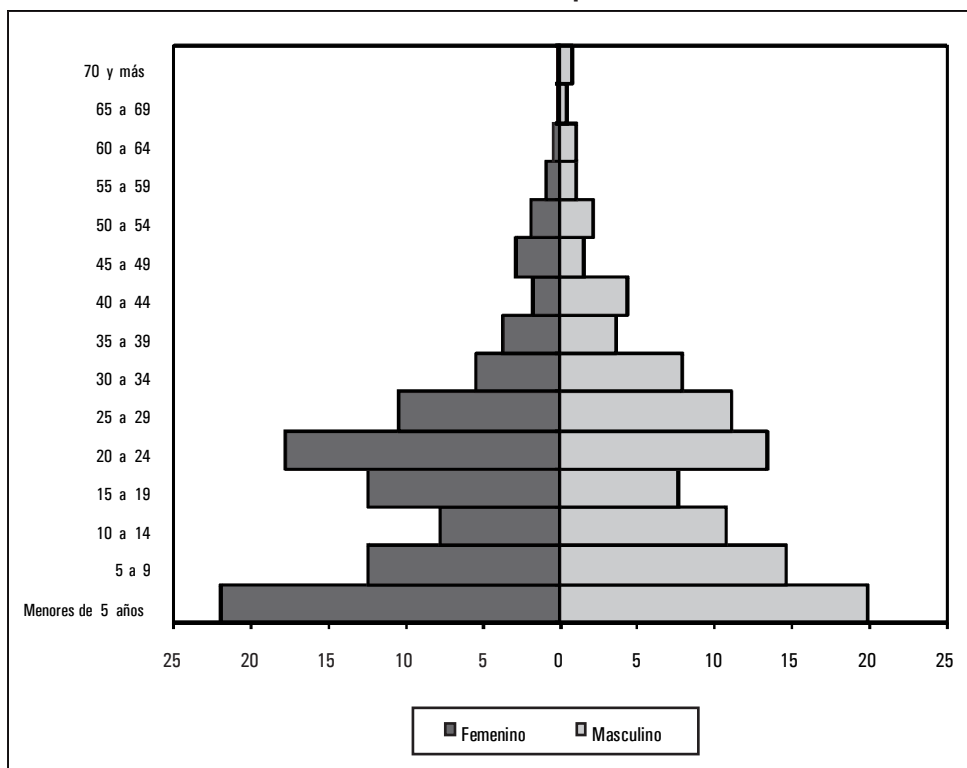
Resultados

I.- Características socio-demográficas de La Cava

1. Población

1.1. Características socio-demográficas de los residentes de La Cava

Gráfico 1 Pirámide poblacional



Nota: 13 registros sin información.

La conformación de la pirámide poblacional se corresponde con una población joven con base ensanchada en las primeras edades y con un estrechamiento sostenido en los grupos de edad superior a los 39 años.

La edad promedio de los residentes es de 19 años (DS= 15 años); el 75% tiene menos de 27 años. La variabilidad registrada es muy amplia con un rango de 85 años (Mín 0 – Máx.85). Percentil 25= 6a Percentil 75= 27a.

1.2 – Lugar de nacimiento

Tabla 1: Distribución de la población de La Cava según lugar de nacimiento.
(N=976)

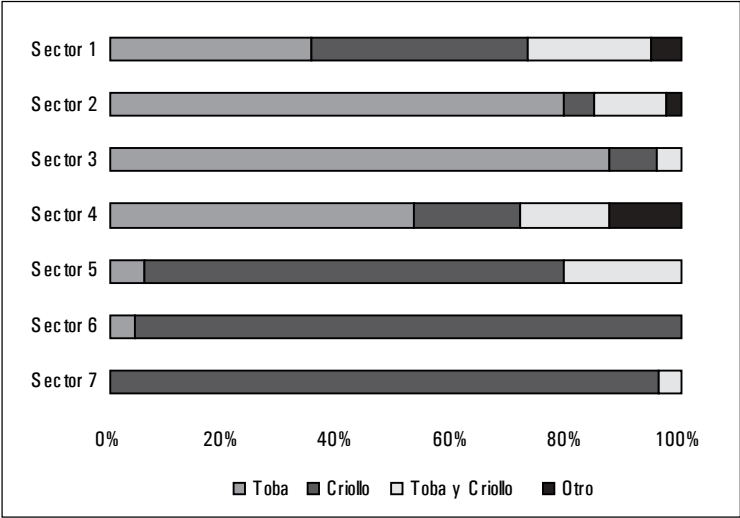
Lugar de nacimiento	Frec	%
Otra provincia del país (51%)	Chaco	426
	Corrientes	31
	Santiago del Estero	12
	Formosa	7
	Entre Ríos	6
	Buenos Aires	5
	Tucumán	5
	Otras provincias	9
	Total	501
Rosario (42%)	411	100
Otra ciudad de Santa Fe (3%)	Vera	10
	Pérez	4
	Santa Fe	4
	Otras ciudades de Santa Fe	11
	Total	29
Otro país (4%)	Paraguay	33
	Bolivia	2
	Total	35

Nota: 4 registros sin especificar provincia de nacimiento, 1 registro sin información del lugar de nacimiento.

El 51% de los residentes de La Cava nacieron en otras provincias del país (Tabla 1). De éstos, la mayoría nacieron en el Chaco (85%). El 42% de los habitantes nacieron en Rosario, el 4% nacieron en otro país de los cuales la mayoría, es originario de Paraguay; sólo el 3% nació en otra ciudad de la provincia de Santa Fe.

1.3- Origen de la población

Gráfico 2: Distribución de la población según origen y sector
(N=975)



Nota: 6 registros sin especificar.

La población que reside en La Cava no se distribuye en forma homogénea en los siete sectores que conforman el barrio. Los sectores 1, 2 y 3 concentran el 49,7% de la población, los sectores 4,5 y 6 el 41,2%, y el sector 7 el 9,2 % del total de habitantes censados.

El 44,1% de los habitantes que residen en La Cava son de origen toba y el 41,2 % criollo, el 14,7%

restante refiere otros orígenes (guaraní, mocoví). La mayoría de quienes residen en los sectores 2, 3 y 4 son de origen toba. En los sectores 5, 6 y 7, se invierten las proporciones a favor de los residentes de origen criollo. En el sector 1 la característica estudiada se distribuye de manera más homogénea: el 35% son de origen toba, el 38% de origen criollo y el 22% reconoce ambos orígenes (toba y criollo).

1.4- Procedencia de la población

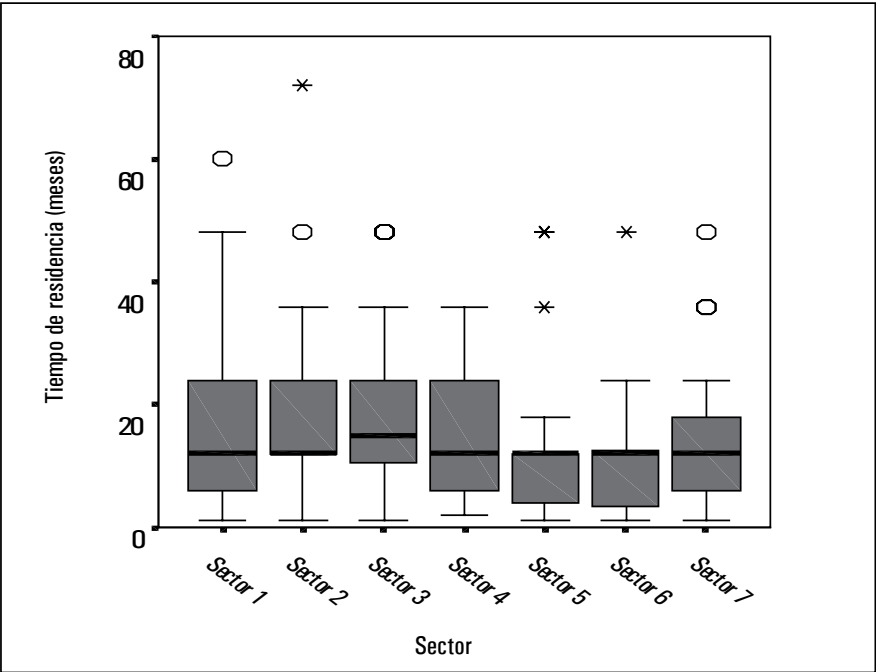
Tabla 2: Distribución de la población según procedencia y sector

Sector	Procedencia Rosario	Otra ciudad O de Santa Fe	tra provincia del país	Otro país	Total
Sector 1	122	8	22	0	152
Sector 2	115	5	21	2	143
Sector 3	160	4	21	0	185
Sector 4	112	4	23	6	145
Sector 5	130	10	3	1	144
Sector 6	106	1	7	0	114
Sector 7	81	9	0	0	90
Total	826	41	97	9	973
Porcentaje	84,9	4,2	10,0	0,9	100,0

La mayoría de los residentes de La Cava provienen de otros barrios de Rosario (85%), con la siguiente distribución: el 47% residían en otro sector del mismo barrio, el 40% provienen de otros barrios de Rosario que no incluyen comunidades de pueblos originarios, y

el 13% provienen de otras localizaciones de la comunidad toba radicada en el municipio. Con relación al 15% restante, 4% residieron antes de llegar a La Cava en otra ciudad de la provincia de Santa Fe, 10% en otra provincia del país y 1% residió en otro país.

Gráfico 3: Distribución del tiempo de residencia de la población relevada.



1.5- Tiempo de residencia en el barrio

Tal como se observa en el gráfico, el tiempo medio de residencia de la población es semejante en todos los sectores, si bien la distribución no es uniforme entre los mismos, siendo el sector 1 y el sector 4 los que presentan mayor variabilidad., mientras que en los sectores 5, 6 y 7 el tiempo de residencia es algo menor que en el resto de los sectores, ya que son los de más reciente radicación. El tiempo promedio es de 16 meses (DE= 12,m.), con un mínimo de un mes y un máximo de 72 meses.

El tiempo de residencia del 50% de los habitantes

se halla entre 6 meses y 2 años. En particular, en los sectores 5 y 6, el 75% hace un año o menos que habita en La Cava.

Para todo el barrio, el tiempo de residencia máximo es de 6 años (población que reside en el sector 2) y el mínimo es de 1 mes.

En cuanto al número de residentes, se constató que en promedio residen 4 personas por vivienda, con un desvío estándar de 2, este guarismo se mantiene en los siete sectores relevados. El número de residentes varía entre 1 y 16 personas pero este valor máximo sólo se registró en una vivienda (sector 4 del barrio).

1.6- Educación

Tabla3: Distribución de la población de La Cava según concurrencia a la escuela.

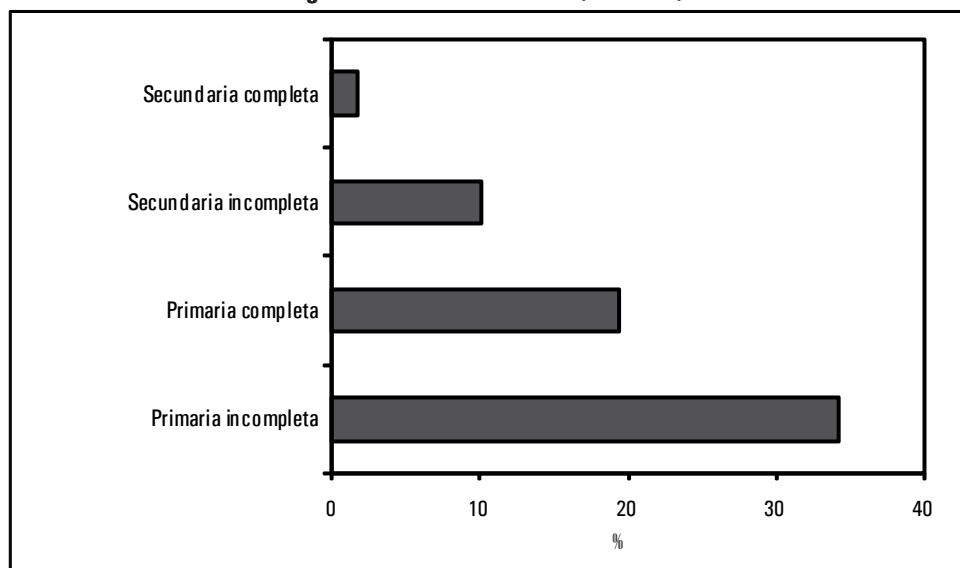
Educación formal	Frec	%
Concorre	185	26,3
Concurrió	461	65,6
Nunca concurrió	55	8,1
Total	703	100

Nota: 56 registros sin información, 224 personas que no tienen la edad suficiente para concurrir.

De destacarse que algo menos del 10% de la población (Tabla 3) nunca concurrió a la escuela, esta cifra pone al descubierto una situación de vulnerabilidad al

momento de considerar las posibilidades de inserción y de acceso a diferentes bienes y servicios así como la modalidad de inclusión en el mercado laboral.

Gráfico 4: Distribución de la población que concurrió a la escuela según nivel de instrucción. (N= 455)



Nota: 6 registros sin especificar.

El 65% de los residentes de La Cava (461/981) concurrió a la escuela; de estos, el 34% no terminó la primaria. El 19% terminó la primaria pero no siguió estudiando. Sólo el 2% de los residentes terminó la secundaria, el 8% son analfabetos (Tabla 3, Gráfico 4).

Con respecto a la educación informal, sólo 39 niños (39% de la población entre 2-4 años, 39/99), concurren a un Centro Crecer o a un Jardín de infantes. Sólo una persona mencionó asistir al taller de alfabetización.

Gran parte de la población que hoy concurre a la escuela (173), lo hace a establecimientos escolares

cercanos al barrio: la mitad de los niños (49,7%, 86) concurren a la escuela primaria bilingüe establecida en el propio barrio en tanto que la otra mitad se desplaza a otras escuelas localizadas a mayor distancia (15% (26, Sector 7), 6,4 % (11, Barrio Dúplex), 6,4% (11, Lola Mora), 0,6% (1, Secundaria Toba) y el resto, 21,9% a otras escuelas (38/ 173)). La concurrencia a las diferentes escuelas puede estar condicionada por variadas razones entre las que pueden mencionarse las respectivas matrículas que llevan a la población a insertarse en los establecimientos más alejados, motivos culturales, entre otros.

Tabla 4: Distribución de la población económicamente activa según la situación laboral.

Situación laboral	Frecuencia	%
Trabajo formal	33	5,9
Trabajo irregular	189	33,8
Trabaja sin especificar condición	21	3,8
Subtotal	243	43,5
No trabaja	316	56,5
Total	559	100

Nota: 1 registro sin información

Según la información resumida en el cuadro precedente, más de la mitad la población económicamente activa no trabaja (56,5%). De las personas que trabajan (243), el 77,8% lo hacen de forma irregular (189), sólo el 13,6% tiene trabajo formal (33/ 243)- de estos 28 trabajan en la construcción- y en el resto no se pudo obtener la dependencia laboral (8,6%, 21/243).

De los que tienen trabajo irregular (189), el 35% trabaja en la construcción (56), el 18 % en changas (29) y el 12% son cartoneros o cirujas (19), en los casos restantes no fue posible obtener una descripción del tipo de trabajo irregular (35%, 85).

Con respecto a los que trabajan pero no conocen cual es la situación laboral (21), algo menos de las dos terceras partes trabaja en la construcción.

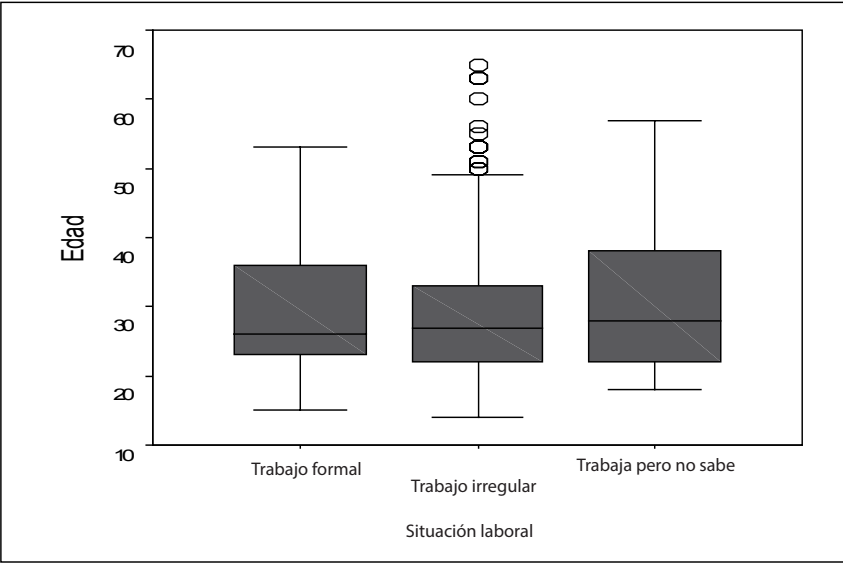
Estos guarismos expresan la precariedad de la

condición laboral imperante en esta comunidad así como también la fragilidad en la que se encuentra más de la mitad de la población por la condición de desocupados.

Si se toma en cuenta el total de grupos familiares relevados (244) puede afirmarse que un 81,1% (197) tiene al menos un integrante que trabaja. No se registraron diferencias con respecto al sector de residencia ni al origen de la familia.

La distribución de la edad de los residentes de La Cava es independiente de la situación laboral referida., siendo la edad promedio de los que trabajan de 29 años (DS= 11a.), Mínimo 14 – Máximo 65. El 50 % de los que trabajan están comprendidos entre 22 y los 35 años.

Gráfico 5: Distribución de la edad de la población de La Cava que trabaja según situación de laboral.



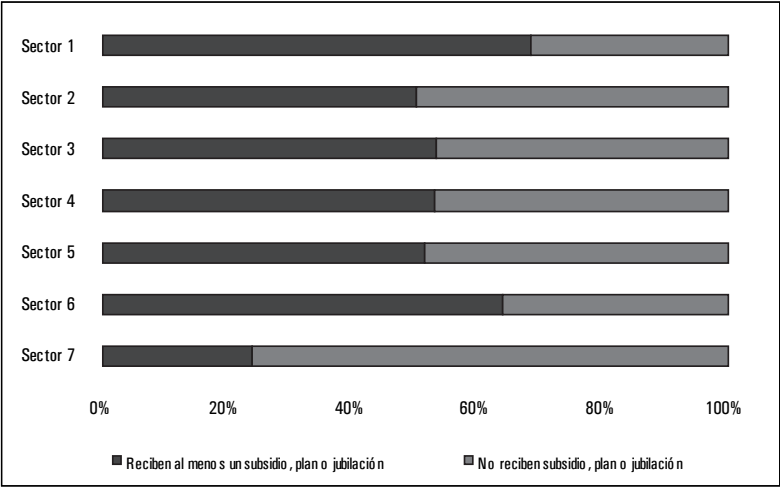
1.7.2. Asistencia estatal

El 53% de los grupos familiares (128/ 244) recibe al menos un subsidio, plan o jubilación.

Sólo el 24% de las familias del sector 7 recibe al menos un subsidio, plan o jubilación, mientras que en el sector 1 el 68% de las familias reciben al menos uno. El hallazgo anterior tiene relación con el hecho que

el sector 7 es el más nuevo en tiempo de residencia de los pobladores mientras que el sector 1 es el más antiguo y en consecuencia la población tiene estrategias de acercamiento a organizaciones y a una mayor comunicación para lograr tales beneficios. En el resto de los sectores el porcentaje de familias que reciben al menos un subsidio, plan o jubilación se mantiene alrededor del 50% (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribución de familias relevadas en La Cava según si reciben subsidios, plan o jubilación por sectores.



Del total de población económicamente activa (560) según la condición laboral y la obtención de subsidios, planes y/o jubilación surge que sólo el 30,1% recibe algún tipo de asistencia estatal. Si este análisis se concentra en función de tener o no trabajo,

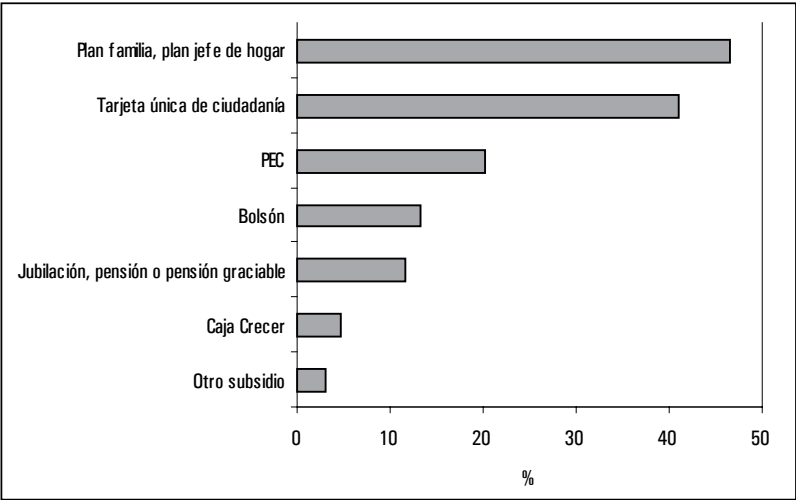
independientemente de la condición, esta cifra disminuye al 9,6% para los que trabajan, en tanto que algo menos de la mitad de los que no trabajan la reciben (46,6%). (Tabla 5)

Tabla 5: Distribución de la población económicamente activa según condición laboral y asistencia estatal.

Recibe subsidio/pensión/Jub.	Trabaja					
	Sí		No		Total	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Sí	22	9.6	132	46.6	154	30.1
No	207	90.4	151	53.4	358	69.9
Total	229	100.0	283	100.0	512	100.0

Nota: 47 registros sin información.

Gráfico7: Distribución de familias relevadas en La Cava según tipo de subsidio o beneficio social



Nota: Pregunta con respuestas múltiples.

De las familias que reciben al menos un subsidio, plan o jubilación (129), el 47% recibe el plan familia o el plan jefes de hogar, y el 41% recibe la tarjeta única de ciudadanía. Se observa que son muy pocos los hogares que reciben la caja Crecer.

Debe destacarse que en todos los tipos de planes identificados hay más familias de origen toba que los reciben, así como también son del mismo origen (80%) la mayoría de las familias que reciben el Programa de Empleo Comunitario (PEC).

2- Características de las viviendas

De todas las viviendas recorridas (244) sólo en 241 se obtuvo información acerca del material de construcción predominante. Algo más de las dos terceras partes de las viviendas están construidas con chapas (65,6%, 158/241) a lo que debe agregarse las construidas con diversidad de materiales (25,7%, 62/241), siendo la combinación más frecuente chapas y bloques/ladrillos. Sólo el 6,6% (16/241) de las viviendas están construidas con bloques/ ladrillos; sólo 2,1% de las

viviendas (5/241) están construidas con madera . Esta distribución no difiere entre los sectores.

De las 244 viviendas relevadas, la mayoría (84,1%), tienen el baño afuera de la vivienda, el 11,2 % está ubicado en el interior de la misma y 4,7% no tienen baño. El 82,5 % (211) de las viviendas relevadas tiene una sola habitación, el resto 17,5% tiene dos o tres habitaciones.

Los combustibles más utilizados en las viviendas, y no de manera exclusiva para cocinar, son el gas en garrafa en el 87,2%, la leña en el 22,3% y el carbón en el 5,4 %.

Todas las viviendas tienen conexión clandestina al servicio eléctrico.

El 75,6% de las viviendas obtiene el agua a través de mangueras y el 25,6% utiliza la cuba. Los informantes mencionaron otras opciones de búsqueda de agua tal como por ejemplo la canilla pública

(7,6%) y/o el acarreo de otra vivienda (5,9%). En ningún caso se mencionó una única modalidad de provisión de agua. Este indicador se mantiene con pequeñas oscilaciones entre los siete sectores del barrio.

II. Salud

2.1. Utilización de la red de salud

Tabla 6: Distribución de la población según dónde consultan cuando se sienten enfermos. (N=981)

Institución que consulta	Frec	%
Centro de Salud	790	83.3
Hospital	188	19.8
No consulta a nadie	81	8.5
Piogonaq	49	5.2
Consulta en otra institución	31	3.3

Nota: 33 registros sin información. La categoría "Consulta en otra Institución" contiene: iglesia evangélica (21), obra social (7) e institución en Gálvez (1).
Pregunta con respuestas múltiples.

Más de las tres cuartas partes de las personas (83%) consultan en el centro de salud cuando se sienten enfermas. El 20% consulta en el hospital. La atención compartida entre el centro de salud y el hospital es referida por el 17% de la población. (Tabla 6)

La mayoría de las personas que consultan al Piogonaq cuando se sienten enfermos son hombres; en el mismo sentido entre quienes no consultan a nadie las tres cuartas partes son hombres. En tanto que la mitad de las personas que concurre al centro de salud cuando se encuentran enfermos son de sexo masculino al igual que los que concurren al hospital (55% son hombres).

La población que consulta tiene en promedio 27 años (DS= 13.a); el 50% de los que no consultan a nadie cuando se sienten enfermos tienen entre 19 y 31 años; así mismo en el grupo que no consulta a nadie cuando se siente enfermo, hay un menor de 4 años, 5 niños con edades entre 5 y 9 años y 5 con edades entre 10 y 14 años ; múltiples hipótesis pueden expresarse a partir de esta evidencia, entre ellas cabe considerar la factibilidad de acceso por un lado a la atención a partir de la oferta de servicios del Centro de Salud y por otro la utilización y el seguimiento que pueda instalarse en la población.

Tabla 7: Distribución de la población de La Cava según si estuvieron internados el último año.

Estuvo interndo en el último año		Frec	%
Si		65	6,8
	HNVV	19	29,2
	MM	16	24,6
	HECA	9	13,8
	Centenario	5	7,7
	HIC	4	6,2
	HRSP	2	3,1
	Zona Norte	1	1,5
	Otro	1	1,5
No especifica efector		8	12,3
No		884	93,2
Total		949	100

Nota: 12 registros sin información.

Sólo el 7% de la población de La Cava estuvo internada en el último año. De éstas, el 29% estuvo internado en el Hospital de Niños V. J. Vilela, y el 25% en la Maternidad Martin, esta modalidad de utilización

se corresponde con la estructura demográfica de esta población, Un dato de interés lo constituye el hecho que el 5% de los menores de 12 años del barrio estuvieron internados en el citado hospital pediátrico.

Tabla 8: Distribución de la población según si concurrieron a algún centro de salud en el último año.

Concurrió al CS el último año	Frec	%
Sí	701	75,5
No	228	24,5
Total	929	100

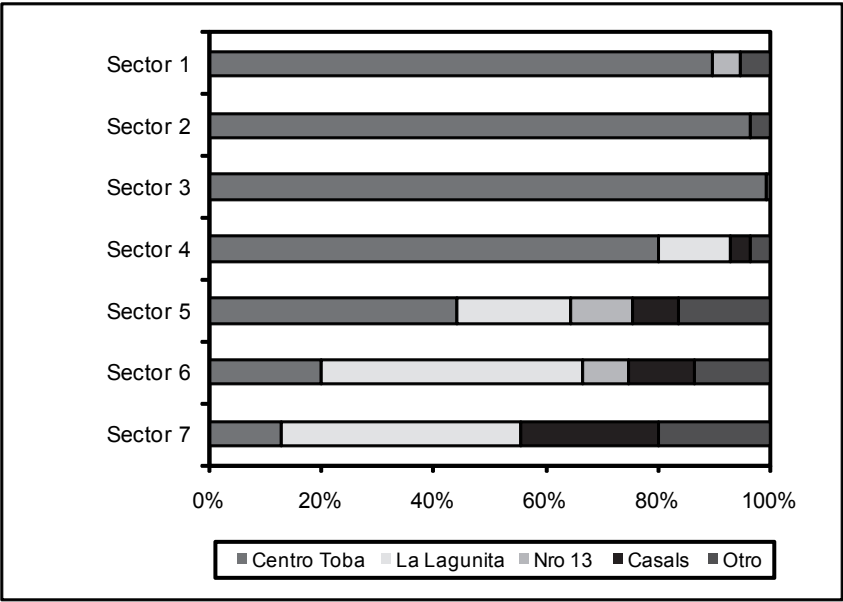
Nota: 52 registros sin información.

El 76% de la población consultó a algún centro de salud el último año. De estos, la mayoría lo hicieron al centro de salud Toba 72,1% (505/ 701); 12% (85/ 701) concurrió al centro de salud La Lagunita, 5% (33/701) concurrió al Casals, 3,1% (22/701)al Nro. 13 y 7,8% (55/701) a otros centros de salud (Rosello, Azurduy, entre otros).De las 228 personas que no concurrieron al centro de salud el último año, 81 no consulta en ninguna institución cuando se siente enfer-

mo (35%). El 57% de las personas que no concurrieron al centro de salud el último año pero dijeron consultar alguna institución cuando se sienten enfermos son de sexo masculino, y el 43% son de sexo femenino.

Esta distribución por edad, es similar entre hombres y mujeres. Aún cuando se registra en los hombres una leve superioridad en edad respecto de las mujeres (24 y 20 años respectivamente).

Gráfico 8: Distribución de la población que concurrió a algún centro de salud durante último año según el efector y el sector en el que residen.



Nota: 6 registros sin información.

La mayoría de los residentes de los sectores 1, 2, 3 y 4 que concurrieron al centro de salud el último año lo hicieron al centro de salud Toba (90%, 97%, 99% y 80% respectivamente). En el sector 5 el 40% de las personas concurrieron al centro de salud Toba.

En los sectores 6 y 7 la cantidad de personas que concurren al centro Toba disminuye en forma

notable, 20% y 13% respectivamente, y aumenta la cantidad de personas que consulta en el centro de salud La Lagunita, 47% y 42% respectivamente. La accesibilidad geográfica aparece aquí como uno de los motivos de la diferencia registrada en cuanto a los lugares de concurrencia a la atención.

Tabla 9: Distribución de la población que concurrió a algún centro de salud durante último año según el origen de la familia y el efector donde consultó.

CS al que concurrió	Origen de la familia								Total	
	Toba		Criollo		Toba y Criollo		Otro			
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Centro Toba	309	95.7	64	28.7	84	95.5	25	100	482	73.1
La Lagunita	7	2.2	73	32.7	3	3.4		8	3	12.6
Nro 13	2		2	9.9				2	2	3.3
Casals	3		0	13.5				3	0	4.6
Otro	7	2.2	34	15.2	1	1.1		4	2	6.4
Total	323	100	223	100	88	100	25	100	659	100

Los residentes de La Cava, que concurrieron al centro de salud durante el último año y pertenecen a familias de origen toba o mixto (toba y criollo) consultaron en su mayoría al centro de salud Toba (96% en ambos casos). La mayoría de los residentes de origen criollo (71%), consultan a otros centros de salud, son quienes residen fundamentalmente en los sectores más alejados del Centro – Sectores 6 y 7 respectivamente -.

Sólo el 2% (20/ 981) de los residentes de La Cava presenta algún síntoma respiratorio según la referencia del informante entrevistado durante el relevamiento, cuyos lugares de residencia se distribuyen entre los

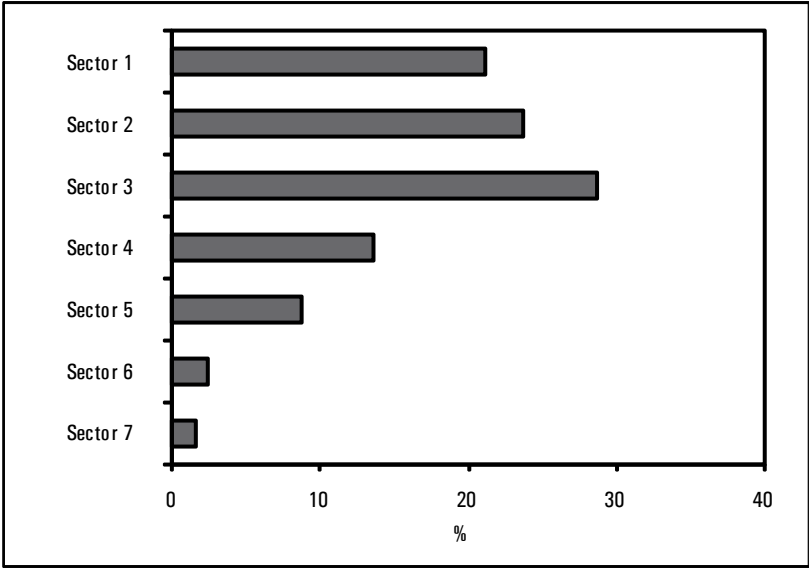
distintos sectores del barrio. 17/20 tuvieron contacto con los servicios de salud en el último año, a este indicador debe agregarse que la mitad concurrió al Centro de Salud Toba (9/17).

2.2. Utilización del Centro de Salud Toba

2.2.1 Características de los usuarios

La estructura biológica de los usuarios del Centro de Salud Toba es similar a la de la población general del barrio, el grupo que demanda atención en el efector está fundamentalmente constituido por mujeres jóvenes y niños.

Gráfico 9: Distribución de la población que concurrió al Centro de salud Toba según el sector de residencia



De la observación del Gráfico 9 surge que la población que accedió a la atención durante el último año al centro de salud Toba procede con mayor frecuencia de los sectores 1, 2 o 3. Esto se relaciona

con que en esos sectores hay predominio de familias tobas residiendo y su ubicación es más cercana a la localización del citado efector.

Tabla 10: Distribución de la población que concurrió al centro de salud Toba durante el último año según modo de utilización.

Uso del Centro de Salud	Frec	%
Turnos del día	326	66.7
Admisión / Guardia	247	50.5
Turnos programados	35	7.2

Nota: 16 registros sin especificar. Pregunta con respuestas múltiples.

Más de la mitad de quienes concurrieron al centro de salud Toba lo hacen con turnos del día o en admisión; Los turnos programados no aparecen como una opción de utilización visualizada por la población entrevistada ya que sólo el 7% refirió utilizarlos. Debe destacarse que en las tres modalidades predominan los niños y/o adultos en edad reproductiva y en particular los menores de 15 años.

La distribución de los modos de utilización puesta de manifiesto a partir de las respuestas dadas en las entrevistas, pone en discusión la gestión realizada por el equipo de salud con respecto a la oferta de las diferentes modalidades de atención en el efector, que ocasiona el escaso reconocimiento de los turnos programados por parte de la población.

Tabla 11: Distribución de la población que concurre al centro de salud Toba según médico de referencia.

Tiene médico de referencia	Frec	%
Sí	26	5.1
No	479	94.9
Total	505	100

Sólo 26 residentes, el 5% de la población que concurre al centro de salud Toba, dijeron tener médico de referencia. Esta información abre un interrogante con

relación al funcionamiento de la red de servicios y la respuesta a la demanda de atención de la población.

III. Participación en organizaciones intermedias

Tabla 12: Distribución de los grupos familiares según participación en organizaciones intermedias.

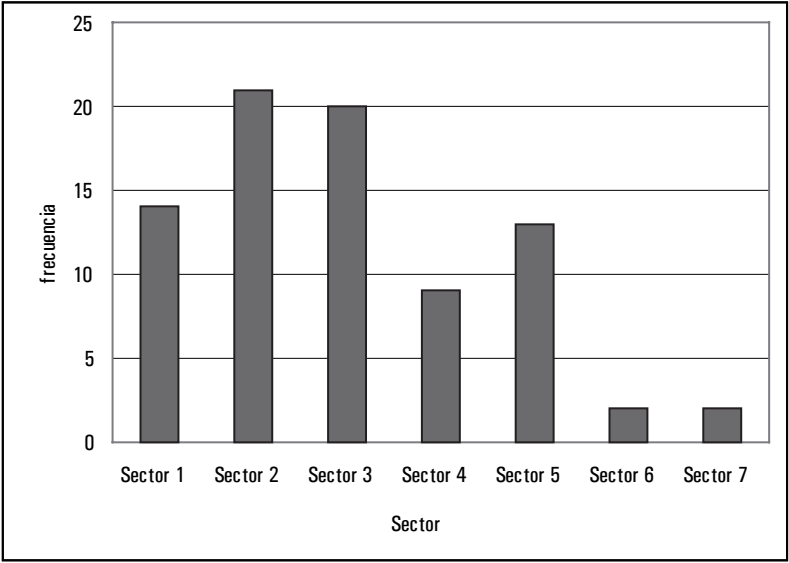
Participación en organizaciones intermedias	Frec	%
Sí	81	34,3
No	155	65,7
Total	236	100

Nota: 8 registros sin información.

Sólo la tercera parte de las familias informó de su participación en organizaciones intermedias (34,3%). De estas 81 familias, el 55% (45) participa

en agrupaciones políticas, el 42% (34) en agrupaciones religiosas y el 3% (2) en otras instituciones.

Gráfico 10: Distribución de familias que participan en organizaciones intermedias según el sector en el que residen.



La mayoría de las familias que participan en organizaciones intermedias (81) son residentes de los sectores 1, 2 o 3. De las familias participantes, sólo el 5% residen en el sector 6 y 7. Vuelven a aparecer los residentes de los sectores más antiguos como los más activos en cuanto a participación en organizaciones intermedias, hecho que tiene que ver con el mayor tiempo de residencia en el barrio y del conocimiento de los circuitos a transitar para incorporarse en diversas organizaciones. (Gráfico 10)

Treinta y cinco familias que tienen participación en agrupaciones políticas (45) reciben al menos un plan o subsidio. De las familias que participan en organizaciones religiosas (34), más de la mitad (20)

recibe al menos un plan o subsidio. Las proporciones se invierten en el caso de las familias que no participan en organizaciones intermedias, la mayoría no reciben subsidios.

Cabe aclarar que de las familias que participan en agrupaciones políticas (45), algo menos de la mitad (20) son de origen toba, 15 son criollos y 10 son familias mixtas (toba y criollos). En esta distribución se reproduce la proporcionalidad según el origen de la población de La Cava.

La mayoría de las familias que participan en organizaciones religiosas (34) son de origen toba (30) y la diferencia corresponde a criollos y mixtos.

Tabla 13: Distribución de las familias según participación en organizaciones políticas e intermedias y tipo subsidio recibido

Subsidios/planes/etc.	Organizaciones políticas (35)	Organizaciones religiosas (20)	No participan en organizaciones intermedias (155)
Plan familia, plan jefe de hogar	13	8	38
PEC	12	3	11
Tarjeta única de ciudadanía	17	8	27
Bolsón	11	2	4
Caja Crecer	3	1	2
Otro susidio	---	1	3

Nota: Pregunta de respuestas múltiples

Las familias que no participan en organizaciones intermedias y reciben al menos un plan o subsidio, reciben con más frecuencia el plan familia / el plan jefe de hogar y /o la tarjeta única de ciudadanía, en tercer lugar aparece el PEC. (Tabla 13)

En cambio, la mayoría de las familias que participan de agrupaciones políticas y reciben al menos un subsidio reciben con más frecuencia la tarjeta única de ciudadanía y luego mencionan con frecuencia semejante el plan familia, plan jefe de hogar, el PEC y /o el bolsón.

IV- Problemas del barrio

Tabla 14: Problemas del barrio mencionados por las familias (N= 244).

Problemas principales		Frecuencia	%
Servicios	Agua	145	62,5
	Luz	128	55,2
Salud	Turnos y atención CS	78	33,6
Inseguridad	Inseguridad	60	26
Vivienda	Vivienda	33	14,2

Nota: 12 registros sin información. Respuestas múltiples

En el 62,5% de las familias relevadas mencionan problemas con el agua y el 55,2% con la luz eléctrica.

En el 33,6% identificó el área de salud como eje problemático con particular mención de los turnos y la atención en los centros de salud.

Los problemas relacionados con la inseguridad y la vivienda fueron mencionados en el 26% y el 14,2% de las familias respectivamente.

La identificación de los problemas del barrio fue diferente según el sector de residencia, así en los sectores 6 y 7 las mayores frecuencias refieren al área de servicios (23/25, 22/25 en cada sector) y de inseguridad (20/25 y 7/25 respectivamente). Los sectores 1, 2 y 3 son los que manifestaron mayor preocupación por los problemas relacionados a la salud con relación a los grupos familiares de los cuatro sectores restantes (18/38, 21/39, 18/48).

En cuanto a su origen más de la mitad de las familias residentes en La Cava que mencionaron problemas de salud son de origen toba (62%) y el 19% de origen mixto (toba y criollo), el resto corresponde a pobladores de otros orígenes (19%).

Cabe destacar que la gran mayoría de los residentes que mencionaron salud como área problemática habían tenido contacto con algún Centro de Salud durante el último año (84,8%, 280 / 330), en especial con el Centro de Salud Toba (267/274, 97,4%); con muy baja frecuencia habían concurrido a los restantes Centros de salud de la zona ya mencionados (7/ 274).

Consideraciones finales

Del estudio realizado surge que la comunidad radicada en La Cava se compone de 981 pobladores que ocupan 244 viviendas/ grupos familiares, uno de cuyos integrantes ofició como unidad informante. Se estima que el total de población del barrio puede alcanzar los 1211 habitantes, en función del listado de

viviendas realizado durante el trabajo de campo (302) y del promedio de habitantes por vivienda (4, DS=2).

Se trata de una población joven, que procede en su gran mayoría del municipio de Rosario; de este grupo casi la mitad habitaba previamente en las inmediaciones del barrio Toba, y el resto proviene en su mayoría de otros barrios de Rosario, sólo un pequeño grupo lo hace desde otras localizaciones de la comunidad Qom en la ciudad.

Con relación al lugar de nacimiento algo menos de la mitad son rosarinos y la otra mitad nació en distintas provincias de la Argentina, principalmente en el Chaco; en cuanto al origen, la población se distribuye en partes casi iguales entre tobas y criollos.

Aún cuando el tiempo promedio de residencia es bajo, aparecen diferencias entre los residentes de los distintos sectores del barrio.

El nivel de instrucción alcanzado por esta población se constituye en un indicador de vulnerabilidad ya que si bien casi las dos terceras partes de la población concurrieron a la escuela; uno de cada tres no terminó la primaria., sólo el 2% terminó la secundaria y el 8% son analfabetos.

Un llamado de atención lo constituye el escaso acceso a los Centros Crecer o a jardín de infantes por parte de este grupo poblacional, teniendo en cuenta su estructura biológica joven, es decir gran cantidad de niños menores de cinco años no asisten a la oferta institucional del barrio. Aún cuando este aspecto no fue investigado, las razones de este hallazgo pueden estar relacionadas con factores culturales o con la modalidad de asignación de los cupos / vacantes por parte de los establecimientos, por mencionar algunas.

La primaria bilingüe radicada en el barrio recibe la mayor parte de los niños escolarizados al momento del estudio; los restantes asisten fundamentalmente a otros establecimientos escolares cercanos al barrio; un número no despreciable se desplaza a otras escuelas por fuera del barrio. La concurrencia a las diferentes

escuelas puede estar condicionada por variadas razones, entre las que se mencionan la oferta educativa local y la variabilidad en el tiempo de residencia en el barrio que dificulta el conocimiento de los circuitos administrativos de las instituciones que ofrecen servicios en el territorio.

Con relación a la situación laboral de la población económicamente activa más de la mitad estaba desocupada al momento del relevamiento, de los que trabajaban las tres cuartas partes lo hacían en forma precaria, algo más del 10% de éstos refirieron trabajo formal. En cuanto a las modalidades de asistencia estatal, casi la mitad de los que no trabajaban son beneficiarios de algún tipo de subsidio.

La distribución de la ayuda estatal resultó independiente a la condición de ocupación, sí se correlacionó con el tiempo de residencia de los pobladores en el barrio y de la participación de los mismos en organizaciones políticas y/o religiosas.

La utilización de la red de servicios de salud por parte de la población se concentra fundamentalmente en la consulta a los centros de salud ante la percepción de enfermedad, sólo una pequeña proporción se traslada a los hospitales así como es escaso el número de los que comparten la búsqueda de la atención entre ambos efectores.

La consulta a representantes de otros saberes (piogonaq / iglesia evangélica) aparece con una baja frecuencia en la población; ante este hallazgo no debe dejar de considerarse que las entrevistas las realizó el equipo de salud del Centro Toba desde su propia perspectiva, que aún con el debido respeto por otros saberes alternativos, pueden haber puesto en tensión las respuestas brindadas por los informantes.

La población que concurre al Centro de Salud Toba reside fundamentalmente en los sectores más cercanos al efector, en tanto que la búsqueda de atención de aquellos residentes más alejados se canaliza con una proporción no despreciable, en otros efectores de atención primaria del distrito Oeste.

Debe destacarse que los pobladores provenientes de otras comunidades tobas del municipio continúan consultando en los centros de salud anteriores a la migración a La Cava, pese a la distancia; el dispositivo de adscripción implementado por tales centros, puede generar en el grupo un vínculo facilitador para la utilización.

La investigación puso en evidencia que la casi totalidad de los consultantes al Centro de Salud Toba accedían a la atención con turnos del día o en la admisión sostenida por profesionales enfermeros

para el primer contacto; los turnos programados fueron mencionados en pocas oportunidades. Esta caracterización expresa en forma contundente el modo organizacional del Centro de Salud, es decir el modo de utilización de los servicios queda determinado por la oferta organizativa de los mismos.

En cuanto a los grupos de edad que utilizan los servicios del citado efector, debe recordarse la conformación por edad y sexo de la población como argumento para sostener que en las tres modalidades de atención ofrecidas predominan los niños y/o adultos en edad reproductiva y en particular los menores de 15 años.

Los entrevistados no pudieron identificar, en la mayoría de las oportunidades, a un integrante del equipo de salud en particular que lo asistiera en forma habitual; sólo el 5% de los que concurren al centro de salud Toba, expresó tener médico de referencia.

La información que da cuenta que ochenta y una personas (8,5%), de los cuales once son niños, que expresaron no consultar a nadie ante la sensación de malestar o de enfermedad, se constituye en un desafío para el sistema de salud en función de las estrategias de captación que deben desarrollarse para garantizar la cobertura de servicios.

Los principales problemas del barrio referidos aluden a los servicios de: agua, luz y salud, y en menor medida se hizo mención a la inseguridad y la vivienda.

La identificación de los problemas del barrio se concentró con mayor frecuencia en los servicios de agua y luz independientemente del sector de residencia. Los residentes más antiguos y usuarios de los servicios ofrecidos por el Centro de Salud Toba manifestaron su preocupación por los relacionados con la atención de la salud. Por tratarse de un barrio asentado en terrenos no urbanizados no se cuenta con la red de agua potable, ni tendido eléctrico formal; en consecuencia la búsqueda y obtención de tales servicios pone, en muchas oportunidades, en serios riesgos a la población.

La participación en organizaciones políticas o religiosas se relacionó con el tiempo de residencia de los pobladores; la tercera parte de las familias participa en organizaciones intermedias de la comunidad; de éstas más de la mitad lo hace en agrupaciones políticas y algo menos en instituciones religiosas tal como la iglesia evangélica. Esta información debe resaltarse ya que la participación en tales organizaciones permite la conformación de redes sociales facilitadoras de las estrategias de supervivencia de estos grupos poblacionales.

La alta proporción de población consultante a los Centros de Salud, pone en evidencia la adherencia al sistema de salud formal en un proceso de asimilación cuando la oferta de servicios está presente.

La preocupación que expresa el equipo del Centro de Salud Toba, en relación a la atención de la salud de la población de La Cava, que dio lugar al presente estudio, tiene su correlato en los dichos de los entrevistados, esto es: la no identificación de médico de referencia, la atención por admisión o turnos del día y la jerarquía que los vecinos le otorgaron como problemas barriales al modo de acceso al centro.

La construcción de vínculos con equipos de referencia, que garanticen abordajes integrales y continuidad en la atención, sólo es posible en modos organizacionales que contemplen la programación de la oferta de servicios y la adscripción de población. En este escenario, la población caracterizada con alto nivel de criticidad, podría beneficiarse con intervenciones de carácter preventivo y dispositivos que posibiliten el seguimiento de la atención de la salud.

Cabe una reflexión final acerca de la importancia de la información recabada en los estudios poblacionales, y en particular cuando los mismos se realizan con la participación de los integrantes de los equipos de salud, éstos posibilitan el acercamiento con los usuarios, la apropiación de la información y una herramienta facilitadora para la gestión de los servicios.

Bibliografía

1. MUNICIPALIDAD DE ROSARIO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Boletín de Estadística "Sistema Municipal de Estadísticas de Salud. Recursos, actividades y producción de la red de servicios" Año 2006.
2. MUNICIPALIDAD DE ROSARIO SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. Base de datos del Sistema Informático de Secretaría de Salud Pública Municipal (Informix) Año 1997.
3. MENÉNDEZ, E. (2009) "De sujetos, saberes y estructuras ":Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Capitulo 1.Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. Salud Colectiva. Lugar Editorial S.A.:25-72.
4. MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. SECRETARÍA DE PLANEAMIENTO. Dirección General de Ordenamiento Urbano. Relevamiento de asentamiento irregular fotografía aérea . Año 2005.
5. HARO, J. A. Y HERSCH MARTÍNEZ, P. H. (2007) ¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Medica? Algunos ejes para un debate interdisciplinario. Conferencia de clausura presentada en el III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación cualitativa socio-sanitaria. Un debate pendiente. Tarragona.
6. COLÁNGELO M,TAMAGNO L. , CUSMINSKY M. (1998) "Atención de la salud infantil en una comunidad toba de un medio urbano" . Archivo Argentino Pediatría vol. 96:381.
7. MENÉNDEZ, E. (2009) Op.cit.:p 25-26.
8. MENÉNDEZ, E. (2009) Ibídem:.p.29.
9. CARRACEDO, E (2005) "Utilización de un servicio de salud, accesibilidad y adherencia".Publicación en CDISBN: 987-20286-1º Congreso latinoamericano de Antropología. Facultad de Humanidades y Artes UNR. : 1-13.
10. CARRACEDO, E Ibídem: p.10.
11. ORTEGA CANTO J. (2006) "Conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México". Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(1): 75-89, Enero- Abril, 2006.
12. DONABEDIAN, A. (1988) "Los espacios de la salud". Capítulo VII. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, México.
13. FRENK, J. (1992) "El concepto y la medición de accesibilidad". Investigaciones sobre servicios de salud. Una Antología..Publicación científica N°534. OPS. Washington.
14. MERHY E, CAMARGO MACRUZ FEUEERWERKER L., BURG CECCIM R. (2006) Educación permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud . Salud colectiva, Buenos Aires, 2(2): 147-160.
15. BARROS M. B. A. (2008) "Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios" Rev. Bras. Epidemiol. 11(supl 1) Abrasco: 6-19.
16. MORAES J. C. ET AL. "Desigualdades sociales e cobertura vecinal Rev. Bras. Epidemiol. 11(supl 1) Abrasco: 113-124.

Ética de la investigación y salud pública

Dibarbora Elisa A. *

Introducción

Desde los albores de la humanidad la medicina estuvo asociada a la investigación con seres humanos. El experimento clásico se regía por los mismos principios deontológicos instaurados por el Juramento Hipocrático para la profesión médica, en el cual el centro de atención estaba puesto en el profesional de la salud que realizaba la investigación y se consideraba el representante del progreso de dicha ciencia.

A partir de mediados del siglo XX, hay un giro copernicano (1) que propugna el derecho de los pacientes a participar en las decisiones respecto a su salud.

La expresión formal de este cambio de paradigma se da a partir de la ética del ensayo clínico que gira en torno al sujeto de experimentación.

El nuevo paradigma se articula sobre los tres principios bioéticos enunciados por el Informe Belmont (2): Respeto por las personas, representado por la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente; Beneficencia: necesidad de evaluar la rela-

ción riesgo – beneficio y Justicia: selección equitativa de los sujetos que participarán en el ensayo clínico.

El derecho del paciente a ser respetado como persona implica el deber de una contraparte. Este deber se comparte entre el promotor del ensayo clínico, el investigador principal y el titular del establecimiento en cuyo espacio se radicará el estudio.

* Filósofa. Doctora de la UNR – Universidad Nacional de Rosario – Área: Bioética
Investigadora independiente del Consejo de Investigaciones de la UNR
Miembro del Comité de Ética de la Investigación del a Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Investigación y Salud Pública en América Latina.

La mayoría de los ensayos clínicos que se realizan en Latinoamérica son estudios multicéntricos patrocinados por la industria farmacéutica de capitales multinacionales.

Los profesionales locales no intervienen en las primeras etapas de la investigación, el protocolo es diseñado casi totalmente en la empresa farmacéutica que lo considera su propiedad y lo presenta como una unidad que no admite ser modificada sustancialmente y tampoco accede al pedido de demasiadas aclaraciones. Así, vienen impuestos: el diseño, los objetivos, los procedimientos metodológicos, las pautas de reclutamiento de los sujetos-probandos del estudio, el consentimiento informado - con traducciones muchas veces deficientes que lo tornan incomprensible para la mayoría de las personas, aún para las versadas en el tema -, el procesamiento de los datos obtenidos y la publicación de los resultados.

Al respecto la Declaración de Helsinki (3) (última versión, Seúl, Corea, octubre de 2008) documento promulgado por la AMM – Asociación Médica Mundial - cuyos principios éticos son prácticamente de cumplimiento necesario a nivel mundial para realizar cualquier investigación expresa en su artículo 30: "Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación".

Frente a los patrocinadores multinacionales la contraparte local son investigadores cuyas tareas, en muchos casos, se limitan a enrolar pacientes que tienen la enfermedad de interés para la empresa farmacéutica, haciendo uso en forma inequitativa, en la mayoría de las oportunidades de los recursos de los efectores de la Salud Pública en la que se desempeñan.

Esto lleva al modelo privatizado en instituciones públicas: la industria farmacéutica contrata directa-

mente a los investigadores y no a las instituciones académicas, por ejemplo: universidades o establecimientos dedicados a la atención de la salud. Así el complejo médico-industrial queda conformado por: la industria y el investigador local con acceso a pacientes para ensayos clínicos.

Por otro lado, los documentos internacionales referidos a la regulación ética de la investigación con seres humanos señalan el rol fundamental de los Comités de Ética en Investigación -CEI- en lo que concierne a evaluar la conveniencia o no de realizar un estudio en función de los beneficios para los pacientes y la comunidad a la que pertenecen.

Así, la ya mencionada Declaración del Helsinki (4) dice en su artículo 18:

"Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga".

Las grupos de investigadores frecuentemente no ven con agrado las evaluaciones negativas o las observaciones hechas por los CEI, las interpretan como acciones "en contra" de sus objetivos e incluso "en contra" del avance de la ciencia; sin detenerse a realizar un análisis más profundo del cual surgiría que una exhaustiva evaluación ética, legal, metodológica y social les aportaría mayor seguridad de estar cumpliendo cabalmente su trabajo y, en algunas ocasiones, incluso evitaría posibles eventos adversos.

Responsabilidad individual del investigador

Dedicarse a la experimentación con seres humanos forma parte de las tareas profesionales que puede realizar un médico/ profesional de la salud, por lo tanto, las reglas deontológicas que rigen para el ejercicio profesional no sólo comprende la atención clínica, sino también todas las actividades de investigación.

"....se pretende resaltar aquí el problema de la conciencia individual, o sea, por qué durante el proceso de investigación el investigador es individualmente responsable desde el punto de vista ético (...) No es posible eximirnos como investigadores de la antigua concepción deontológica médica por la que somos responsables de nuestras acciones" (5)

Las obligaciones éticas de los profesionales también se encuentran pautadas en los diversos Códigos Deontológicos, así, por ejemplo, en Argentina el Código

de Ética de la Asociación Médica Argentina - AMA- en su libro II: De la investigación y la experimentación humana, capítulo 23, artículo 407, Inciso J, expresa: "El investigador es responsable de firmar un compromiso de reconocimiento de que toda situación de fraude constituye grave falta ética que le impedirá realizar nuevos estudios clínicos y recibir sanciones." (6)

Responsabilidad de la institución sanitaria

La aprobación de un protocolo por el CEI es condición necesaria pero no suficiente para la realización de un ensayo clínico. En última instancia la responsabilidad de autorizar su ejecución corresponde a la autoridad máxima de la institución sanitaria en la que se llevará a cabo.

"Ni la autorización administrativa ni el informe del Comité de Ética de la Investigación eximirán de responsabilidad al promotor del ensayo clínico, al investigador principal y sus colaboradores o al titular del hospital o centro donde se realice el ensayo"(7)

La Dirección de cualquier efector de salud nunca debe aceptar que se haga una investigación sin estar aprobada por un CEI, pero aún con esa aprobación puede rechazar su ejecución. La evaluación negativa del Comité de Ética es vinculante, pero la aprobación no obliga a su realización. Por ejemplo, en la práctica, una probable causa de no aceptación por parte de la Dirección podría ser que afecte negativamente el organigrama del establecimiento, circunstancia que el Comité de Ética puede estar ignorando ya que su tarea primordial es la evaluación de los aspectos éticos, metodológicos, legales y sociales del protocolo y este tipo de detalles generalmente no figuran en los documentos presentados.

Otro motivo para no autorizar la ejecución de un ensayo clínico puede ser que, a juicio de las autoridades de la institución, no cumpla adecuadamente con los requisitos de los seguros correspondientes. El investigador debe presentar al CEI y a la dirección del efector sanitario la copia de la póliza del seguro donde se certifica la validez del mismo en el país y el mecanismo para el cobro.

En nuestro país, el ente regulador de la investigación clínica, ante quien se deben presentar en primera instancia los protocolos de investigación, es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Este organismo ha emitido la disposición 6550/08 (8) en la que expresa en el artículo 1º:

1.1.- Con relación al centro sanitario donde se

llevará a cabo el estudio clínico, deberá presentarse lo siguiente:

1.1.1.- Autorización de la autoridad máxima del centro sanitario donde se llevará a cabo el ensayo clínico.

1.1.2.- Nota de subrogancia en un Comité externo de Ética, en caso de no poseer Comité de Ética propio del centro sanitario donde se llevará a cabo el ensayo clínico.

1.2.- Nota de remisión al Comité de Ética Independiente, ya sea externo o institucional, del contrato entre el patrocinante y/o el centro sanitario y/o el investigador principal. Este contrato debe incluir obligaciones, derechos y garantías de las partes con el acuerdo económico establecido para el ensayo clínico.

Conclusión

La experimentación biomédica constituye el arquetipo del progreso del saber humano, pero no debe olvidarse que los conocimientos científicos son provisionales, perfectibles y superables siendo éstas, precisamente, sus características más significativas. Cada nuevo ensayo clínico tiene como fundamento y razón de ser la probabilidad de incorporar nuevos fármacos o mejorar los beneficios que otorgan los actualmente existentes en el mercado. Pero el posible avance en el conocimiento siempre conlleva un grado de falibilidad e incertidumbre que se traduce en riesgo para el sujeto de investigación. El deseo de ampliar el saber médico siempre debe estar subordinado al respeto por la integridad física y psicológica de los pacientes y no es moralmente aceptable lograrlo a costa de su salud e incluso de su propia vida.

En Salud Pública, por las condiciones de vulnerabilidad inherentes a la población que requiere servicios de atención sanitaria y lo difícil que resulta implementar el principio de Justicia, que impone la equidad en la distribución de los siempre escasos recursos, la prioridad es contextualizar las investigaciones.

No se debe aceptar la importación acrítica y unilateral de ciencia y tecnología. El compromiso es que prevalezcan las necesidades locales y se promueva el respeto por el entorno social, económico y cultural de los pacientes.

"Para decidir qué investigación es importante para la comunidad, antes de que se realice, los países en desarrollo deben definir primero cuáles son sus prioridades en el campo de la salud. Lo mejor sería que los patrocinadores se reunieran con las comunidades de los potenciales países y seleccionaran aquellas

investigaciones que fueran de máximo beneficio para la salud y el bienestar de su población" (9)

Es necesario tener siempre presente la obligación – mundialmente reconocida – de guiarse en el campo de la investigación en salud por la Declaración de Helsinki (10) que respecto al tema expresa en su artículo 6: "En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses".

La inferioridad y la fragilidad respecto a los derechos sanitarios que caracteriza a los habitantes pobres de países ricos en recursos como el nuestro, lleva a afirmar que se deben erradicar las causas que convierten a personas o poblaciones en vulnerables.

Se plantea en consecuencia la necesidad de fortalecer la capacidad en la toma de decisiones autónomas respecto a la vida y la salud; estando este desafío bajo la órbita y responsabilidad del Estado.

Palabras clave: ética, investigación, comité de ética, salud pública, responsabilidades

Bibliografía

1. DIBARBORA E (2007) "La revolución copernicana en ética de la investigación" Boletín Fármacos.
http://www.boletinfarmacos.org/012007/etica_y_derecho_reportes.asp

2. COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DE COMPORTAMIENTO (1978) Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en investigación (Belmont Report), EEUU.

3. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL Declaración de Helsinki (Año 2008)

4. Ibidem Artículo 18

5. BORRACCI, R (2006), La responsabilidad individual del investigador frente a los Comités de Bioética. Revista Argentina de Cardiología. Enero – Febrero 2006, 74 (1): 58-9.

6. ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA Código de Ética (Año 2001) Libro I

7. LOLAS F, QUEZADA A, RODRIGUEZ E, (2006) editores. Investigación en Salud: Dimensión Ética. 1ra. Edición, Chile: CIEB: 70.

8. ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT). Disposición 6550/08, artículo 1º.

9. SALAZAR- VALADEZ A. (2007) Problemas que enfrentan los Comités de ética para la Investigación: experiencia en un hospital de segundo nivel de atención. Boletín Mexicano de Historia de la Filosofía y la Medicina, 10 (2): 85-88.

10. Declaración de Helsinki OP. CIT. Artículo 10.

Educación permanente en salud. Una experiencia con personal administrativo de los servicios de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Augsburger Ana Cecilia (1)

El nuevo siglo que transcurre trae consigo una renovación acelerada del conocimiento, la constante incorporación de tecnologías, las modificaciones de pautas y formas de vínculo y comunicación social, todo ello en el entramado de profundos y veloces procesos de cambio social y económico que obligan a mantener una permanente vigilia sobre los valores y los saberes que ordenan las prácticas sanitarias. Se hace cada vez más patente la necesidad de revisar de manera continua los conceptos y las prácticas que cotidianamente se desenvuelven para producir intervenciones en el ámbito de la salud pública. (Mesquita Ayres; 2002)

Para lograr la transformación de los procesos de trabajo en el sector y permitir que éstos se organicen con base a una postura crítica, reflexiva, propositiva y técnicamente valorada, el desarrollo de estrategias educativas se erige como una herramienta fundamental y una acción clara y concreta dentro de las políticas sanitarias. (Ceccim; 2005)

El presente artículo presenta el modo como fue elaborada y llevada a cabo una experiencia de formación y capacitación con trabajadores de salud en el

Sistema de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La preparación y documentación de la propuesta educativa ha constituido una oportunidad valiosa para debatir la relevancia y la viabilidad de fortalecer a través de acciones de carácter pedagógico la capacidad de acción del sector de trabajadores sanitarios que desempeñan tareas administrativas.

La actividad, realizada en Rosario durante el año 2007, es el resultado de una instancia de cooperación técnica entre la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario y el Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, que se enmarca en la constante colaboración y trabajo mutuo que ambas organizaciones vienen desarrollando. Desde el momento de la creación del Instituto, en el año 1994, ambas instituciones programan y realizan tareas de investigación y formación en el área de la salud pública posibilitando procesos de capacitación de profesionales del sector.

El contexto de la experiencia pedagógica

Acompañando los lineamientos políticos y de gestión formulados por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, se coordinó una propuesta

(1) Mgr. en Salud Pública. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

educativa destinada a continuar fortaleciendo la Red de Atención Sanitaria Ambulatoria en el Municipio de Rosario, organizada sobre los lineamientos y principios de la Atención Primaria.

Desde los años 1990, con la institucionalización de la Dirección de Atención Primaria, la política sanitaria municipal establece la atención primaria como instancia organizadora del sistema de salud. Luego de transcurridos más de 15 años desde esos momentos iniciales aparecen consolidados los procesos de cambio institucional y organizacionales que el desarrollo de esa política produjo. Entre ellos se destacan el hincapié por impulsar un nuevo modelo de atención con centro en el usuario y en las necesidades de la población, el incremento de los recursos asignados al primer nivel de atención, una reorganización de los servicios atendiendo a su localización territorial, así como el establecimiento de modalidades de coordinación entre los diferentes niveles de la red de servicios. Operan como objetivos explícitos entre otros, el interés por fortalecer la equidad en la provisión de los servicios de salud, incrementar la capacidad de planificación local de las acciones de cuidado y de protección de la salud, y el mejoramiento de los procesos de atención buscando garantizar su integralidad.

Un papel central a tal direccionalidad política, le corresponde a las distintas estrategias educativas que van acompañando y dinamizando el proceso de transformación sanitario. El interés renovado por consolidar la mayor capacitación posible para los profesionales de salud, que se plasma en el apoyo explícito a la formación de posgrado en el campo de la salud pública, la incorporación de los Centros de Salud como entidades de radicación para la formación de residentes médicos, y de otras disciplinas, y el diseño e implementación de proyectos de educación permanente que focalizan su acción sobre los equipos de salud, dan cuenta del valor de la instancia educativa como acción final tendiente al mejoramiento de la calidad del trabajo.

El origen del proyecto

Conforme con la expansión y relevancia que adquieren los Centros de Salud de Atención Primaria, y los servicios ambulatorios hospitalarios del primer nivel de atención, adquieren particular distinción las tareas que llevan cabo el conjunto de trabajadores administrativos. Se acrecienta la complejidad y variedad de funciones que asumen en la red de efectores municipales tanto como participantes de diversos procesos de gestión y de atención, así como interlocutores, frecuentemente los primeros, de las personas

que toman contacto con los servicios sanitarios por distintas necesidades y problemas de salud.

De manera que asumiendo esa pluralidad y composición heterogénea que caracteriza a las tareas administrativas en los servicios de salud ambulatorios, se elabora una propuesta educativa que contribuya a incrementar las capacidades técnicas e instrumentales de ese grupo de trabajadores. El inicio del trabajo educativo trazó un primer escenario de reconocimiento de un conjunto de situaciones problemáticas relacionadas con la tarea que desempeñan, y que sirvieron de guía para establecer los ejes centrales de la propuesta de capacitación. (Instituto de la Salud Juan Lazarte; 2006)

Como punto de partida fue posible identificar un conjunto de nudos críticos, entre los que se destacaron:

- Que el personal administrativo es receptor de una cantidad y variedad de demandas, tanto de usuarios externos que solicitan cuidados en los servicios de salud, como de usuarios internos, que requieren del soporte administrativo para la ejecución de sus procesos de trabajo. Sin embargo, se hace evidente cierto distanciamiento entre las demandas de trabajo y las posibilidades de resolverlas, frente a las cuales no siempre se hallan disponibles en forma oportuna los recursos para elaborar las respuestas. En este sentido, se consideró que el aporte de elementos conceptuales y prácticos a través de la capacitación aportaría los medios para favorecer la búsqueda de resolución de problemas.

- La delimitación imprecisa de las especificidades del trabajo administrativo que habitualmente se incluyen en una diversidad de funciones y de tareas que son definidas en base a criterios no necesariamente explicitados o compartidos, dificulta una asignación de responsabilidades más efectiva para dar respuesta a los problemas de salud.

- Bajo la denominación de personal administrativo se incluye a una importante cantidad de trabajadores cuyos conocimientos, habilidades y capacidades presentan una diversidad de labores que no guarda necesariamente relación con las demandas concretas del trabajo. De manera que es palpable la existencia de significativas diferencias de saberes conceptuales y operativos entre los trabajadores involucrados en este área.

- Una histórica relación de asimetría al interior del campo y las disciplinas de la salud que se hacen visibles en la composición, funcionamiento, y toma de decisiones de los equipos de salud en atención

primaria. Aún reconociendo la importancia que tiene el personal administrativo en el equipo de salud, frecuentemente se opacan las posibilidades de su protagonismo frente a otras disciplinas. El proceso de capacitación es también una instancia facilitadora del incremento de autonomía del personal administrativo, tradicionalmente relegado en las instancias de formación, y contribuiría a situarlo como integrante activo y responsable del equipo de salud.

● Finalmente las dificultades en la gestión del personal se expresan en los modos de selección, contratación y movilidad de este conjunto de trabajadores. En este aspecto, distintos problemas como los mecanismos de selección para el trabajo, con requisitos escasamente explicitados y la tendencia a la falta de dinámica de los puestos de trabajo pueden, al menos en parte, estar influenciados por la misma indefinición del perfil administrativo. (Instituto de la Salud “Juan Lazarte”; 2006)

La implementación del proyecto educativo.

Sobre este escenario se diagrama una propuesta de formación y capacitación destinada a los trabajadores de la salud que desempeñan tareas de carácter administrativo en el ámbito de los servicios ambulatorios de atención de la salud. El proyecto contribuye a dar respuesta a una demanda sostenida en el tiempo, por lo que cuenta con una fuerte adhesión y compromiso de los trabajadores administrativos, que se sienten involucrados en el mismo desde el momento mismo de su gestación.

El propósito que orientó el trabajo era el de contribuir a la profesionalización del personal que desempeña tareas administrativas en la red de servicios asistenciales ambulatorios del Sistema de salud pública municipal en el marco de los lineamientos políticos asumidos por la Secretaría de Salud Pública.

Y se establecieron para ello cuatro objetivos ejes que operaron como ordenadores de la propuesta pedagógica:

1. Incluir el trabajo administrativo en la perspectiva de comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención y como parte del conjunto de respuestas que se dan a los problemas y necesidades de salud.

2. Conformar un espacio de reflexión con relación a la atención de la salud en general y al trabajo administrativo en particular en el marco de las políticas de salud municipales y como componente de una red de atención.

3. Contribuir a la definición de un perfil profesional en el que se reconozca un núcleo específico y un campo

de incumbencias propias del personal administrativo.

4. Capacitar en el conocimiento y aplicación de técnicas concretas que fortalezcan el desempeño en el trabajo administrativo.

Para la tarea propuesta se adoptó el concepto de Educación Permanente en Salud como aquel que mejor dimensiona la búsqueda de una articulación concreta entre la formación y el trabajo sanitario. La integración entre la enseñanza, los servicios, la gestión sectorial y los procesos de trabajo, permite reconocer la necesidad de una reflexión cotidiana de las prácticas, siguiendo la constante actualización de los conocimientos y las tecnologías. Éstas deben ser pensadas e incluidas en una necesaria construcción de las relaciones y los procesos que van desde el interior de los equipos, en las instituciones o el sector de la salud y con las prácticas interdisciplinarias e intersectoriales, que incluyen las políticas en que se inscriben los actos de salud.

La actividad tuvo por destinatarios al grupo de personas que desarrollan tareas administrativas en servicios ambulatorios provenientes de distintos efectores de la red, con especial énfasis en los Centros de Salud dependientes de Atención Primaria, en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario y en algunos de los hospitales de la red; en este proyecto se comprometió una cohorte inicial de 40 personas.

Desde los momentos iniciales de gestación, la propuesta contó con una amplia adhesión de quienes querían implicarse, superando las posibilidades de incorporación al grupo, y abriendo expectativas de que con posterioridad la actividad, pudiera replicarse la misma con la incorporación de nuevos grupos. Distintas condiciones y vicisitudes políticas e institucionales no permitieron que ello se concretara, aunque la capitalización de la experiencia permanece vigente para futuros proyectos.

Los recursos para las tareas de coordinación, tutoría y docencia se resolvieron a través de la integración de profesionales con experiencias educativas previas y competencia en saberes específicos, que se desempeñaban en diversas áreas de la Secretaría de Salud. Particular interés concentró la composición del grupo de tutores que quedó integrado por profesionales con sólido conocimiento de la red de servicios de salud y que desempeñaban tareas en distintos efectores de atención primaria. Se organizaron duplas de trabajo que asumieron la orientación de las tareas de enseñanza y aprendizaje de los grupos de alumnos, a quienes se distribuyó según la pertenencia y la ubicación de los

efectores en los distritos sanitarios de la ciudad.

Como etapa inicial se implementó una instancia de formación y actualización continua con el conjunto de profesionales que intervinieron como capacitadores, comprometiéndolos con las modalidades pedagógicas más innovadoras de la educación permanente.

La propuesta y organización de los contenidos requirió una instrumentación que recuperara la complejidad de los procesos de trabajo, así como de los procesos de salud y atención que involucran a los servicios, buscando no reducirlos a una secuencia simplificada de temáticas disciplinares.

El énfasis se colocó en asumir una perspectiva que permitiera ligar fuertemente el proceso educativo con los contextos reales de trabajo y sobre todo problematizar los componentes socio-culturales, técnicos, e institucionales que atraviesan el proceso de producción de la atención de la salud. En esta perspectiva, el proceso de trabajo constituyó el eje central para seleccionar y ordenar los contenidos, tomando como punto de partida la problematización de las situaciones concretas de la labor cotidiana. Igualmente, el interés se depositó en valorizar una mirada descriptiva y de análisis de la población, usuaria potencial de los servicios y las acciones de salud. Al implicar la dimensión poblacional para la comprensión de los problemas de salud – enfermedad se buscó contribuir a una visión crítica del encuentro entre la población y los servicios.

Se definieron entonces cuatro áreas o módulos, como refiere el documento preliminar de trabajo (Instituto de la Salud Juan Lazarte, 2006):

La situación de salud de la población. Incluyó la descripción de la población y su caracterización demográfica. La distribución diferencial de los procesos de salud – enfermedad en grupos sociales. Las relaciones entre condiciones de vida y procesos de salud/enfermedad. Y la reflexión crítica sobre los conceptos de igualdad, equidad y vulnerabilidad en salud.

La organización de los servicios de salud. Las formas de organización y gestión de los servicios en el sistema de salud pública municipal. La ubicación de los servicios en el seno de una red de atención de la salud y el reconocimiento de los otros servicios. Las principales herramientas de gestión, la micro gestión del proceso de atención clínica, el trabajo en el equipo de salud, la administración de personal y la administración contable.

La producción de información sanitaria. Identificación y valoración de las fuentes de producción de información. Los sistemas de registros usuales;

el proceso de generación de información, el soporte tecnológico de la información; y los indicadores de uso más frecuente para la gestión de los servicios de salud

La construcción de la salud como práctica socio-política. Buscando establecer un debate sobre la función del estado en el cuidado y la protección de la salud así como la inclusión de la salud como derecho. Incluyó el vínculo entre política sanitaria y políticas sociales. Y la reflexión sobre el proceso de descentralización del municipio como herramienta política y de construcción de ciudadanía.

El transcurso de la actividad educativa, contempló el equivalente a un año académico - 32 semanas. Luego de ello se estableció un tiempo más que permitiera a los participantes darle forma definitiva al informe o documento final que plasmó el producto de la actividad y que fue elaborado con la guía y acompañamiento del equipo tutorial. Estimulando la organización de los trabajadores por distrito, cinco en total, la consigna los orientó a trazar diagnósticos de la situación de salud de cada área, acentuando la posibilidad de un mayor conocimiento de cada territorio específico. Componiendo y relacionando datos demográficos, sanitarios, e institucionales cada grupo produjo un estudio específico sobre el espacio social en que desempeñaba su tarea.

La construcción y ejecución de una propuesta pedagógica de estas características no estuvo destinada a consolidar una visión única u homogénea de los procesos de salud y atención en la población, y del vínculo de los servicios con los usuarios, sino como contribución a generar y ampliar una masa crítica de trabajadores de salud, afirmando la necesidad de vinculación continua entre los espacios de formación y los contextos laborales.

En tanto producto concreto y específico la estrategia pedagógica basada en las necesidades identificadas por consenso entre diversos actores sanitarios aportó hacia una mayor especificación del trabajo administrativo. Sin dudas, como fuera planteado en el proyecto original, el aporte de la capacitación a la construcción de un perfil específico laboral, podría significar un insumo sustantivo para distintos aspectos de la gestión.

Reseñados los fundamentos y descrito el trabajo realizado, puede concluirse reafirmando el valor de las prácticas educativas problematizadoras en el ámbito de la salud.

La acción pedagógica, en este marco, es ori-

ginalmente y ante todo un encuentro de carácter intersubjetivo, que coloca en primer lugar la necesidades y valores que los sujetos portan, y con los que cuentan para poder producir cosas y transformar su quehacer. Las prácticas sanitarias se integran no sólo a través de un componente técnico, sino también con un componente no técnico, que incorpora dimensiones relacionales y existenciales (Mesquita Ayres; 2002). Al valorizar e integrar los saberes, las expectativas, las experiencias y las prácticas que los trabajadores acopian, se potencia la capacidad que éstos tiene para hacer de esos elementos una herramienta de transformación de los servicios sanitarios, permitiendo una construcción hermenéutica de los procesos educativos. El compromiso con el conocimiento conceptual y operativo es la condición misma para hacer efectiva la participación de los sujetos en las acciones de salud de un modo siempre flexible y creativo.

Bibliografía

CECCIM R.B. (2005) Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 (4).

INSTITUTO DE LA SALUD “JUAN LAZARTE”. (2006) Proyecto Capacitación del Personal Administrativo en los efectores de salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Mimeo.

MESQUITA AYRES J.R.C. (2002) Conceptos y prácticas en Salud Pública: Algunas reflexiones. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol 20 nº 2. Universidad de Antioquia, Colombia.

Formación de posgrado

Morabito Abel (1)

La producción de trabajos finales, como culminación de la formación profesional en salud, ha tomado impulso en el ámbito municipal de Rosario desde hace ya una década, sobre todo a partir de que la Secretaría de Salud Pública enmarcara dicha formación en carreras dependientes de la Universidad Nacional de Rosario. Para dar una idea de magnitud, en el período citado se aprobaron más de cien trabajos de Pediatría, Concurrencia de Odontología en Salud Pública, Clínica Médica y Medicina General, sin contar otras disciplinas ni posgrados del campo sanitario. Por otra parte existen condiciones para anticipar que el ritmo de producción se incrementará en corto plazo.

Estos trabajos, dirigidos a enriquecer la formación profesional, abordan problemas relacionados con la atención, y su desarrollo requiere la participación de trabajadores de la salud en distintas funciones docentes. Es decir que están anclados en los procesos de atención y en el seno de los servicios de salud.

Es interesante señalar las oportunidades que esta producción de conocimiento puede ofrecer para el mejoramiento de la atención, en tanto se tome como insumo útil para los equipos de salud, desde

una perspectiva que profundice la articulación de los procesos de formación y de atención de manera transformadora.

Quienes se interesen en conocer títulos de trabajos finalizados pueden visitar el sitio ubicado en <http://educacionsspros.wordpress.com/>

(1) Área de Formación y Capacitación Profesional. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Normas de publicación

1. Secciones:

La Revista contempla las siguientes posibilidades de publicación:

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

2. Normas generales de publicación.

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

- Original y dos copias, escritos con procesador de texto a doble espacio (Word) y diskette correspondiente.
- Idiomas: castellano o portugués. Resumen, cuando corresponda, en el idioma del artículo y en inglés (summary).
- Portada: incluirá el título del trabajo, nombres y apellidos completos del/os autor/es.

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

Señalar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

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

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

a)Referencia de una Revista:

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

b)Referencia de un libro:

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

c)Referencia del capítulo de un libro:

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

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

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

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

2.1- Artículos originales

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

a) Portada: siguiendo las normas generales

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

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

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

Se aceptará el empleo de abreviaturas de uso universal,

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

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

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

Cada una de las formas de ilustración utilizadas deberá tener una numeración correlativa, expresada en números arábigos. Los títulos serán consignados en la parte superior, en tanto que al pie se indicarán la fuente de información, si ésta no es original del trabajo, las abreviaturas, unidades de medida y otras aclaraciones posibles.

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

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

2.2 - Comunicaciones breves

La presentación deberá incluir:

a) Portada: siguiendo las normas generales, haciendo mención si el trabajo fue presentado en eventos científicos (Congresos, Jornadas, etc.)

b) Desarrollo del informe: Con una extensión no mayor a ocho (8) páginas, éste deberá contener:

- Una introducción con los fundamentos teórico-conceptuales que impulsan el trabajo y el marco contextual de aplicación.

- Un desarrollo con objetivos, elementos metodológicos y operativos, resultados y conclusiones preliminares derivados de la experiencia. Se incluirá un máximo de 3 tablas o gráficos, los que se adjuntarán en anexo,

indicando el lugar del texto en que se hace referencia a los mismos y siguiendo pautas similares a las mencionadas en e) para Artículos Originales.

- La bibliografía será citada de acuerdo a las normas generales requeridas para los Artículos Originales, con un máximo de 15 referencias bibliográficas.

2.3 - Relatos de experiencias

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

a) Portada: siguiendo las normas generales

b) Desarrollo del informe: constará de una introducción con fundamentos teórico-conceptuales, contexto de aplicación, objetivos, elementos operativos y un cierre con reflexiones, conclusiones o recomendaciones preliminares de la experiencia.

c) Bibliografía: siguiendo las normas generales.

2.4 - Revisiones y/o actualizaciones

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

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

2.5 - Cartas al editor

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

3.- Selección de los trabajos.

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

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

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

