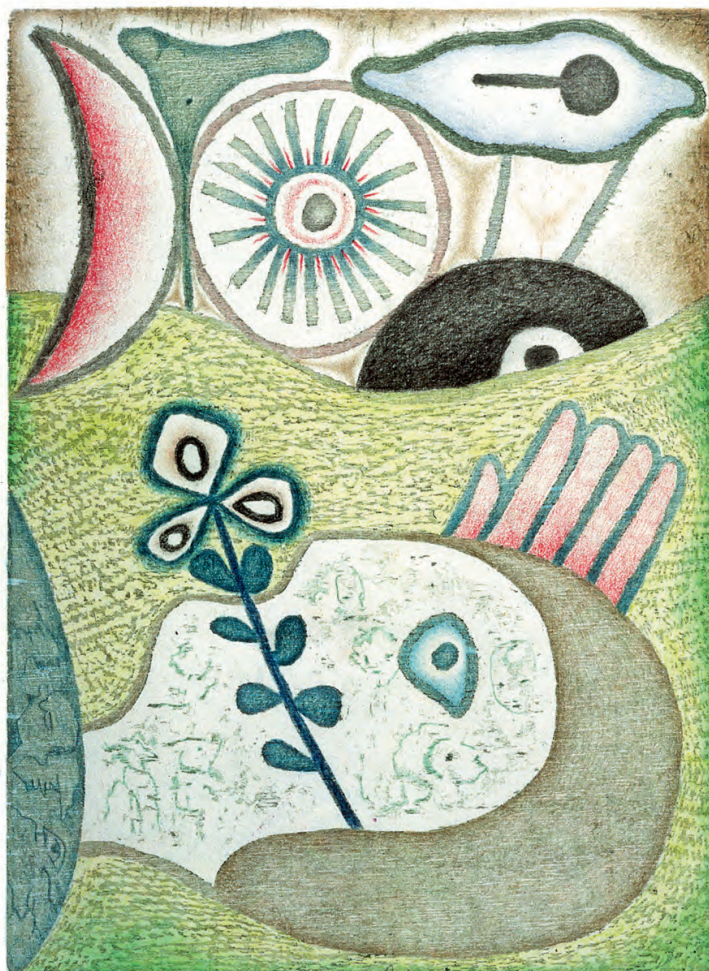


Publicación científica de la
Secretaría de Salud Pública Municipal
Volumen 10 N° 1 - Rosario - Enero - Junio de 2013



Investigación en Salud



**MUNICIPALIDAD
DE ROSARIO**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 10 – N° 1 – Rosario, Enero- junio de 2013

Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Adriana Huerta

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)

Fuks 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)

Onocko Campos, Roxana (Argentina)

Pantelides, 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)

Colaboran en esta edición los Dres. Ernesto Taboada y Abel Morabito

Dra. Mónica Fein
Intendenta Municipal

Dr. Leonardo Caruana
Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta
Coordinadora Area Investigación en Salud

Propietaria
Secretaría de Salud Pública
Director
Dr. Leonardo Caruana

Impreso en:
.....
Cantidad de ejemplares:.....
Edición:

Diseño:
Comunicación Social de la Secretaría de Salud Pública
ISSN:.....
Copyright:.....



EL SUEÑO DE CACHU - 1971
Juan Grela (1914-1992)
Xilografía color estampada y pintada
(30,8 x 22,5 cm)

Colección Privada – Flia. Grela Correa

Nació en la provincia de Tucumán en 1914. A los 10 años su familia se radicó en Rosario donde residió hasta su fallecimiento, el 11 de noviembre de 1992. Antonio Berni fue su maestro en pintura; José Planas Casas y Gustavo Cochet en grabado.

Desde 1939 participó en numerosas exposiciones individuales, colectivas, en salones y museos del país. Paralelamente a su actividad creativa, desarrolló una importante labor de enseñanza en su casa taller, por donde pasaron varias generaciones de artistas. Desde muy joven integró diversas agrupaciones: Mutualidad Popular De Estudiantes y Artistas Plásticos de Rosario, Agrupación Arte Nuevo, Plásticos Independientes de Rosario, Grupo de Grabadores de Rosario Centro de Grabadores de Rosario e integró el Núcleo fundacional del Grupo Litoral. Aunque perteneció a diferentes grupos, la obra de Grela se redefine en una búsqueda individual reflexionando permanentemente sobre el tema, la forma y el color.

En la formulación de su discurso estético crítico, tomó como referente a Antonio Berni, padre de la Mutualidad y a Joaquín Torres García, de quien aprehendió las premisas estéticas filosóficas del Universalismo Constructivo que guiaron su producción entre mediados de la década del 50 y durante la década del 60.

Asiduo conferencista, dedicó muchos años de su vida al estudio y la investigación artística, siendo autor de trabajos exegéticos, como los dedicados al “Guernica” de Picasso, base de sus recordadas conferencias en la facultad de Filosofía de Buenos Aires, Instituto de Historia del Arte y en la Asociación “Ver y Estimar”.

Su obra se encuentra representada en colecciones oficiales y privadas del país y del exterior.

El Gobierno Municipal de la ciudad de Rosario, lo designó Ciudadano Ilustre en mérito a su labor creadora.

En 1993 le fue otorgado el Premio Juan de Garay, instituido por la Secretaría de Cultura de la Provincia de Santa Fe.

En agosto del 2007, el Museo Castagnino- Macro de Rosario realizó la muestra antológica “Homenaje a Juan Grela” curada por Nancy Rojas. En setiembre del 2011, el Museo Rosa Galisteo de Rodríguez de la ciudad de Santa Fe, realizó la muestra “Juan Grela, del realismo intimista a la abstracción total, curada por Nancy Rojas.

Juan Grela, artista y hombre cuya obra de arte fue “entregarse heroicamente a una vocación por amor y sin pensar, ni calcular otros dividendos de los que surjan de ese amor”.

Agradecemos a la Familia de Juan Grela el permitirnos reproducir esta obra.

**Dr Isidoro Sluítel, uno de los mas importantes mecenas que ha tenido la ciudad de Rosario.*

Editorial

Indice

Palabras del Comité Editorial	Pág. 5
Artículos originales.	
- Embarazo en niñas y adolescentes. Evaluación del proceso de atención en los centros de salud del distrito oeste de la ciudad de Rosario. Rodríguez A., Bisio S., Maidana M., Aronna A.- 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. 9
- Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. Belizán J., Borda M., Cisneros C., Davila A., Huerta A., Quadri A., Rodríguez A.	Pág. 31
- Desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en la provincia de Santa Fe. Morabito A.	Pág. 59
- Muertes por prematuridad en el distrito Norte de la ciudad de Rosario en el período 2004-2009. Una ventana por donde mirar los procesos de atención. Aguirre D.	Pág. 69
Revisiones y/o actualizaciones	
La investigación clínica promovida por la industria farmacéutica. Un aspecto de la salud internacional y la necesidad de su regulación ética. Martinelli B., Aronna A., Prósperi R.	Pág. 81
Relato de experiencia.	
- Lo Real del trabajo. En la búsqueda de información sanitaria para la gestión. Mansilla, C.; Urueta G; Monzon Valverde L., Machuca A.; Cañapataña I.	Pág. 85
- Proyecto de aplicación de medicinas tradicionales y naturales en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Sauro M.	Pág. 97
Normas de publicación.	Pág. 99

Embarazo en niñas y adolescentes. Evaluación del proceso de atención en los centros de salud del distrito oeste de la ciudad de Rosario

Rodríguez Alicia*, Bisio Silvia**, Maidana María del Rosario*, Aronna Alicia***
Colaboradores: Mariana Gomez****, Adriana Huerta*****, Paola Giménez*****

Resumen

El objetivo del trabajo es evaluar el acceso a la prevención y procesos de atención de las niñas y adolescentes embarazadas referenciadas en los centros de salud del distrito Oeste, cuyos partos fueron realizados en las maternidades públicas de Rosario durante 2008.

Metodología: población 129 niñas y adolescentes menores de 17 que tuvieron sus partos durante 2008 en maternidades públicas de Rosario, captadas y controladas en centros de salud del distrito oeste. Se ejecutó en dos etapas. En la primera se trabajó con historias clínicas e informantes claves. En una segunda etapa se realizaron entrevistas que recuperan valoraciones y opiniones de las adolescentes con relación a los ejes investigados.

De las 129 menores de 17 años, 27 tenían menos de 14, y 10 del total tenían una gesta previa. El 32 %

de las embarazadas accedieron a algún método anti-conceptivo. Más de la mitad de los efectores tenían algún tipo de registro del suministro de anticonceptivos; sólo el 8% contaba con dispositivos preventivos como talleres y trabajo en escuelas. En relación al proceso de atención del embarazo, un 65% de ellas tuvo una captación temprana. Alto porcentaje de estudios de laboratorio y ecográficos. Baja realización de papanicolau y omisión de procedimientos como el índice de masa corporal. El parto vaginal normal predomina y 12% de cesáreas, valor inferior al registrado en las maternidades.

Se constata en las adolescentes entrevistadas una compleja asociación entre embarazos tempranos, salidas prematuras del sistema educativo y frágil o nula inserción en el mercado de trabajo, lo que impacta en la posible profundización de procesos de exclusión y vulneración social; las adolescentes mujeres

* Integrantes Área de Investigación en Salud . SSP. Municipalidad de Rosario.

** Integrante de la Dirección de Estadística.. SSP. Municipalidad de Rosario.

*** Coordinadora del Área de Investigación y Directora de Estadística.

**** Integrante Dirección de Estadística. Asesoramiento en aspectos ligados al abordaje cualitativo.

***** Integrante Área de Investigación en Salud. Asesoramiento en elaboración del documento final.

***** Integrante Dirección de Estadística. Participación en la etapa de análisis de información

son quienes prioritariamente soportan las consecuencias del inicio temprano de la actividad sexual.

Abstract

The aim of the present article is to evaluate the access to prevention and attention process in pregnant little girls and adolescents, controlled by Health Centers of West District, whose births had place in Rosario public maternities during 2008.

Methodology: population of 129 little girls and adolescents under seventeen whose births had place in Rosario public maternities during 2008, and were caught and controlled by Health Centers in West District of Rosario.

It was executed in two phases. In the first one, there were used clinical histories and key informants. In the second one, there were carried out interviews which include adolescent views and opinions related to the investigation topics.

From a total of 129 girls under seventeen years, 27 had fewer than fourteen years and 10 of them had a previous pregnancy. The 32% of pregnant girls accepted a contraceptive method. More than a half of Primary Health Care Centers had registered the contraceptives supply, and only 8% of them had preventive mechanisms such as workshops and assistance in schools. In relation to the attention process during pregnancy, 65% of the population had an early uptake; high number of lab and ultrasound studies and a low number of Papanicolaou test. Also it was found an omission of body-mass index (B.M.I.) study. It prevails vaginal labour, and only 12% were caesarean births, a lower number than registered in maternities.

It was identified in interviewed adolescents a complex association between early pregnancies, dropping out of school and weakly insertion in labor market. These elements had an impact in social exclusion and vulnerability. Adolescents suffer predominantly the consequences of early sexual initiation.

Palabras clave: Embarazo adolescente - Proceso de atención – Atención Primaria de Salud.

Key Words: Adolescent Pregnancy; Attention Process; Primary Health Attention.

Introducción

La salud adolescente constituye una problemática compleja de múltiples aristas y configura un desafío para los sistemas de salud pública habida cuenta de la brecha que puede observarse en términos de acceso y utilización de servicios de salud en este grupo etéreo. En este marco, el embarazo adolescente en particular constituye un tema controvertido en el campo de la salud sexual y reproductiva, a la vez que configura una preocupación para los equipos de salud así como para programas, organismos nacionales e internacionales abocados al cuidado de salud de niños y jóvenes.

Es así que el embarazo de niñas y adolescentes, amerita una mirada particular a la vez que profundizar en estudios empíricos que aporten insumos para que los equipos de salud logren tornar más eficaces los abordajes, fundamentalmente en el primer nivel de atención.

La necesidad de asegurar los derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes ha sido subrayada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), retomado posteriormente en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Más recientemente, en la Cumbre del Milenio de 2005, se señalaba la importancia de la salud sexual y reproductiva en lo que hace a la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano. A la vez, la jerarquía otorgada al tema en foros internacionales señala también la persistencia de marcadas dificultades en lo que hace al ejercicio efectivo de derechos reproductivos sobre todo en poblaciones de adolescentes y jóvenes en condiciones de pobreza. Por otro lado es en este grupo donde adquiere mayor relevancia la violencia y el abuso sexual, dimensiones del embarazo de difícil visibilización.

Situación Social

En particular, en la ciudad de Rosario, las maternidades municipales atendieron durante el año 2008(1) 6.340 partos y se internaron 6.751 embarazadas por distintos motivos relacionados al embarazo, parto y

puerperio, de las cuales 28% pertenecían al grupo de adolescentes menores de 20 años y específicamente el 9 %, menores de 17 años. Este porcentaje se ha mantenido estable en los últimos 10 años, al igual que el porcentaje de embarazadas menores de 14 años, la relación registrada indica 4 embarazadas menores de 14 años por cada mil embarazadas atendidas en dichas maternidades. Por su parte, en los equipos de salud prima la percepción de no haber logrado disminuir los porcentajes de embarazo en este grupo de edad.

En el año 1996, en el municipio de Rosario, el Concejo Municipal sancionó una ordenanza que dio lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable. A partir de su implementación en el año 1997, la Secretaría de Salud Pública comienza a incluir a las mujeres dentro del programa con la consecuente compra de anticonceptivos. Por su parte, la Legislatura de la provincia de Santa Fe votó la ley de Procreación Responsable en 2001, pero su implementación tuvo lugar recién en el 2002 con la creación a nivel Nacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Desde la Secretaría de Salud Pública Municipal y a través del Programa de Salud Integral de la Mujer se provee a todos los efectores de la red de servicios de salud municipales de los insumos para la atención de la población en edad reproductiva. Se confecciona además abundante folletería informativa y son múltiples los intentos de trabajar articuladamente con los distintos sectores de la municipalidad (Promoción Social, Centro de Juventud, Área Mujer) y las organizaciones de la comunidad. No obstante estos esfuerzos, se presume que las diversas acciones producen escaso impacto en términos de prevención del embarazo en niñas y adolescentes. En cambio, sí se constatan mejorías en otros indicadores, por ejemplo la captación temprana de embarazadas (antes de las 20 semanas) pasó de un 37% en 1995 a 66.3% en 2008, mientras que para el grupo de menores de 17 años, este porcentaje es algo inferior: 53.5%. En relación a la morbilidad materna, para el total de embarazadas el porcentaje de mujeres con una o más patologías es del 41.2% mientras que para las embarazadas menores de 17 años es del 39% (2). Con respecto al proceso de atención del embarazo y el parto de las niñas-adolescentes, tanto en los centros de salud como en la red de servicios del sector municipal, la atención de la embarazada ha sido abordada en reuniones conjuntas llevadas a cabo entre los mé-

dicos toco-ginecólogos y obstetras tanto del primer nivel de atención primaria como de las maternidades del segundo nivel de atención. Producto de estas reuniones se elaboró un documento denominado Consenso para la atención de las embarazadas (3). Por el contrario no fue objeto de discusión lo referido a la sistematización de registros para el seguimiento de las embarazadas (ficheros, listados de embarazadas, entre otras) lo que redundaba en una variada gama de formas de registro de los procesos de atención según los criterios particulares de los médicos tratantes y/o de la gestión de cada centro.

Este trabajo tiene como propósito producir conocimiento que, a partir de la reflexión en torno a las propias prácticas, aporte al desarrollo de cambios en los procesos de trabajo cotidianos que se ajusten a las necesidades reales de la población adolescente.

Objetivos

Objetivo General:

-Valorar el acceso a la anticoncepción, proceso de atención, resultados perinatales y perspectivas de las niñas y adolescentes en torno a la anticoncepción, decisiones reproductivas y experiencia de vinculación con los servicios de salud, cuyos embarazos fueron atendidos en los centros de Atención Primaria de la Salud (APS) del distrito oeste y sus partos asistidos en las maternidades en la red de salud pública de Rosario durante 2008.

Objetivos Específicos:

-Caracterizar la historia de utilización del servicio de salud en niñas y adolescentes embarazadas.
-Identificar modalidades de acceso a la anticoncepción.

-Describir el proceso de atención del embarazo y puerperio en términos de:

-Adecuación a criterios obstétricos / seguimiento de las embarazadas

-Articulación con distintos niveles de atención

-Resultados perinatales en términos de modo de finalización del embarazo; condición del recién nacido según se trate de RN sano, RN pretérmino; necesidad de internación del RN y motivo de la misma. Inmunizaciones y anticoncepción de la madre en puerperio inmediato; toma de PAP y anticoncepción

1 El total de partos en la ciudad de Rosario para el año 2008 ascendió a 18.464, de los cuales la mitad se atendieron en el sector público y de éstos el 70% en efectores municipales. Datos aportados por la Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario- Año 2008.

2 Ibidem

3 Documento de trabajo elaborado en Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario durante el año 2004

en puerperio tardío.

- Indagar la opinión de las adolescentes en torno al acceso a métodos anticonceptivos, satisfacción con el proceso de atención del embarazo y el parto, rol de la pareja en la experiencia del embarazo y el parto, red familiar de soporte, modificaciones en su proyecto de vida a partir del embarazo.

Marco referencial

Existe acuerdo basado en evidencia científica que el grupo de niñas y adolescentes menores de 14 años embarazadas y con menos de 2 años post menarca tienen un riesgo biológico aumentado, expresado en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer. En cambio el embarazo de las adolescentes entre 15 y 19 años no ocasiona mayor morbi-mortalidad materno infantil que en el resto de las mujeres. En todo caso el riesgo estaría más determinado por las condiciones de pobreza, con los consecuentes trastornos nutricionales, malos hábitos, situación de mala salud previa al embarazo y deficitario control prenatal.

En un estudio llevado a cabo en Rosario con una muestra de 21.452 mujeres atendidas en 5 hospitales públicos de la ciudad (1996-1999), se constató un 70% más de probabilidades de tener un parto pretérmino entre los 10 y 15 años con relación a las mujeres no adolescentes. En tanto este incremento es de un 50% en partos pretérminos en el grupo de 16 a 19 años.

La investigación de Scholl, desarrollada con 1.700 primíparas menores de 18 años, muestra que una edad ginecológica menor a dos años (edad cronológica menos edad de la menarca) está asociada con el doble de riesgo de parto pretérmino y estaría relacionada con la inmadurez de los órganos reproductivos. Esta inmadurez uterina y del cuello del útero, predispondría a las adolescentes a un mayor número de infecciones con el consiguiente aumento de prostaglandinas, ruptura de membranas y parto prematuro.

Otros autores ponen énfasis en la talla alcanzada al momento del embarazo como indicador de desarrollo óseo y por tanto de las dimensiones de la pelvis y la duración del embarazo. De este modo, a menor talla, mayor es el riesgo de parto pretérmino.

Con relación al bajo peso al nacer, Bolzan y Guimarey en Argentina, partido de la Costa, compararon adolescentes entre 12 y 19 años y adultas embarazadas (496 y 1913 mujeres respectivamente). En

ambos grupos se valoraron medidas antropométricas (peso, talla e Índice de Masa Corporal -IMC). El estudio concluyó, que el peso del neonato dependió del aumento de peso de la madre durante la gestación independientemente de la edad. El riesgo relativo de tener un Recién Nacido con Retardo de crecimiento intrauterino es dos veces mayor en las embarazadas con un IMC por debajo de - 1 DS independientemente de la edad de la madre.

Con relación al proceso de atención del embarazo, el Ministerio de Salud de la Nación adoptó las Guías elaboradas por las distintas sociedades científicas, OMS/OPS y expertos (2006), incluyendo las recomendaciones para los controles preconcepcionales y prenatales. Dichas Guías señalan la eficacia de los controles prenatales cuando el acceso a la misma incluye a toda la población. Otros estudios sin embargo realizados en población de países desarrollados plantean la dudosa eficacia de los controles para la reducción de la morbi-mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, prematuridad y retardo de crecimiento fetal.

No obstante la prevalencia de patología materna en la muestra del Sistema informático Perinatal (SIP) a nivel nacional es del 28,4% (SIP de la República Argentina, Anuario 2005, Ministerio de Salud de la Nación) por lo que la captación precoz y los controles durante el embarazo, sí beneficiaría de modo significativo a muchas mujeres, y en particular a las embarazadas de alto riesgo.

En el estudio desarrollado por Gogna sobre maternidad y embarazo en la adolescencia, se concluyó que dos tercios de mujeres de la muestra no había buscado embarazarse a pesar de que no estaban usando un método anticonceptivo. Uno de los motivos argumentados fue la falta de acceso a métodos anticonceptivos. Por su parte en el marco de la misma investigación, la antropóloga Nina Zamberlin lleva a cabo un dispositivo de grupos focales en tres provincias argentinas con adolescentes de ambos sexos entre 15 y 19 años, concluyendo que en la mayoría de los casos el embarazo es un acontecimiento no buscado, condición que puede derivar del no uso de métodos anticonceptivos, o de su manejo inadecuado. Una posible explicación podría ponerse a cuenta de pautas culturales que imposibilitan a las mujeres tomar una actitud de autocuidado o acordar con sus parejas prácticas anticonceptivas.

No obstante en algunas adolescentes el embarazo se constituye en una meta definida. Las situaciones que derivan en la búsqueda del embarazo se

enmarcan en sentimientos de soledad por la pérdida de un ser querido, la pérdida de un embarazo anterior, sea espontánea o provocada, o bien tiempo de noviazgo o convivencia que ellos consideren adecuados para formar una familia. Las adolescentes que declaran la intención de embarazarse se encuentran en su gran mayoría por arriba de los 18 años.

En el mismo estudio, los funcionarios reconocen como deficitarias las actividades de prevención implementadas por los servicios de salud públicos. Asimismo, en un trabajo desarrollado en nuestro país, que indagaba en torno a la accesibilidad a la ACO de emergencia se encontró que hay barreras subjetivas, culturales, institucionales y económicas para acceder a los métodos de planificación en general, y barreras específicas ligadas a la inadecuada información sobre el modo de funcionamiento de la anticoncepción de emergencia, es decir la accesibilidad en sentido estricto al método. Tales barreras se experimentan diferencialmente en términos de sexo, edad, nivel de instrucción y estrato socioeconómico.

En el mismo sentido, Graciela Climent estratifica a las mujeres de sectores populares que tuvieron hijos antes y después de los 20 años, en marginadas, vulnerables e integradas. En el grupo de las marginadas se encuentra la mayoría de las mujeres madres en la adolescencia, cuyos rasgos a destacar son: la no utilización de anticonceptivos, la subordinación a sus parejas y el mayor número de hijos no planeados.

De este modo constituye un llamado a la reflexión lo planteado en la conferencia de Beijing: "[...] las adolescentes carecen de adecuado acceso a servicios de salud y nutrición y sufren una insuficiente o inexistente información y asesoramiento en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ignorando el derecho de las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado". En consonancia con esta afirmación, la Encuesta Nacional de Juventud realizada en Chile en el 2000, arrojó entre otras, la conclusión de que existen características de los servicios de salud que se tornan barreras para el acceso de las y los adolescentes a la atención, siendo las más frecuentemente mencionadas las generadas por la falta de información clara y comprensible; por la actitud distante y/o infantilizadora de parte de los profesionales; la desvalorización de los motivos de consulta; horarios poco compatibles con las rutinas de los adolescentes y la falta de privacidad y confidencialidad hasta la exigencia de ser acompañados por un adulto, todos

ellos factores que desalientan la consulta de los adolescentes a los servicios de salud. En el marco organizativo de nuestro sistema de salud, donde la atención pediátrica se interrumpe a la edad de 12 o 13 años, cabe preguntarse en qué medida este corte puede configurarse como una barrera para el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva en este grupo etéreo y particularmente en aquellas adolescentes que cuentan con una historia de atención y vínculo transferencial con un médico pediatra.

Es en este marco que se torna imperioso redoblar los esfuerzos del sistema de salud para desarrollar estrategias de captación de la población adolescente optimizando toda oportunidad de contacto para abordar cuestiones ligadas a la salud reproductiva.

Indudablemente, la prevención en general y del embarazo en particular supone su anclaje en políticas sanitarias sostenidas, que se acompañen de inversión de recursos específicos. Asimismo, el acceso a los servicios de salud, trascendiendo el primer momento de decisión de un usuario de buscar atención, también está condicionado por los modos particulares de organización de la oferta de servicios. En el campo de la salud reproductiva y más aún en la población adolescente, esto es de particular interés, habida cuenta del rol privilegiado que los profesionales de salud tienen en términos de oportunidades de abordaje de la anticoncepción. Por otro lado resulta necesario además conocer en qué medida el sistema de salud garantiza una oferta de dispositivos que enmarcados en una estrategia preventiva y desde una perspectiva de género, aporten al ejercicio de una sexualidad segura y plena.

Contexto del estudio

En el marco de la descentralización administrativa llevada adelante desde 1996, se dividió el municipio de Rosario en seis distritos. A los fines de este estudio, se ancló la investigación en el Distrito Oeste. Este distrito cuenta con una población estimada al 30 de junio de 2006 de 125.355 habitantes (14 % del total poblacional en el municipio). El total de mujeres en este distrito representa el 51% de la población (63.988) (4). A la vez, es el distrito que presenta las más altas tasas de fecundidad y natalidad (80 por mil y 20 por mil respectivamente), superando amplia-

4 Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario- Año 2010.

mente la del resto de los distritos. En tanto, la tasa de fecundidad específica para mujeres menores de 20 años es también la más alta- 47.5 por mil- siendo la de Rosario del 29.9 por mil.

En el año 2007 se registraron 521.073 consultas en todos los Centros de APS de la municipalidad de Rosario, el 68% corresponde a consultas de mujeres y de éstas la cuarta parte provienen de los Centros de Salud del Distrito Oeste.

En otro orden, cabe destacar que los asentamientos irregulares que fueron instalándose en Rosario en los últimos 7 años, lo hicieron en los únicos terrenos vacantes de la ciudad, localizados en el distrito oeste. A expensas de tales localizaciones ha aumentado la población ya que son el producto de migraciones internas desde otros asentamientos de la ciudad, de otras localidades de la provincia y de otras provincias del país.

Otra característica a destacar es que en el espacio del distrito se localizan quintas, donde familias golondrinas se trasladan para el trabajo en las distintas cosechas a lo largo del año.

En términos generales el crecimiento del distrito es a expensas de pobladores con condiciones de vida muy precarias; no cuentan con servicios, reciben el agua de cubas que provee Aguas Santafesinas, no poseen alumbrado público ni recolección de residuos.

En el espacio del distrito oeste se radican trece centros de salud (8 municipales y 5 provinciales), que por razones de accesibilidad geográfica articulan las derivaciones de las embarazadas atendidas con la Maternidad Martín, Hospital Centenario y Hospital Provincial. En estas maternidades públicas, ubicadas en el distrito centro, se atendieron 129 embarazadas menores de 17 años y 5 menores de 14 años cuyos controles fueron realizados en los distintos Centros de Salud del Distrito Oeste.

Metodología

Para el abordaje general del proyecto se utilizaron técnicas cuantitativas, además el estudio contempló el uso de algunas técnicas propias de los estudios cualitativos (entrevistas semi-estructuradas con adolescentes embarazadas) para contextualizar, clarificar y profundizar algunos de los hallazgos obtenidos en el abordaje cuantitativo. Se trata de un diseño observacional, descriptivo.

Para el abordaje cuantitativo, se trabajó con la totalidad de los casos (129) si bien se excluyeron 3 casos, debido a la falta de registros en la historia

obstétrica. De este modo se analizaron registros clínicos correspondientes a 126 niñas y adolescentes menores de 17 años que tuvieron sus partos durante 2008 en maternidades públicas de Rosario, cuyo proceso de atención del embarazo se llevó a cabo en los centros de salud del distrito oeste de la ciudad. Se confeccionó un listado con todas las mujeres que al momento del parto durante el año 2008, tuvieran 16 años, 11 meses y 29 días o menos, a partir de la base de datos de la Maternidad Martín y del libro de partos de los hospitales Provincial y Centenario. Se procedió a georreferenciar a cada una de estas mujeres, para luego constatar en los Centros de Salud del Distrito cercanos a sus domicilios, si se trataba de usuarias que hubieran tenido su proceso de atención del embarazo en dichos efectores (5).

Para el abordaje cualitativo se trabajó con un muestreo intencional, considerando como criterio para la selección de las informantes el hecho de estar adscripta al Centro de Salud, manteniendo vinculación con el mismo al momento del estudio, a la vez que brindara su consentimiento para participar del mismo. A tal efecto, se informaba ampliamente a las pacientes de las características y finalidad que tenía la investigación a la vez que se establecía expresamente el compromiso de anonimato y confidencialidad por parte del equipo de investigadores.

Para la captación de datos se utilizaron diversas fuentes de información (historia Clínica, ficheros médicos y registros de enfermería y farmacia). Se diseñaron formularios de recolección de datos que contemplaron las siguientes variables: historia de utilización del servicio de salud; proceso de atención y resultados perinatales.

Por otro lado, se desarrollaron entrevistas semi-estructuradas con niñas y adolescentes, realizadas en el ámbito del centro de salud y/o en domicilio que estuvieron a cargo de integrantes de los equipos de los centros de salud y del Área de Investigación. Las entrevistas recorrieron los siguientes ejes temáticos: anticoncepción, decisiones reproductivas, impacto del embarazo sobre el proyecto de vida y proceso de atención del embarazo y el parto.

El análisis del material se ejecutó en dos etapas.

5 Estrictamente el procedimiento de georreferenciación fue necesario para el caso de mujeres cuyos partos fueron realizados en efectores provinciales, dado que para el caso de la Maternidad Martín, de jurisdicción municipal, se consigna de rutina el Centro de Salud de referencia donde la embarazada había recibido atención.

En la primera se recabaron datos de historias clínicas y de informantes claves para recuperar información en torno al acceso a la anticoncepción y proceso de atención.

Se conformaron bases de datos y se procesó la información con el software SPSS, se presentan los resultados en tablas y gráficos y se calcularon medidas de resumen.

Para el análisis de las entrevistas semiestructuradas, se procedió en primera instancia a una separación de unidades de contenido, siguiendo un criterio temático; de esta aproximación surgen categorías conceptuales y sus atributos o dimensiones, en un segundo momento se llevó a cabo una comparación entre los casos a fin de identificar similitudes y diferencias entre los mismos.

Se consideraron como variables la **Historia de utilización del servicio de Salud**, en alusión al registro en HC de contactos previos mantenidos por el usuario con el servicio de salud, ya sea motivados por consultas médicas de rutina o bien ligadas específicamente a solicitud o seguimiento de método anticonceptivo. Esta categoría incluyó como dimensiones: *existencia de atención pediátrica y/o consulta previa, Indicación de Métodos anticonceptivos (MAC), actividades educativas/ preventivas, registro de seguimiento de MAC.*

Otra variable en estudio fue el **Proceso de aten-**

ción, donde se consideraron diferentes aspectos tales como la *adecuación de criterios obstétricos de seguimiento* valorados a través de: momento de captación en semanas, número de controles prenatales, tipo y frecuencia de estudios complementarios, realización de papanicolau (PAP), existencia de patologías concomitantes, inmunizaciones, cobertura antitetánica, utilización de fichero calendario por parte de los profesionales; otro aspecto considerado fue la articulación entre los niveles de atención durante el embarazo, valorados a través de la derivación a alto riesgo, interconsultas, internación, epicrisis y contrarreferencia. Finalmente otro aspecto considerado fueron los resultados perinatales, valorado a través de: modo de terminación del embarazo, complicaciones durante el parto, puerperio, inmunizaciones y anticoncepción; internación en neonatología, registro de epicrisis y controles del recién nacido al alta según normas; relación Capurro/edad gestacional, complicaciones durante el puerperio.

Resultados

En Tabla 1 se muestra la distribución de embarazadas en función del Centro de Salud donde se desarrolló la atención, siendo los Centros de Salud Toba y Staffieri los que atendieron el mayor número de embarazos adolescentes en menores de 17 años en el periodo enero/diciembre de 2008.

Tabla N° 1: Distribución de las embarazadas según Centros de Salud donde atendieron sus embarazos

Jurisdicción	Centro De Salud	Frecuencia	Porcentaje
Municipal	C.S.Toba *	26	20,2
	C.S.Staffieri	23	17,8
	C.S.Maradona	15	11,6
	Luchemos por la vida	14	10,9
	C.S.Casals	10	7,8
	C.S.Roselló **	8	6,2
	C.S.Eva Duarte	8	6,2
	C.S.Santa Lucia	6	4,7
	Total	110	85,3
Provincial	C.S.N° 14	7	5,4
	C.S.Guevara	5	3,9
	C.S.Cabin 9 *	5	3,9
	C.S.N° 13	1	0,8
	San Francisquito	1	0,8
	Total	19	14,7
Total		129	100

*No se encuentra Historia Clínica
**No se encuentran registros de la Historia Obstétrica

Como puede observarse en Tabla 2, en 40/126 (31,75%) embarazadas se halló historia clínica en edad pediátrica, de las cuales 38 fueron atendidas por pediatría y 2 por medicina general. Si bien con distintas frecuencias se registraron consultas pediátricas previas al embarazo. La mitad de las niñas/adolescentes tenían 12 años o menos en ocasión de la última consulta pediátrica, concentrándose la mayor frecuencia de la misma entre los 11 y 14 años (26/40). Las solicitudes de certificados de salud y diagnósticos de procesos infecciosos concentran la mayor parte de los motivos de última consulta pediátrica. La confección de certificados de salud es la que supone un control sano y merece relacionarse con el tiempo transcurrido entre esta consulta y el embarazo. En este sentido, de las 14 adolescentes

con control sano, 5 estaban embarazadas a menos de 2 años de este control. (3 en menos de un año y 1 estaba embarazada al momento de la confección del certificado de salud sin registro de diagnóstico). Otras 6 adolescentes que consultaron por otros motivos al pediatra, también estaban embarazadas a menos de un año de dicha consulta. En una oportunidad la última consulta pediátrica tuvo como motivo la planificación familiar.

Por otro lado, casi la mitad de las embarazadas (49,20%) tuvo una consulta previa al control obstétrico, 40 (32%) de las mismas también tenían historias de atención pediátrica en el centro de salud. Mientras 64 (50,80%) concurren al centro directamente en circunstancias de su primer control obstétrico. El tiempo transcurrido entre la consulta

Tabla N° 2- Historia de utilización del Centro de Salud por niñas y adolescentes embarazadas. Distrito Oeste. Rosario, 2008.

ATENCIÓN PEDIÁTRICA		Frec.	%
SI		40	31,75%
	Dx en la última consulta pediátrica		
	- Certificado de salud	14	35,00%
	- Procesos infecciosos	13	32,50%
	- Trastornos de piel	3	7,50%
	- Planificación familiar	1	2,50%
	- Otros	9	22,50%
			100,00%
NO		86	68,25%
CONSULTA PREVIA AL PRIMER CONTROL OBSTÉTRICO			
SI		62	49,20%
	Diagnóstico en consulta anterior al embarazo		
	- Certificado de salud	10	16,13%
	- Planificación familiar	22	35,48%
	- Trastornos gineco-obstétricos	9	14,52%
	- Embarazo/puerperio	4	6,45%
	- Otros	17	27,42%
			100,00%
NO		64	50,80%
REGISTRO EN HC DE ANTICONCEPCIÓN			
Con registro en HC de Anticoncepción previa a embarazo		40	31,75%
	Tipo de método		
	- ACO	27	67,50%
	- Inyectable	7	17,50%
	- Barrera	3	7,50%
	- DIU	1	2,50%
	- Sin especificar	2	5,00%
			100,00%
Sin registro en HC de Anticoncepción previa a embarazo		22	17,46%
Sin HC previa al embarazo		64	50,79%

previa al embarazo y el primer control obstétrico fue de menos de 2 años para 50 adolescentes, siendo en 30 de ellas menos de 1 año. Del grupo de embarazadas con historia de contacto previo al embarazo en el CAPS pero que carecían de historia pediátrica, 22/61 de las consultas fueron por planificación familiar, las edades oscilaron entre los 13 y 15 años. En tanto 10/61 concurren por certificado de salud con edades entre los 10 y 14 años. Por otro lado, 5/10 certificados de salud fueron confeccionados por segunda vez.

Dado que el intervalo entre la indicación de un método anticonceptivo y el embarazo es un indicador de adhesión al método, en el caso particular de las 22 niñas/adolescentes embarazadas con indicación de método anticonceptivo, el tiempo transcurrido osciló entre 1 mes y 3 años, con una mediana de 16 meses. Algo más de la mitad de las niñas (13/22) registraron un intervalo entre el anticonceptivo y el embarazo entre 5 y 20 meses. No se hallaron registros de los motivos de discontinuidad.

En las dos terceras partes de las historias clínicas (62,7%, 76/126) no se consignó la edad de la menarca, mientras que en el grupo particular de niñas embarazadas menores de 14 años, sólo en 10/27 se consignó este dato. Dada la importancia que tiene el evento de la menarca en esta etapa vital, la inexistencia de registros lleva a interrogar respecto de

las posibilidades concretas de los equipos de salud de plantear abordajes integrales en lo que atañe a la salud sexual y reproductiva en la población de niñas y adolescentes. En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales no se constató registro en el 67,5% (85/126) y en las menores de 14 años este dato se consignó en 3/27.

Con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, se registró el dato en 40/126 de las historias clínicas, si bien en dos de los casos, no se especificaba el método indicado. Con relación al tipo de anticonceptivos, se mencionaron en primer lugar los orales (27/38) y luego los inyectables (7/38). Sólo se constató la colocación de un DIU.

Proceso de atención durante el embarazo

Se valoró la adecuación de diversos aspectos del proceso de atención a los criterios del Consenso de Atención Obstétrica.

En 98/126 casos se constató continuidad en el proceso de atención.

Con relación al otorgamiento de turnos, sólo un centro refirió dificultades.

Con respecto a la edad del primer control obstétrico, hay 27 menores de 14 años de las cuales 3 tienen antecedentes de una gesta anterior, y en las embarazadas mayores de 14 años, 7/99 poseen un embarazo previo. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3: Distribución de embarazadas según edad al primer control obstétrico y número de gestas previas (n=126)

Edad al primer control obstétrico	Gestas Previas		Total
	Ninguna	1	
Menores de 14 años	24	3	27
Mayores de 14 años	92	7	99
Total	116	10	126

Más de la mitad 76/116 de las adolescentes tuvieron su primer control obstétrico antes de las 20 semanas, y el resto 40/116 presentaron captación tardía.

Casi la totalidad 75/76 de las adolescentes que presentaron captación temprana realizaron el número deseable de controles según las normas del grupo obstétrico de consenso de APS. Con respecto a las de captación tardía más de la mitad 22/40 también

presentaron un adecuado seguimiento. Casi el 80% (100/126) de las embarazadas tuvieron registro del último control obstétrico y fecha de parto, de ellas 82% (82/100) tuvieron su último control 3 semanas o menos antes del parto.

En 3 embarazadas se registró más de 2 meses entre el último control del embarazo y la fecha de parto.

Tabla N° 4: Distribución de embarazadas según número de controles obstétricos y tiempo de captación de la embarazada

Número de controles obstétricos	Captación de la embarazada		Total
	Temprana	Tardía	
41334	1	18	19
4 y +	75	22	97
Total	76	40	116

Nota: hay 10 adolescentes sin registro de número de controles y/o tiempo de captación

Con respecto a las acciones de los profesionales en el proceso de atención prenatal (Tabla N° 5), fundamentalmente se registra el peso y la tensión arterial. Se encuentra un importante déficit en los registros de talla e IMC. En tanto las indicaciones de nutrientes en el embarazo como lo referido a preparación del pezón para la lactancia, la mayoría no las registra en las historias clínicas, si bien lo men-

cionaron como sugerencias realizadas en el marco de la consulta.

La cobertura de inmunizaciones registradas fue adecuada en 8 de cada 10 embarazadas. La indicación de suplementos con hierro fue dispar según los distintos profesionales actuantes no adecuándose a las normas que se incluyen en el consenso de obstetras.

Tabla N° 5: Registros de controles obstétricos

Controles	Frecuencia		Total
	No	Si	
Se Consignó Peso	6	120	126
Se Consignó Tensión arterial	2	124	126
Se Consignó Talla	77	49	126
Índice de Masa Corporal (I.M.C)	125	1	126
Indicación nutricional	115	10	125
Indicación de preparación de pezón	114	11	125
Palpación mamaria	109	17	126

Nota: en una adolescente no se registró la indicación nutricional y en otra no se registró la preparación de pezón.

En 46,4% de los casos estudiados, se encontró la presencia de patología concomitante, porcentaje superior al valor global de referencia para este grupo de edad, que es del 39%. Las patologías diagnosticadas con mayor frecuencia fueron infección urinaria, ane-

mias, algunas enfermedades de transmisión sexual e infecciones por estreptococo B, por citar algunos.

La toma de PAP sólo fue realizada en 52% (66/126) de las embarazadas, de ellas en 64% (49/66) se efectuó en el postparto. (Tabla N° 6).

Tabla N° 6: Registros de Indicación de Papanicolau

Indicación de PAP	Frecuencia	Porcentaje
No	60	47,6
Durante el embarazo	17	13,5
Postparto	49	38,9
Total	126	100

De las 126 adolescentes estudiadas, 60 presentaron patologías concomitantes, siendo la más frecuente, la infección urinaria (25 casos). En 18 casos se constataron más de una patología. (Tabla N° 7)

Tabla N° 7: Patologías concomitantes durante el embarazo

Patologías concomitantes	Frecuencia
Infección urinaria	25
Anemia	9
Amenaza de parto prematuro	3
Toxoplasmosis	3
Ruptura prematura de membrana	2
Hipertensión	2
Sífilis	2
Preclampsia	1
Cardiopatía	1
VIH(+)	1
Rubeola	1
Otras	10
Total	60

Nota: 18 embarazadas tuvieron más de una patología

Exámenes Complementarios

Es de destacar que en 18 casos, en los que hubo captación temprana de embarazadas solo se efectuó un análisis de laboratorio, dato relevante si se tiene en cuenta que 75 embarazadas captadas tempranamen-

te habían realizado 4 o más controles.

En el resto, los registros de las solicitudes de laboratorio y su correspondiente efectivización fueron sumamente heterogéneos dificultando arribar a conclusiones categóricas.

Tabla N° 8: Distribución de embarazadas según N° de Laboratorios realizados durante el embarazo y momento de captación

N° de veces que se realizaron laboratorio durante el embarazo*	Captación de la embarazada		Total
	Temprana	Tardía	
1 sola vez	18	18	36
2 veces	30	15	45
3 veces	28	1	29
Total	76	34	110

Nota: hay 16 adolescentes sin registro de laboratorio y/o tiempo de captación

* Laboratorio incluye hemograma, glicemia, VDRL, HIV, toxoplasmosis y chagas

Se analizó en particular las solicitudes de tres estudios complementarios que se prescriben una única vez durante el embarazo: el Antígeno Australiano, Prueba de Tolerancia a la Glucosa y cultivo de flujo vaginal. La curva de tolerancia a la glucosa se realizó

a menos de la tercera parte de las adolescentes. Con respecto al Antígeno australiano (detecta hepatitis B), en más de la mitad de las embarazadas no se logró realizar. Cabe aclarar que el mismo se indica en el tercer trimestre, constituyéndose en un posible

motivo de omisión el corto tiempo que resta para el parto. El cultivo de flujo vaginal que detecta estreptococo B no se llevó a cabo en más de la mitad de las embarazadas. Los motivos expresados fueron la falta

Tabla N° 9: Exámenes complementarios

Exámenes complementarios	Frecuencia	%
Prueba de tolerancia Glucosa	44/126	34,9
Antígeno Australiano 6	9/126	54,7
Cultivo flujo vaginal 5	1/126	40,4

[1] Si bien la indicación de este estudio depende del criterio médico, la baja frecuencia de solicitudes podría atribuirse al hecho de que en ninguna de las historias clínicas, aparecía consignado el índice de Masa Corporal (IMC).

En referencia al grupo sanguíneo y factor, si bien todas las embarazadas deberían contar con un registro sólo 105/126 lograron realizarlo. En tal sentido en los centros de salud provinciales este análisis sólo lo realiza el servicio de hemoterapia del hospital y no

de materiales para la extracción, la imposibilidad de traslado de la muestra y el corto tiempo para realizarlo entre la semana 33 de embarazo y el parto.

el propio centro.

Las dos terceras partes de las adolescentes embarazadas realizaron entre dos y tres ecografías. (Tabla N° 10)

Tabla N° 10: N° de Ecografías realizadas según momento de captación

N° de Ecografías	Captación de las embarazadas		Total
	Temprana	Tardía	
1	15	19	34
2	30	11	41
3	31	5	36
Total	76	35	111
Porcentaje	68,5	31,5	100

Nota: hay 15 embarazadas sin registro de realización de ecografía

Abuso sexual

Sólo en dos de las 126 niñas/adolescentes embarazadas se consignó en la Historia Clínica la necesidad de indagar sobre la posibilidad de abuso sexual, una de ellas con intervención de salud mental pero sin registro en la historia clínica y la otra sin intervención interdisciplinaria.

Articulación con la red de atención

Se registraron 13 (10.5%) pacientes de alto riesgo, de las cuales 12 fueron derivadas a consultorio de segundo nivel, sólo en la mitad de ellas se consignó el

tiempo entre la solicitud y la obtención del turno de alto riesgo. En 6/12 se registró contrarreferencia. Entre las pacientes de alto riesgo, 2/13 estuvieron internadas durante el embarazo. En ambos casos el motivo fue amenaza de parto prematuro. Entre las adolescentes que no fueron consideradas como pacientes de alto riesgo, 9/111 estuvieron internadas durante el embarazo. Los motivos de internación fueron: 4 por I.U., 3 por amenaza de parto prematuro, 1 por colestasis hepática y 1 por preeclampsia.

De las 11 internaciones sólo 3 tenían informe de epicrisis en la historia clínica de la paciente.

Tabla N° 11: Embarazadas de alto riesgo

Embarazada de alto riesgo	Frecuencia	Porcentaje
No	111	89.5
Si	13	10.5
Total	124	100

Nota: hay 2 pacientes sin registro

Seguimiento de la atención de las embarazadas El 65% de las embarazadas (80/123) fueron atendidas por profesionales que no utilizaron fichero calen-

dario, en tanto que el 7,3% (9 embarazadas) fueron atendidas por profesionales que no utilizaron ningún tipo de dispositivo de seguimiento. (Tabla N° 12)

Tabla N° 12: Dispositivo de seguimiento

Dispositivo de seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Fichero no calendario	80	65
Fichero calendario	34	28
Ninguno	9	7
Total	123	100

Nota: en 3 adolescentes no se registró el tipo de dispositivo utilizado

Con relación a la existencia de ficheros de anti-concepción en los centros de salud, fueron disímiles las respuestas de los profesionales a los cuales se les realizó la encuesta, aún al interior del mismo centro de salud. En algunos casos, algunos profesionales desconocían la existencia de este tipo de registro, aún cuando estaba implementado en el Centro.

De los 13 centros de salud sólo 2 en ese periodo contaban con dispositivos preventivos en lo atinente a salud sexual y reproductiva, ambos de dependencia provincial. La modalidad consistía en talleres en las escuelas.

Puerperio

En el puerperio inmediato transcurrido en las maternidades no se constataron complicaciones de jerarquía en las adolescentes. Se registraron dos eventos de endometritis y tres de mastitis.

Con relación a las inmunizaciones realizadas durante la internación en la maternidad, éstas se consignaron sólo en 15 pacientes, mientras en 55 de las epicrisis no se halló registro. La anticoncepción en esta etapa se llevó a cabo en 7 de cada 10 puerperas siendo el método inyectable el más indicado. Se colocaron 6 dispositivos intrauterinos (D.I.U.). La indicación del método estuvo a cargo de los equipos

de salud de los centros de atención primaria en la casi totalidad de las embarazadas.

Sólo dos púerperas fueron dadas de alta de las Maternidades con la indicación del método anticonceptivo.

Resultados Perinatales

Se constató un bajo porcentaje de cesáreas, 12,7% (16/126) si se tiene en cuenta que las cifras registradas en las maternidades públicas del ámbito municipal supera el 20%. Aún en las menores de 14 años este porcentaje fue del 7% (2/27). El parto instrumental fue realizado en 3/27 en las menores de 14 años y 5/99 en las mayores de 14 años. (Tabla N° 13)

Se requirió de derivación a Neonatología en 29/111 casos (26 %). Se registraron 7 prematuros entre las 30 y 37 semanas, un recién nacido con menos de 2,500 gr y con edad gestacional de 38 semanas por lo que se considera un retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Los casos restantes que ameritaron derivación fueron por diagnósticos de distress respiratorio, ictericia y sepsis.

Tanto las inmunizaciones del bebé como la externación con lactancia exclusiva fueron óptimas, encontrándose un cobertura del 100% en el primer caso y del 87,5% en el segundo.

Tabla N° 13: Formas de terminación del embarazo

Forma de terminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Vaginal normal	97	80,2
Cesárea	16	13,2
Instrumental	8	6,6
Total*	121	100

Nota: los porcentajes dan cuenta de la presencia de la característica registrada.
* Hay 5 registros sin información.

LA PERSPECTIVA DE LAS ADOLESCENTES

Con respecto al abordaje cualitativo, se llevaron a cabo entrevistas con seis adolescentes, todas ellas radicadas en el Distrito Oeste, cuyos embarazos fueron atendidos en los efectores del primer nivel de atención, siendo estas usuarias adscriptas a los centros de salud de dicho distrito. El ámbito en el que se realizó la entrevista estuvo definido por un acuerdo entre las adolescentes y la persona del equipo de salud que la contactó. De este modo, 3 de ellas se llevaron a cabo en los domicilios y tres en el ámbito

del centro de salud. Es de remarcar la distancia temporal que medió entre el evento del parto y el momento de realización del estudio (tres años después), en virtud de las limitaciones que la dimensión del tiempo pudo introducir en las narrativas de las pacientes. De hecho, al momento de las entrevistas, varias de las jóvenes ya habían reconfigurado sus vidas de pareja y cohabitaban con sus familias políticas actuales; otras se habían mudado a otros sectores de la ciudad no manteniendo ningún vínculo con el Centro de Salud. En el siguiente cuadro, se resume la caracterización de las adolescentes entrevistadas.

N° ENTREV.	EDAD ACTUAL	EDAD AL 1° EMBARAZO	N° HIJOS	GRUPO CONVIVIENTE	ESCOLARIDAD	SUSTENTO ECONÓMICO
Caso 1	18	15	2	Pareja, hijos, familia de origen	Sec. Incompleta	Aporte económico de la pareja y familia
Caso 2	19	15	1	Pareja, hijo, familia de origen	Sec. Incompleta	Esposo con trabajo estable
Caso 3	19	15	1 y 1 embarazo en curso	Hijo, amiga embarazada y sus tres hijos	Sec. Incompleta	Asignación universal por hijo, aporte en alimentos de la ex pareja
Caso 4	20	16	1	Hijo, familia de origen	Sec. Incompleta	Asignación universal por hijo, trabajo "estable"
Caso 5	18	15	1	Pareja, hijo	Prim. completa	Tarjeta de Ciudadanía, Asignación universal por hijo
Caso 6	19	16	2	Pareja, hijos, Familia de origen de su pareja	Prim. incompleta	Changas de su esposo

Tal como refleja la bibliografía consultada, el acceso a la anticoncepción sigue siendo un tema controvertido en la población adolescente. Como se desprende del discurso de las entrevistadas, se identifican diversos actores con alguna potencialidad de intervención en la instancia de elección de métodos anticonceptivos, pareciendo el rol del varón/pareja el más desdibujado en cuanto a su implicación en las conductas de prevención del embarazo. Autores como Figueroa y Rojas que han abordado la problemática reproductiva, evidencian la ausencia de los varones como sujetos de atención y consideran la ne-

cesidad de cuestionar los roles sociales adjudicados a los varones y mujeres, específicamente lo atinente a la valoración de la reproducción y de las tareas asociadas a la misma. La mayoría de las adolescentes entrevistadas reconocen acceso a información sobre métodos anticonceptivos; desempeñando los centros de salud de APS, un rol clave como responsables de esta transmisión, constituyendo conjuntamente con las madres, la primera instancia de acercamiento de las adolescentes a la cuestión de las estrategias reproductivas.

“Fui a la ginecóloga – del centro de salud- a los 12 años. A los 14 volví para pedirle la pastilla”
(Sandra)

“Me enteré de los anticonceptivos primero por ella (médica de cabecera actual) y también por Olga la pediatra y por la escuela. Silvina (la médica) me dio a elegir la 1° vez y yo elegí inyectable que es más fácil y me iba a olvidar con las pastillas”
(Silvia)

“Mi mamá me aconsejó:...así no tengas novio tenés que ir al centro de salud para cuidarte...”
(Ana)

No obstante, este encuentro no garantiza necesariamente una real apropiación, conocimiento y adhesión de las adolescentes a los métodos. Tampoco mencionaron la utilización de anticoncepción de emergencia como opción ante el olvido de la toma de las pastillas o de una relación no protegida. En tanto el preservativo no es utilizado en forma conjunta con la anticoncepción oral.

“Al año –posterior al inicio de toma de ACO- me enteré que estaba embarazada, cuando perdí el bebé de 5 meses, tenía dolores, me dijeron infección urinaria, me había ido con la escuela a Chapadmalal y puede ser porque me metí en el mar. Yo tomaba las pastillas, no sé por qué me pasó, me las cambiaron mucho. Si las vomitaba las volvía a tomar, también iba mucho al baño”
(Sandra)

“Tomaba pastillas, pero un día me olvidé y al día siguiente tomé dos, pero no dieron resultado”
(Marta)

Una de las adolescentes y en relación con la ingesta de anticonceptivos manifiesta confusión por la administración de los mismos con fines terapéuticos y la consecuente falta de explicación sobre la prevención del embarazo.

“Yo mucho no sabía de anticonceptivos, lo que sí desde los trece años que menstrué que me daban anticonceptivos para regularizar la menstruación, me venía un montón y yo la tomaba por la menstruación... Yo tenía un cartoncito, todos los meses iba a buscar las pastillas yo la tomaba por la menstruación,

... yo me enteré a los tres meses que estaba embarazada... sí, yo seguía tomando las pastillas y ya estaba embarazada, no tenía síntomas no tenía nada, no me venía nomas”
(Lucía)

Las familias y en especial las madres son a quienes sus hijas confían el inicio de una relación de pareja o de relaciones sexuales dando lugar a la consulta para la anticoncepción. La madre es la que impulsa la consulta al ginecólogo. Tal como menciona Graciela Climent, el papel de las madres es central en la socialización de las hijas, en especial en el área de la sexualidad y el género, transmitiendo pautas y valores con relación a anticoncepción, trabajo, pareja, hijos, familia, etc.

“Me llevó mi mamá para saber cómo cuidarme, me habló y me dijo que vuelva cuando tenga novio.”
(Sandra)

“...Cuando yo me puse de novia le dije a mi mamá que quería cuidarme... ...yo sabía no era tonta, yo no tenía experiencia pero mi mamá tiene seis nenas y un varón. Cuando era chiquita me daba vergüenza cuando hablaba con mis hermanas más grandes como cuidarse y así la otra que sigue, está escuchando... Yo fui directa con mi mamá y le dije que tenía novio y que quería cuidarme y mi mamá me dijo que sí y me fui al centro de salud y saque turno con una médica”
(Ana)

“Después cuando llegó ese momento de tener relaciones no entendía bien de los anticonceptivos y por miedo a preguntar a mi mamá no le pregunté, de eso no entiendo a veces porque no supe bien.”
(Lucía)

Los testimonios de estas mujeres también hablan del silencio selectivo de las instituciones escolares con relación a métodos anticonceptivos. Por el contrario las charlas sobre educación sexual en el ámbito escolar sí han girado en torno a la concepción y el embarazo. Cabe aclarar que la Ley 26150 de Educación sexual integral, ya estaba promulgada al momento de las entrevistas.

“En la escuela nunca me hablaron de las pastillas, ahora en la 660 a mi hermana le enseñan” (Sandra)

“En la escuela nunca me hablaron de cómo cuidarme” (Marta)

“En la escuela lo único que dieron fue una sola clase de educación sexual durante 5° grado y donde se decía como se concebía una criatura.” (Ana)

Como se desprende de los relatos resulta dispar el rol desempeñado por el grupo de pares en cuanto a la circulación de la información sobre métodos anticonceptivos, hecho que refuerza entonces la importancia del grupo familiar, las instituciones de salud y las instituciones escolares para garantizar el acceso a la información de usuarias adolescentes.

“Con mis amigas nunca hablamos de eso... Nos chismoseamos todo..., siempre hay una que no sabe nada y otra que sí... una se cuidaba con preservativos y la madre no sabía... yo fui directa con mi mamá y le dije que tenía novio y que quería cuidarme y mi mamá me dijo que sí y me fui al centro de salud y saqué turno con una médica” (Ana)

En cuanto a la organización de los servicios de salud, el acceso a los turnos para el control de embarazo parece estar facilitado en los efectores, tanto de atención primaria como del 2° nivel de atención.

“Y los turnos los acordaba directamente con mi médica, a veces solo vengo a contarle mis problemas ella me escucha” (Silvia)

“Siempre conseguía turno, hice todo lo que me pidieron, sin demora, las ecos, los análisis. Controlé mi embarazo hasta el final” (Sandra)

“Siempre conseguí turnos, me iba con un turno programado, hice 4 ecos” (Marta)

“Comencé los controles al mes del atraso menstrual en el centro de salud X” (Ana)

Con respecto al proceso de atención en el ámbito hospitalario en el momento del parto, la totalidad de

las adolescentes manifestaron conformidad con la atención. No obstante casi todas hicieron alusión a situaciones de trato impersonal y falta de comunicación por parte de los profesionales. Mencionaron sentimientos de angustia y desprotección ante el impedimento de la compañía de un familiar en el trabajo de parto. De este modo, podría interpretarse que la conformidad expresada se correspondería con un reconocimiento a un saber de orden técnico, sosteniendo al mismo tiempo una mirada crítica centrada en el trato y la información que reciben las niñas/adolescentes, situación que ameritaría la reflexión de los equipos profesionales respecto de su desempeño en relación a la atención integral de ésta población.

“Fui varias veces por dolores y molestias pensando que estaba lista para parir, pero la médica me decía que faltaba y en la última consulta me volví mal y mi hermana mayor me llevó a la guardia del Hospital Centenario y quedé internada y tuve el parto en ese hospital” (Lucía)

“Terminé con fórceps pero no me dijeron por qué, yo escuché algo como que tenía tabiques, no se...” (Silvia)

“Fui un día antes con mucho dolor, me atendieron pero volví peor porque no estaba a tiempo de tener, me hicieron volver a casa estaba desesperada, estaba loca porque era la primera vez, no sabía nada y volví después al otro día, a las siete de la mañana estuvimos ahí, a las nueve comencé el trabajo de parto y a las once tuve el parto...Al principio estaba bien, me sentía segura porque estaban mi mamá, mis hermanas, mis amigas, mi marido, estaban todos afuera pero cuando me dejaron ahí, yo me sentí medio sola, siempre estuve acompañada por alguien en los controles, quería que entrara alguien pero no se pudo. Después entró una chica y me hizo unas preguntas y ella me dijo: cómo no reclamaste?, mi mamá había querido entrar pero le dijeron que no y yo me quedé callada” (Ana)

“Pido que mi mamá esté presente en la sala de parto, pero no se lo permitieron” (Lucila)

“Fui derivada desde el centro de salud a la ma-

ternidad y de ahí a otra por falta de incubadora, estaba de 8. En el Roque me atendieron Bien. Fue a Neo con un soplo, 1 semana después a cuna. Pesó 2200. La controló acá” (Sandra)

“Recibí muy buen trato y fui bien atendida, el bebe nació sano” (Marta)

Después del primer embarazo, en todos los casos hubo prescripción médica de método anticonceptivo constatándose un mayor grado de adhesión por parte de las adolescentes, quizás atribuible a un mejor conocimiento acerca del uso correcto de los anticonceptivos como también a una mayor implicación de las adolescentes en el proceso de decisión en torno a su cuidado.

“Mi médica me dio pastillas y yo no quería, si estaba sola..., pero ella me las dio igual y las tomé por un tiempo” (Silvia)

“No me acuerdo quien era pero sé que era alguien del hospital, me preguntó cómo me iba a seguir cuidando y me dijo que me daban la primera vez en el hospital las pastillas y después iba a seguir retirando en el centro de salud. Me cuidé con anticonceptivos orales durante 2 años, a los 7 meses del parto mi médica me dio el ultimátum, no podemos entregarte las pastillas si no te haces el papanicolau. Ahora me cuido con inyecciones hace un año” (Ana)

“De las pastillas me dijeron en la maternidad, pero ahora me cuido con inyecciones. No me quiero embarazar, sí, era muy chica cuando busqué a la nena.” (Sandra)

Al momento de las entrevistas, 4/6 adolescentes convivían con sus familias de origen. La condición del embarazo, implicaba en algunos casos el inicio de una convivencia con la pareja, si bien integrados a la familia de origen de la mujer. En otros casos, ante el alejamiento de las parejas, la familia de origen cumple un rol fundamental como apunzalador económico y afectivo de las adolescentes.

“Fui a los controles siempre acompañada por alguna de mis hermanas, mi novio no pudo concurrir por sus horarios de trabajo... siempre estuve acompañada por alguien en los controles” (Ana)

“Fui acompañada por mi mamá durante los controles del embarazo” (Lucila)

“En casi todos los controles iba con mi mamá, a veces venía sola, cuando me dejaba... Al principio cuando se enteró del embarazo estaba enojada mi mamá después le pasó, la única que me apoyó fue mi abuela, me decía no le hagas caso...todos estaban enojados pero a mí no me importó”. (Silvia)

Para algunas adolescentes parecen primar los modelos maternos naturalizados como el embarazo a temprana edad, la baja valoración de los estudios y al decir de Climent la socialización de género tradicional. De este modo el embarazo está asociado a una identificación con los modelos maternos y se configura como un proyecto de vida.

“Mi mamá tuvo su primer hijo a los 16 años después tuvo uno por año todos seguidos, ya a los 18 años tenía tres!, los cuatro más chicos somos del mismo padre supuestamente no se... allá ella ...” (Silvia)

“Mi mamá se embarazó del primero a los 16 años, tengo 6 hermanos” (Ana)

Algunas adolescentes mencionan haber buscado el embarazo en forma compartida con sus parejas, la decisión podría obedecer a la “lógica del instante”, según Climent un deseo que no prevé las consecuencias y que la autora encuentra de modo reiterativo en las adolescentes. De hecho, en algunas de las entrevistadas, pueden rastrearse rupturas de pareja a renglón seguido de la irrupción del embarazo.

El estudio de Gogna que recuperó también la perspectiva de adolescentes varones concluye que “los jóvenes adhieren a un modelo de género tradicional y asimétrico que limita a la mujer al ámbito doméstico y a la crianza de los hijos, y al varón a ser el proveedor material. Este mandato genera tensiones en los

varones no solo debido a que no siempre se sienten en condiciones de afrontar esta responsabilidad sino porque en el contexto de pobreza y desempleo en que viven, les resulta muchas veces imposible satisfacer esa expectativa". Es por esto que es indispensable ofrecer nuevos modelos de géneros que permitan nuevos horizontes y proyectos de realización personal, trascendiendo la maternidad para el caso de las mujeres y habilitando a los varones a una apropiación de la paternidad más allá de sus posibilidades de proveedores.

"Decidimos los dos el embarazo y después se fue, no vino más, la pata la metí yo! lo decidimos los dos pero después cuando me quedé sola... pero mi hijo ya está grande no me arrepiento de nada. Estuve tres años viviendo en pareja y me embaracé y al enterarse se fue, me dijo voy al quiosco y no volvió más..."
(Silvia)

"En el primer embarazo vivía con mi familia y el padre del bebé no se hizo cargo"
(Lucila)

"Después del embarazo tomé pastillas anticonceptivas por un tiempo y ahora estoy embarazada de 13 semanas y separada desde hace un mes"
(Silvia)

"Fui acompañada por mi novio a los controles pero me abandonó después del parto nunca convivimos"
(Lucía)

"En este segundo embarazo estaba en pareja, el trabaja y tiene casa. Hace un mes me golpeó sin darme explicación del motivo"
(Silvia)

En una investigación desarrollada en el conurbano bonaerense plantea que las experiencias y realidades de las adolescentes pobres interpelan los estereotipos clásicos de la adolescencia. Mientras las adolescentes madres consolidan a partir del nacimiento del hijo los roles de madre, ama de casa y esposas, las que no tienen hijos pueden construir ideales y modelos diversos al circular por espacios públicos extradomésticos (escuela, trabajo). En el estudio, estas últimas presentaron mayor autonomía en las relaciones de pareja, autocuidado y prevención

del embarazo.

Casi todas las adolescentes entrevistadas pudieron mantener continuidad en la asistencia a la escuela durante el embarazo, sólo una de ellas -que a su vez mencionó estar incluida en el programa de equidad educativa- refirió abandonar la secundaria debido a su embarazo. En tanto dos adolescentes ya habían abandonado con anterioridad. Cabe señalar que ninguna de las encuestadas manifestó ser objeto de discriminación por parte de la institución escolar. No obstante luego del advenimiento del primer hijo, ninguna de las entrevistadas continuó la escuela.

"A la escuela la tuve que dejar porque se me complicaba mucho, llegaba de trabajar a las dos de la tarde, tenía que hacer todo y a las cinco entraba a la escuela, así que no lo veía nunca (en referencia a su hijo)"
(Lucía)

"Al momento del primer embarazo estaba cursando 3° año y tenía el programa de equidad educativa y dejé en 4° año. Faltaba mucho me iba mal con el embarazo y dejé en 4° año, a mitad de año"
(Silvia)

"Estaba yendo a la escuela, antes del primero quería seguir la escuela hasta 5°, trabajar. Me gustaba computación, vivíamos en Las Flores, hacía hockey. Cuando me embaracé me pasé a la noche, dejé la escuela y me cambié, no me levantaba, pero como él era muy mañoso, no se quedaba con nadie y no me lo dejaban llevar, iba a seguir pero no fui más a la escuela y me embaracé del segundo, me descomponía en el colectivo"
(Marta)

"Hice hasta 7°, terminé a los 15. Perdí muchos años por cuidar a mis hermanos" (Pierde un embarazo a los 15 años y se embaraza por segunda vez a los 16 años)
(Sandra)

"Dejé a los 16 años la escuela durante el cursado del 2° año del secundario... Curse hasta 2° y abandoné me puse de novia y por vaga abandoné, esa es la verdad y al poco tiempo me embaracé"
(Ana)

Al momento de las entrevistas, las adolescentes

se asumían como amas de casa. Una de ellas además realizaba trabajos de limpieza en una guardería de ancianos. Es de destacar también que excepto una de las entrevistadas que practicaba deportes antes de su embarazo, ninguna mencionó realizar actividades recreativas.

"Comencé a trabajar hace dos meses en un geriátrico"
(Lucía)

"Hoy participo en la mesa de proyectos de la vía honda, voy con mi mamá... veo muchos chicos en la calle, las motos cruzan fuerte y roban un montón, mi hermano tiene 15 está todo el día en el ciber y los choros los van a buscar pero mi mamá los corre. Quiero irme de la villa pero con mi mamá, ella quiere vivir en las viviendas"
(Sandra)

"Además estoy haciendo un curso acelerado de computación, me dan título y puedo trabajar"
(Marta)

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo posibilitó el acercamiento a los efectores públicos de atención primaria de salud donde se atienden las niñas y adolescentes de los barrios del distrito oeste de la ciudad de Rosario. Se partió de los partos realizados en las maternidades para luego analizar los contactos previos al embarazo, el proceso de atención del mismo y el posterior seguimiento de las adolescentes durante el puerperio.

Un primer hallazgo consistió en que apenas un tercio de las embarazadas estudiadas habían tenido historia clínica en la edad pediátrica en el centro de salud donde controlaron su embarazo y un poco menos aún, realizaron una consulta inmediatamente anterior al mismo. Tal como se expuso al principio del trabajo, el distrito oeste es asiento de relocalizaciones de grupos poblacionales provenientes de otros barrios de Rosario y también de migrantes de otras provincias y países limítrofes, lo que podría explicar el bajo porcentaje de adolescentes con historia de atención previa en los efectores de la zona.

Con relación a los contactos en la edad pediátrica, la casi totalidad fueron realizados por profesionales pediatras y en edades muy cercanas al momento

del embarazo. En una cantidad no despreciable de las consultas, el motivo de la atención fue la confección de certificados o controles de salud, hecho que lleva a poner en primer plano las posibles oportunidades perdidas, sobre todo, a la luz de que, tal como se desprende del texto de las entrevistas, en la mayoría de los casos se trató de embarazos no planificados. En tanto, las consultas inmediatamente anteriores al embarazo fueron realizadas por médicos generalistas y tocoginecólogos. Dentro de este grupo los contactos correspondieron a planificación familiar en un tercio de las embarazadas, y si bien en menor medida, también se consignaron controles de salud.

De las historias clínicas analizadas se desprende en un alto porcentaje, la falta de registro de la edad de la menarca y del inicio de relaciones sexuales, aún en las menores de 14 años, como así también baja adhesión al método anticonceptivo en las adolescentes que buscaron prevenir el embarazo. Estos datos llevan a un espectro de hipótesis que van desde el posible rol obstaculizador de la ideología, las creencias y representaciones de los profesionales en torno a la sexualidad en niños/adolescentes para trabajar aspectos ligados a la anticoncepción hasta la carencia de herramientas concretas de los mismos profesionales de salud y en particular los pediatras – probablemente vinculadas a limitaciones en la formación disciplinar- para incluir en su práctica cotidiana, intervenciones acordes a una mirada integral de la salud sexual durante la etapa de pubertad y adolescencia. En esta franja etárea los contactos con los servicios son escasos y las únicas oportunidades de abordajes integrales las suelen constituir los certificados de salud que solicitan las instituciones escolares.

En cuanto a la edad de las niñas y adolescentes estudiadas 27/126 tenían menos de 14 años y 3 de ellas contaban con una gesta previa. El abuso sexual, en tanto dimensión de jerarquía en este grupo etéreo no se indagó -según los registros- en ninguna de las niñas embarazadas; sólo en dos situaciones se dio intervención a otros integrantes del equipo (trabajo social, salud mental). La problemática de la violencia sexual en niñas y adolescentes podría quedar de este modo doblemente invisibilizada, en primer lugar por la familia y luego por el sistema de salud colocando a las menores en un lugar de extrema vulnerabilidad. En tal sentido es necesario sensibilizar a los Equipos de Salud sobre esta problemática para su identificación, acompañamiento y articulación con las diversas instancias e instituciones responsables de su abordaje.

Con relación al proceso de atención del embarazo en los distintos centros de atención primaria, se registró una captación del 65,5% (76/116) antes de las 20 semanas. Los registros en historia clínica de controles obstétricos en términos de número y continuidad así como los exámenes complementarios (laboratorios, ecografías) plantearon controversias en tanto que no reflejan necesariamente la calidad de los controles. En tal sentido, se evidencia la importancia de efectuar ajustes en algunos procedimientos como la consignación de índice de masa corporal, la realización de papanicolau, detección de estreptococo B y hepatitis B. Tampoco se encontraron registros sobre indicaciones nutricionales, palpación mamaria y preparación de la mama para la lactancia.

Un hallazgo lo constituyeron las comorbilidades durante el embarazo cuyo porcentaje del 48% es muy superior a los registros municipales (39%) en adolescentes embarazadas menores de 17 años que constan en el sistema de información local. Este dato ameritaría una indagación más particularizada sobre las patologías diagnosticadas durante el embarazo y las repercusiones en la salud de las adolescentes y los neonatos. En particular se constataron infecciones (urinarias y vulvovaginitis) en más de la mitad de las menores de 14 años, lo que coincidiría con la bibliografía consultada.

En la gran mayoría de los centros de salud los profesionales no utilizan ficheros calendarios para el seguimiento de las embarazadas en general ni en este grupo etéreo en particular.

Con relación a la terminación del embarazo, el número de cesáreas no es mayor que en otros grupos etéreos al igual que la frecuencia de patologías del recién nacido.

Indudablemente, la cuestión del embarazo adolescente, continúa siendo un tema controvertido. Por un lado, pone en evidencia brechas persistentes en lo que hace al acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos que aseguren la apropiación y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, y tal como se desprende del discurso de algunas de las adolescentes entrevistadas, la condición de la maternidad es aceptada y aún valorizada implicando un pasaje de la niña / adolescente al universo adulto. Estas representaciones fueron identificadas también en el estudio de Gogna(5) en el que la mayoría de los adolescentes superaba los 18 años, grupo en el que también prevalece la socialización de género tradicional. En otras adolescentes, se evidencia un

replanteo en torno al hecho de haberse embarazado a edades muy tempranas, que se concatena con el distanciamiento de la pareja/padre del bebé, y fundamentalmente, a partir del advenimiento del hijo, con la ruptura de las rutinas cotidianas de la adolescente. En todo caso, se constata en las adolescentes entrevistadas una compleja asociación entre embarazos tempranos, salidas prematuras del sistema educativo y frágil o nula inserción en el mercado de trabajo, lo que impacta en la posible profundización de procesos de exclusión y vulneración social. A la vez, se hace evidente de qué modo las adolescentes mujeres de sectores pobres –como es el caso de las entrevistadas– no solo encuentran mayores dificultades en lo que hace a la toma de decisiones ligadas al ejercicio de su sexualidad y sus posibilidades de prevención de embarazos no planificados, sino que son quienes prioritariamente soportan las consecuencias del inicio temprano de la actividad sexual. En otras palabras, se vuelve evidente la persistencia de modos de socialización que refuerzan las inequidades de género, quedando a cargo de la mujer las decisiones respecto de los métodos anticonceptivos, el imperativo de asumir su embarazo y necesariamente la renuncia o postergación de sus propios proyectos de vida en pos de asegurar la crianza del hijo. Esta evidencia nuevamente coincide con lo planteado en el estudio multicéntrico de Gogna(5) según el cual en la mayoría de los casos el embarazo es un acontecimiento no buscado, volviendo a enfatizarse el rol social adjudicado a la mujer en la sexualidad y su impacto en el ejercicio de su vida sexual y en la autonomía en la relación con su pareja.

Si bien la inquietud para la realización de esta investigación surgió de los trabajadores de los efectores de atención primaria, el modo de abordaje concreto de estas pacientes no difirió del tratamiento que se da a la prevención y atención del embarazo en general. Se registraron escasas intervenciones tendientes a fomentar o facilitar la anticoncepción en este grupo y también pocas miradas que desnaturalicen este crucial evento en la vida de las niñas y adolescentes, lo cual lleva a reflexionar si el reconocimiento de la salud como derecho humano y de la población adolescente como sujetos con pleno derecho al ejercicio de una sexualidad segura es en la práctica una afirmación retórica. Trascender ese riesgo, depende de la viabilidad de formular políticas públicas centradas en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano fundamental

que se implementen desde una perspectiva integral, asegurando las articulaciones interinstitucionales e intersectoriales que fueran necesarias.

Bibliografía

Ramacciotti de Oliveira-Monteiro N, Negri M, Oliveira Fernandes A, Olivetti Guimarães Nascimento J, Tadeu Montesano F. Gravidéz e maternidade de adolescentes: fatores de risco e de proteção. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2011; 21(2): 198-209

Rosario. Santa Fe. Honorable Consejo Municipal de Rosario. "Ordenanza N° 6244 de Creación del Programa de Salud y Procreación Responsable". 12 de Septiembre 1996.

Santa Fe. Legislatura de la Provincia. Ley 11888: "Creación del Programa Provincial de Procreación Responsable" Ley reglamentada por Decreto N° 2442 del año 2002. Año 2001.

Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. En Gogna M Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005. pp 67-76.

Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Mackey ME. Adolescencia como factor de riesgo para resultados perinatales adversos: Estudio de cohorte. Tesis del Master en Epidemiología de London University" (1996-1999). Centro Rosarino de Estudios Perinatales. Mimeo.

Scholl TO. et. al. Association between low gynecological age and preterm birth en Pediatric and Perinatal Epidemiology, vol 3, n° 4, pag357-366., 1988. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Oyarzun E. Rotura prematura de membranas. Alto riesgo obstétrico. 2ª Ed. Santiago de Chile. Ediciones Univ. Católica de Chile. 1996, En Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. Cap 3. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Fraser AN. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med. 1995; 334 (17) pp 1113-1117. En Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. Cap 3. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstetrics and Gynecology. 2000. 96(6) pp 962-966.

Lao TT y Ho LF. The obstetric implication of teenage pregnancy. Human Reproduction. 1997. 12(10) pp 2303-2305. En Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. Cap 3. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Mongelli M. y Opatola B. Duration and variability of normal pregnancy. Implications for clinical practice. J Reproductive Medicine. 1995. 40(9), pp645-648. En Portnoy F. El embarazo en la adolescencia y los riesgos perinatales. Cap 3. En Gogna M. Coordinadora. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1ª ed. Buenos Aires. CEDES-UNICEF. 2005.

Bolzan A, Guimarey L. Relación entre el índice de masa corporal durante la gestación en embarazadas adolescentes y adultas, indicadores antropométricos de crecimiento fetal y retardo de crecimiento intrauterino. Arch. Latinoamer. Nutr. 2001; 51 (2): pp145-150.

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la Práctica del Cuidado preconcepcional y del control prenatal. 2001.

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno –infantil. Área de Salud Perinatal. Área de Informática. Anuario 2005 de Información Perinatal. Sistema de Información Perinatal.

Morlachetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población N° 85. CELADE/CEPAL. 2007. pp 63-95.

Andía AM, Ariza L, Brown J, Epele M, Luciani Conde L, Mario S, Tamburrino MC. Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a

la ACO de emergencia en la Argentina. Buenos Aires: Teseo. 2010.

Climent G, Arias D, Spurio C. Maternidad adolescente: un camino hacia la marginación. Cuadernos Médicos Sociales. 2000. 77, pp 81/97.

Naciones Unidas (1995), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995, UN, Doc. A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).

Ministerio de Salud de Chile. Grupo Asesor en adolescencia y sexualidad. Red de encargados/as de adolescencia de los servicios de salud. López Stewart C. Atención amigable para adolescentes en establecimientos de Atención Primaria. Orientaciones técnicas. 2004. Disponible on line: http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/151/23_SALUD_ATENCION_PRI-MARIA.pdf?sequence=1

Rodríguez A , Díaz F, Ruiz L , Costa F . Utilización de los efectores de salud por parte de los pobladores de la Via Honda. Revista de Investigación en Salud. 2010. Vol 9 , pp 41/68. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

Aronna A, Bisio S , Maidana M , Rapelli C , Rodríguez A. Relevamiento socio-sanitario de la población residente en el asentamiento “La Cava”. Revista de Investigación de salud 2010.Vol 9, pp 69/90. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

Mendizabal N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino I, editora. Estrategias de investigación cualitativa. 1º Ed. Barcelona: Gedisa. 2006. Pp 65-103.

Climent G. Voces, silencios y gritos: Los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. Rev. Arg. Soc.. 2009. 12/13 pp.186-213.

Figuerola JG, Rojas OI. La investigación sobre reproducción y varones a la luz de los estudios de género. En Urrutia, coordinadora. Estudios sobre las mujeres las relaciones de género en México: Programa interdisciplinario de Estudios de la mujer (PIEM) El Colegio de México; 2002 pp.201-225.

Zaldúa G, Pawlowicz, MP. Proyectos de vida privados y públicos de mujeres adolescentes pobres con y sin hijos. Investigación en Salud. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 2005; Nov; 6 (1y2).

Acceso a la atención en salud mental en Centros de Salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario*

José Belizán, Mónica Borda**, Claudia Cisneros***, Ariana Dávila****, Adriana Huerta*****, Andrea Quadri*****, Alicia Rodríguez*******

Resumen

La problemática del acceso a la atención en Salud Mental resulta crucial en Latinoamérica, habida cuenta de la expansión creciente de padecimientos ligados al consumo de drogas, las diversas expresiones de la violencia y las variadas formas de sufrimiento psíquico de grupos poblacionales en condiciones de vulneración psicosocial.

El objetivo del trabajo es analizar y comparar la relación entre los recursos en salud mental, las modalidades de organización de los mismos y las condiciones de acceso y atención en los centros de atención primaria municipales y provinciales de la ciudad de Rosario (C.A.P.S.) con y sin cobertura de psiquiatras territoriales. El diseño metodológico es cuantitativo, analítico, de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizaron una Encuesta organizacional y Formularios de registro de pacientes en tratamiento

y que interrumpieron las consultas antes de finalizar un mes de contacto con el efector.

RESULTADOS: No obstante los avances logrados en Rosario en términos del desarrollo alcanzado por la estrategia de APS y la difusión de los abordajes en salud mental en el primer nivel de atención, podría señalarse la persistencia de una brecha en cuanto al acceso efectivo a los tratamientos de los sectores poblacionales vulnerables. Se encontraron dificultades de articulación entre los diferentes niveles de atención y mayores dificultades aún en la coordinación intersectorial, hechos que podrían explicar los déficits que se encuentran en las posibilidades de acceso de los usuarios que más lo necesitan.

Abstract

The problem of the access to Mental Health attention is crucial in Latin America, because of the growing

*El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” para Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

**Médico psiquiatra matricial de Secretaría de Salud Pública de Rosario.

***Antropóloga del Hosp. Provincial de Rosario.

****Estadística. Departamento de Estadística del Instituto Universitario del Gran Rosario.

*****Mg. En Salud Mental. Coordinadora Área de Investigación en Salud. Secretaría de Salud Pública de Rosario.

*****Médica Generalista. Miembro del Área de Auditoría de Procesos de Atención de Secretaría de Salud Pública de Rosario.

*****Médica Pediatra. Miembro del Área de Investigación en Salud. Secretaría de Salud Pública de Rosario.

expansion of sufferings connected to drugs use, different expressions of violence and diverse ways of psychological suffering of demographic segments in vulnerable psychosocial conditions.

The aim is to analyze and compare the connection between the Mental Health resources, the modalities of their organization and the access and attention conditions in the municipal and provincial Primary Health Centres (C.A.P.S.), with and without coverage of territorial psychiatrists. The methodological design is quantitative, analytic and cross-section. For the data collection were used an organizational survey and record forms, which target were patients in treatment and patients that interrupted the consultations before a month of contact with the CAPS.

RESULTS: This study is in process. They were studied 32 CAPS, 19 municipals and 13 provincials. The majority of the CAPS offer a wide hourly coverage for healthcare, apart from the time availability for community work. A 20% of the CAPS lack of social worker. The great majority of the CAPS attend subjective crisis, although there are difficulties in the coordination with the general and monovalent hospitals net, as well as to have ambulances that assure the moves.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud- Salud Mental - Accesibilidad a servicios de salud- Atención ambulatoria.

Key words: Primary Health Attention - Mental Health - Health services accessibility - Outpatient care

Introducción

La problemática del sufrimiento mental en países de América Latina viene adquiriendo dimensiones crecientes, fundamentalmente en las dos últimas décadas, entrelazada con procesos de pauperización de amplias franjas poblacionales, que sufrieron las consecuencias del retiro del Estado con el auge de las políticas neoliberales. De este modo, la expansión de la violencia en todas sus dimensiones (violencia de género, policial, violencia social, en consonancia con la ruptura de lazos solidarios), situaciones de consumo de drogas en grupos etáreos cada vez menores, distintos modos de desestructuración identitaria a partir de la crisis del trabajo asalariado, como apun- talador privilegiado del lazo social se conjugaron, en el ámbito específico de salud, con la progresiva desinversión en el ámbito público y a la vez, con la desinstrumentación teórica y técnica de los equipos profesionales para abordar estas nuevas modalidades del sufrimiento psíquico.

En la mayoría de los países de Latinoamérica, la fuerte impronta de la lógica manicomial, ha plan- teado una centralización de recursos especializados en instituciones monovalentes y, en el mejor de los casos en hospitales generales, pero salvando algunas experiencias como el caso de Brasil, o la reforma psi- quiátrica en la provincia de Río Negro, hay escasos desarrollos de estrategias de atención en el primer nivel.

En tal sentido, se considera de fundamental im- portancia reflexionar sobre las condiciones básicas que se requerirían para garantizar los procesos de atención a sujetos con problemas de sufrimiento mental en el primer nivel, en tanto se trata del ni- vel de atención más cercano a los escenarios donde estas problemáticas surgen y se despliegan en lo cotidiano.

El presente trabajo propone un análisis de la modalidad de acceso a la atención de salud mental en el ámbito de la Atención Primaria en la ciudad de Rosario tomando para ello los efectores de pri- mer nivel tanto de la jurisdicción provincial como la municipal. La situación de Rosario, resulta particular- mente de interés habida cuenta que desde la década del 90 (con pleno auge del neoliberalismo) y hasta la fecha sus destinos políticos son conducidos por una gestión que se planteaba en las antípodas de las co- rrientes neoliberales, sosteniendo un fuerte impulso a la APS.

Objetivos

Objetivo General

-Analizar y comparar la relación entre recursos y modos de organización de los Centros de Salud de Atención Primaria (CAPS) municipales y provinciales de Rosario (con y sin dispositivo de soporte matricial de psiquiatría) y las condiciones de acceso y proceso de atención de Salud Mental de usuarios de centros de Salud del primer nivel de atención durante un se- mestre.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil de recursos de los CAPS con- siderando: dotación de recursos humanos con for- mación específica en salud mental (perfil disciplinar, carga horaria y distribución horaria); estructura físi- ca (disponibilidad de consultorios para salud mental); insumos (psicofármacos).
- Describir los modos de organización de los CAPS en términos de: existencia de dispositivo de adscripción de pacientes, modalidad de acceso a la primera con- sulta de salud mental; dispositivo de suministro de psicofármacos; articulación con 2º y 3º nivel, coordi- nación intersectorial.
- Establecer perfil y volumen de usuarios de CAPS mu- nicipales y provinciales que potencialmente requirie- ron atención en salud mental en un semestre.
- Establecer porcentaje y modalidad de atención reci- bida entre consultantes de CAPS que efectivizaron el acceso a la atención en salud mental un semestre.
- Comparar resultados entre Centros, entre Distritos y entre jurisdicciones Provincial y municipal.

Metodología

Se trata de un estudio de casos enmarcado en la lógica cuantitativa. El universo de estudio lo confor- man los Centros de Atención Primaria de Salud mu- nicipales y provinciales de la ciudad de Rosario que cumplan con los criterios de inclusión detallados a continuación. A los fines del muestreo se parte de una estratificación considerando como criterio condi- ciones que favorecen u obstaculizan accesibilidad.

Se trabajó con un diseño descriptivo, transver-

sal.

Se definió como Universo de estudio todos los Centros de Salud de la red municipal y provincial de Rosario. Se consideraron como criterios de exclusión: Centros de Salud que no cuentan con psicólogos en el equipo, CAPS en los que el psicólogo tiene menos de un año de antigüedad y /o Centros de Salud con menos de un año de funcionamiento.

Se definió una primera etapa de la investigación consistente en un relevamiento que permitiera carac- terizar todos los efectores del Universo, considerando un primer espectro de variables que se presuponían atributos clave para discriminar Centros de Salud con condiciones que potencialmente favorecen la accesi- bilidad y Centros de Salud con condiciones que poten- cialmente obstaculizan la accesibilidad a la atención en Salud Mental. Dichas variables fueron:

- Presencia en el staff del CAPS de trabajador social.
- Horas de psicología (> o < a 36 hs. Sema- nales).
- Existencia de lista de espera para la atención en salud mental.
- Dispositivo de psiquiatría matricial en el CAPS.
- Residencia de Medicina General en el CAPS.

Se construyó entonces un índice que permitió estratificar Centros de Salud con condiciones que potencialmente favorecen y Centros de Salud con condiciones que potencialmente obstaculizan la ac- cesibilidad a la atención en Salud Mental.

El primer estrato quedó conformado por 45 Cen- tros, 22 Municipales y 23 Provinciales. El segundo estrato quedó integrado por 20 Centros, 17 Munici- pales y 3 Provinciales.

Al interior de cada estrato se procedió a un mues- treo no probabilístico considerando como atributos para la seleccón de los casos: -CAPS con zonas de criticidad psico-social en su área de cobertura; repre- sentatividad de los puntajes extremos otorgados por el índice; representatividad jurisdiccional; accesibili- dad a la información.

La muestra quedó constituida por 32 Centros, 19 Municipales (59.4%) y 13 Provinciales (40.6%), respetando las proporciones del Universo.

Centros	N	En la población		n	En la muestra	
		Municipales	Provinciales		Municipales	Provinciales
Condiciones que favorecen Accesibilidad	45	22	23	21	11 (57,9%)	10 (76,9%)
Condiciones que obstaculizan Accesibilidad	20	17	3	11	8 (42,1%)	3 (23,1%)
Total	65	39	26	32	19 (100%)	13 (100%)

Las variables en estudio correspondieron a dos tipos de unidades de análisis, Centros de Salud y consultantes. Las variables correspondientes a Centros de Salud fueron: Características generales del Centro; Recursos de los Centros de Salud; Estructura Física; Insumos; Modalidad de Organización del Centro. Las variables relativas a consultantes fueron: Perfil socio-demográfico del paciente; Problemática que motiva la consulta; Modalidad de abordaje implementado; Causas de la interrupción de las consultas.

Los datos fueron relevados a través de Encuestas organizacionales dirigidas a informantes clave de los Centros de Salud. Se diseñaron también Formularios de registro de consultantes, dirigidos a profesionales psicólogos y psiquiatras que se desempeñan en los

CAPS seleccionados, para la caracterización de pacientes en tratamiento por Salud Mental en los efectores, y consultantes que interrumpieron entrevistas antes de concluir el mes.

Resultados

Actualmente la red de atención pública en la ciudad de Rosario está conformada por tres niveles:

El primer nivel constituye el espacio de mayor resolutivez y está conformado por 51 Centros de Salud Municipales y 29 Provinciales distribuidos estratégicamente en todo el municipio (fundamentalmente en barrios periféricos) y organizados distritalmente del modo que se detalla a continuación:

Tabla N° 1 - Distribución de Centros de Salud según jurisdicción y distrito

Distrito/Subregión	Municipales (*)	Provinciales
Norte	7	4
Noroeste	13	8
Oeste	11	5
Suroeste	12	5
Sur	7	7
Centro	1	-
Total	51	29

(*) Se incluyen Centros de Salud que funcionan en Vecinales en los Distritos norte, noroeste, oeste y suroeste.

Esta red se completa con el segundo nivel de atención, que en la jurisdicción municipal está constituido por tres hospitales, un servicio de Internación domiciliar de adultos y pediátrica; dos maternidades; un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). En la jurisdicción provincial el segundo nivel consta de dos hospitales; un servicio de Internación Domiciliar y dos maternidades; un Hospital Geriátrico y dos Hospitales Psiquiátricos, uno situado en la ciudad de Rosario (Agudo Avila) y otro ubicado en la localidad de Oliveros (Colonia Psiquiátrica de Oliveros) (1).

El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad con el Hospital de Niños “Victor J. Vilela” y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Alvarez” (HECA), en la jurisdicción

municipal y en la jurisdicción provincial el Hospital Provincial del Centenario, y Hospital Escuela “Eva Perón” de la localidad de Granadero Baigorria.

Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

En lo referente al campo de la salud mental, en la ciudad de Rosario en particular, no se cuenta con datos epidemiológicos fehacientes que reflejen dicha problemática. En un documento de trabajo de la Dirección de Salud Mental municipal, se señalaba: “... habitualmente los datos recolectados no son utilizados para producir información que retroalimente las decisiones en materia de políticas de salud ni tampoco las intervenciones en los espacios locales, pasando a tener la connotación de una “carga administrativa

burocrática” para los trabajadores responsables de producir los datos. La falta de utilización, o subutilización, de los datos en el nivel local y en el nivel más general origina un círculo vicioso que suele concluir en la producción de datos de mala calidad que excepcionalmente se utilizan, o aún en la no producción de información...” (2).

No obstante esa carencia, documentos anteriores de la Dirección de Salud Mental del Municipio resaltan el carácter epidémico de la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud mental: “Considero necesario jerarquizar la categoría de vulnerabilidad social y sus diferentes modalidades de expresión, reconociéndola como un nuevo problema epidemiológico ante el cual debe enfrentarse nuestro sistema de salud. El carácter de novedad que intento resaltar alude a la magnitud y gravedad de la problemática en nuestra ciudad, así como a la posibilidad de pensar una modalidad explicativa que supere el análisis de algunas de sus manifestaciones y avance en la consideración del fenómeno en su complejidad. No se trataría entonces de la consideración de un problema de adicciones, o de consumo, o de violencia, o de deserción escolar o de marginalidad, como entidades per se, desligadas de sus condiciones estructurales de producción, sino de la vulnerabilidad social de amplios sectores poblacionales con los consecuentes efectos de la misma en la salud y en la salud mental...” (3).

Partiendo de ese cuadro de caracterización de la situación de salud mental en la ciudad, la propuesta de trabajo con poblaciones vulnerables enfatizaba las dificultades en el acceso a la atención de estos grupos poblacionales, razón por la cual se impulsaba como estrategia sanitaria la implementación de diversos dispositivos de soporte matricial para los equipos del primer nivel, entre ellos, la conformación de los llamados **equipos territoriales de salud mental** con anclaje distrital, destinados fundamentalmente a acompañar niños, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo propiciando la inclusión de los mismos en los espacios de la cultura y en particular en los circuitos de atención. Por su parte, en el año 2007 se implementó un proyecto piloto de trabajo de un **psiquiatra matricial**, también con anclaje distrital, con el objeto de favorecer el acceso a la atención de psiquiatría (4). Durante el año 2008, se amplió la inclusión de psiquiatras matriciales a otros dos distritos sanitarios, sumando un total de tres distritos con este tipo de cobertura.

Por su parte, en la jurisdicción provincial, también hacia el 2007 se implementó el Dispositivo de

Fortalecimiento en Salud Mental (5), el cual consta de cinco equipos integrados cada uno de ellos por psiquiatra, psicólogo y operador comunitario, con la función de trabajar en conjunto con los equipos de Centros de Salud provinciales en lo referido a procesos de externación de pacientes alojados en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. La figura de operador comunitario surge con la creación de este dispositivo y su perfil incluye la característica de que se trate de personas de la comunidad. Sus funciones consisten en realizar acompañamientos, visitas domiciliarias y proveer medicación específica. Esta propuesta de trabajo adquirió características heterogéneas según los equipos involucrados, implicando para algunos equipos la asistencia directa a pacientes usuarios de Centros de Salud, mientras que para otros, implicó funciones de asesoramiento a los equipos de atención primaria quienes asumían la atención. Al momento actual, existen 5 equipos destinados a cada una de las sub-regiones (Sur, Suroeste, Norte, Oeste, Noroeste) coincidentes con la demarcación distrital efectuada en el proceso de descentralización municipal.

Centros Participantes

En Tabla 2, se observa número de CAPS participantes y su distribución según jurisdicción. Cabe destacar que para la presente investigación no se consideró el distrito Centro en el que existe sólo un CAPS de jurisdicción municipal. Los criterios por los cuales se decidió su exclusión remitían por un lado a la concentración de la mayor parte de efectores hospitalarios de ambas jurisdicciones en este distrito, lo que habilita otras condiciones para el acceso a la atención; y por otro lado a la inexistencia de grupos poblacionales numéricamente importantes con condiciones de vulneración socio-económica, que fue uno de los criterios considerados para la selección de la muestra.

1 La red de efectores en la jurisdicción provincial se amplía a todo el resto del territorio de la provincia.
2 Huerta, A.; Adan M.A., (2009) Jornadas de Epidemiología en Salud Mental. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Documento de trabajo.
3 Di Liscia, M.L. (2006) Algunas propuestas de trabajo para avanzar en el abordaje de poblaciones vulnerables. Documento de gestión de la Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
4 Hasta entonces, el recurso de psiquiatría se encontraba en la jurisdicción municipal, centralizado en hospitales de segundo y tercer nivel, con serias dificultades de acceso en la mayoría de los distritos sanitarios, y en la jurisdicción provincial, en los hospitales de segundo y tercer nivel como así también en los hospitales monovalentes, con similares dificultades para garantizar el acceso a la atención.
5 Dirección Provincial de Salud Mental. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Dispositivo de Fortalecimiento en Salud Mental de la red de Centros Comunitarios de Salud (APS). Documento de trabajo, 2007.

Tabla N° 2- Distribución de CAPS según jurisdicción

Jurisdicción	Frecuencia	%
Municipal	19	59,4
Provincial	13	40,6
Total	32	100

La necesidad de formalizar un área de responsabilización de acciones sanitarias es reconocida y alentada desde el año 1986 por la OMS (6). En este marco se desarrolla el concepto de Distrito Sanitario, Regionalización y Área Programática. El Distrito Sanitario fue definido como: *“...una parte del sistema nacional de salud más o menos autosuficiente. Comprende primero y principalmente una población que vive en un área geográfica y administrativa claramente definida, ya sea urbana o rural. Incluye todas las instituciones e individuos que proveen atención de la salud en el distrito y consiste, por lo tanto, en una gran cantidad de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidades, a través del sector salud y otros sectores relacionados”* (7). Acompañando a esta definición la Regionalización implica la gestión descentralizada con el objetivo de simplificar administrativamente las acciones de salud y de acercar la toma de decisiones a los contextos locales. En tal sentido el Área Programática es la expresión operativa de este proceso que reconoce como primer paso la definición geográfica que debe coincidir con la división político-administrativa sobre la cual extender la responsabilidad institucional.

Con estas referencias conceptuales, en la práctica coexistieron dos modalidades de definición de área de Responsabilidad. En el ámbito provincial la existencia de tres Áreas Programáticas dependientes de los Hospitales Eva Perón, Centenario y Provincial, cuyas áreas de responsabilidad eran cubiertas por Centros de Salud con delimitaciones geográficas establecidas. En el ámbito municipal la Secretaría de Salud en consonancia con el proceso de descentralización político administrativa, delimitó 6 distritos sanitarios en los que se distribuyen los efectores de los tres niveles de atención.

En la práctica, la definición del área de influencia de cada CAPS, se ha realizado a través de un punteo basado en consultas médicas y odontológicas realizadas en un período determinado, que permite cono-

cer geográficamente de dónde proviene la demanda efectiva, como así también hacer visibles zonas de las que no proviene demanda de atención y las modificaciones que se realizan a través del tiempo. Una vez establecidos los límites geográficos la población del área de influencia es estimada según el número de habitantes que se calcula para dicha área.

Sólo 19 de los 32 Centros participantes, pudieron suministrar información respecto al número de habitantes potencialmente destinatarios de los servicios brindados por los Centros, reconociendo un amplio rango en el n° de habitantes, que oscila entre los 2.400 y los 36.000 habitantes (Tabla N° 3). Igual diversidad se constata en los criterios / fuentes a partir de las cuales construyen el dato, a saber: demanda efectiva a través de N° de HC en el CAPS; datos provenientes del relevamiento para el Seguro de Salud; datos correspondientes al Censo 2001. Un aspecto a puntualizar es que esta disparidad en el tamaño poblacional del área de influencia no parece acompañada de una dotación de recursos de salud mental proporcional a la demanda potencial. Por ejemplo, CAPS que reconocen 4.500 habitantes en el área de influencia cuentan con 34 horas asistenciales de psicología, cobertura de psiquiatría en el propio CAPS, y trabajador social, mientras que CAPS con 30.000 habitantes en el área de influencia cuentan con 15 horas asistenciales de psicología y carecen de trabajador social.

La mayoría de los Centros plantea un horario formal de funcionamiento que abarca ambos turnos, mañana y tarde (31 CAPS).

6 Programa OPS/OMS : Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. Washington 1991.

7 Mazzáfero, V., Ceriotto M. y Casserly P. Cap.4. Estrategias para la cobertura en: Mazzáfero V. y col. Medicina y Salud Pública. Buenos Aires. Editorial Eudeba, 1999.

Tabla N° 3- Número de habitantes del área de influencia (*)

N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
19	2400	36000	14836,8	9545,23

(*) 13 registros sin información

Dos Centros de ese grupo, abarcan exclusivamente las primeras horas de la tarde (hasta las 15,30/16 hs.), mientras que el resto permanecería abierto hasta las 19/ 20 hs. Sólo uno de los CAPS

abre exclusivamente durante la mañana. Por otro lado, 5 CAPS del primer grupo abren también sábados por la mañana. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4- Distribución de CAPS según horarios en que permanecen abiertos

Horario de funcionamiento	Frecuencia	%
Mañana y tarde (*) (**)	31	96,9
Mañana	1	3,1
Total	32	100

(*) Hay 2 centros que toman como horario de atención sólo las primeras horas de la tarde, hasta las 15.30 o 16hs, el resto hacen jornada completa

(**) 5 CAPS de este grupo abren también sábados por la mañana, todos ellos Municipales.

Constitución de los equipos

La totalidad de los Centros encuestados cuentan con profesionales médicos que cubren las especialidades básicas: pediatría, ginecología y clínica. En varios de los CAPS esta cobertura está garantizada por los médicos generalistas.

Todos los equipos cuentan además con profesionales de Enfermería, con un mínimo de 2 y un máximo de 5 integrantes por equipo. Cabe señalar que en 25/32 CAPS (78,1%), el personal de Enfermería no cuenta con formación específica en Salud Mental.

Aproximadamente un 63% de los CAPS (20/32) cuenta con odontólogos. Los equipos se completan con personal administrativo, presente en todos los Centros, con un mínimo de 1 y un máximo de 5, personal de mucamas (mínimo de 1 y máximo de 3). 9/32 de los Centros estudiados (28%) cuentan con personal de vigilancia, de los cuales 8 corresponden a la jurisdicción municipal.

Para el caso de Centros Provinciales, todos cuentan con agentes sanitarios (8) (un mínimo de 1 un máximo de 4). De éstos, 10 CAPS refieren que los agentes sanitarios desarrollan –si bien de modo excepcional- algunas intervenciones vinculadas a la

atención de Salud Mental, siendo la más mencionada (7/10 de los Centros Provinciales), la realización de visitas domiciliarias para la evaluación de contextos familiares; en segundo lugar, 4/10 de los CAPS hace referencia al acompañamiento de los agentes sanitarios a los efectores para turnos de atención. Por otro lado, también aluden a la figura de los operadores comunitarios- integrantes de los equipos de fortalecimiento en salud mental, a quienes asignan con mayor frecuencia (6/10 de los centros provinciales) la función de visitas domiciliarias para el suministro de los psicofármacos y en segundo lugar (5/10) la detección de pacientes con problemas de salud mental.

Una mención aparte merece el tema del personal Farmacéutico. En la muestra estudiada, los efectores municipales y provinciales no cuentan con farmacéutico propio en el staff (a excepción de uno de los

8 Los agentes sanitarios se incorporan con la creación del programa de APS en la provincia de Santa Fe. Originalmente su trabajo específico consistía en actividades en el territorio (rondas sanitarias, cartografía, visitas domiciliarias). En la actualidad los agentes sanitarios se encuentran en los diferentes CAPS realizando tareas administrativas, dispensando medicamentos, con escaso desarrollo de tarea territorial

CAPS municipal donde la Jefatura de Centro está a cargo de una farmacéutica), pero sí con algunas horas semanales de un farmacéutico distrital. Para el caso de efectores municipales, la totalidad de los centros cuentan con la figura denominada Pasante de Farmacia, que es un estudiante de grado contratado, a cargo del área de farmacia de cada centro, y que asume la función de suministro de medicamentos en las horas que permanece en el Centro; en ausencia del pasante, la entrega de medicamentos queda a

cargo de otros profesionales del CAPS, cuando se requiere el suministro ante una situación de urgencia. Para el caso de los efectores provinciales, la responsabilidad del suministro de medicamentos recae sobre un amplio espectro de trabajadores que van desde médicos, enfermeros, agentes sanitarios hasta las mucamas de los centros. En Tabla N° 5 se muestra la distribución por Jurisdicción de responsables del suministro de medicamentos.

Tabla N° 5 – Responsable del suministro de medicamentos según Jurisdicción

Responsable de suministro de medicamentos diariamente	Jurisdicción		Total
	municipal	provincial	
Pasantes	89,5% (17)	0% (0)	53,12% (17)
Otros trabajadores de CAPS (médicos, enfermeros, mucamas, agentes sanitarios)	0% (0)	100% (13)	40,62% (13)
Pasantes y otros	10,5% (2)	0% (0)	6,25% (2)
Total	100% (19)	100% (13)	100% (32)

Recursos específicos de Salud Mental La cobertura de trabajo social es dispar según la jurisdicción. De hecho en el ámbito provincial, solo 1/13 CAPS provinciales carece de profesionales de esta disciplina en su staff, a diferencia de la jurisdicción municipal en la que 5/19 CAPS, no cuentan con este recurso. Este dato es de particular interés habida cuenta del rol fundamental de esta perspectiva disciplinar en el campo de salud mental y particularmente en el abordaje de poblaciones con condiciones de

vulneración socio-económica. Por otra parte, si bien la carga horaria promedio semanal de trabajo social es de 29,24 ± 9,47, hay al menos 4 CAPS de jurisdicción provincial donde la carga horaria de TS es inferior a 15 horas semanales. Con respecto a la dotación de psicólogos, 19/32 CAPS cuentan con un psicólogo en tanto que 13/32 (40%) de los centros estudiados cuenta con dos profesionales.

Tabla N° 6– N° de psicólogos por Centro de Salud

N° de psicólogos	Frecuencia	%
1	19	59,4
2	13	40,6
Total	32	100

La carga horaria de psicología por efector oscila entre un mínimo de 24 hs y un máximo de 72 hs, mientras que la carga horaria dispuesta para el trabajo asistencial oscila entre un mínimo de 15 hs. y un

máximo de 60 hs. (Tabla N° 7). En la mayoría de los CAPS (27/32) se cubren el turno mañana y el turno tarde según el día.

Tabla N° 7 – N° de horas semanales de trabajo asistencial de psicología

N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
32	15	60	27,7	10,2

Resulta dispar la disponibilidad de horas de psicología para actividades no asistenciales según la jurisdicción de que se trate. Por ejemplo, en la jurisdicción municipal, alrededor de un 37% de los CAPS (7/19) no cuenta con horas de psicología para actividades comunitarias, porcentaje que se reduce al 15% (2/13) para el caso de los CAPS provinciales. En relación a la disponibilidad de horas para capacitación profesional, los psicólogos de jurisdicción municipal refieren en un 42% de los CAPS (8/19) contar con

horas para capacitación una vez por mes, porcentaje que se reduce al 23% (3/13) en la jurisdicción provincial. En lo atinente a la disponibilidad de horas para reuniones de organización y planificación del trabajo, también se observan disparidades según jurisdicción. Se trata de una instancia priorizada en el sector municipal donde en 14/19 CAPS (73,7%) los psicólogos cuentan con horas semanales para planificación, a diferencia del sector provincial, donde esto sucede en 6/13 CAPS (46,2%).

Tabla N° 8 – Disponibilidad de horas no asistenciales de psicología según jurisdicción

Disponibilidad de horas no asistenciales de Psicología	Jurisdicción	
	Municipal	Provincial
- <i>Para actividades comunitarias</i>		
Disponibilidad semanal	57,90%	76,90%
Disponibilidad quincenal	5,30%	----
Disponibilidad mensual	----	7,70%
No disponen	36,80%	15,40%
Total	100,00%	100,00%
- <i>Para actividades de formación</i>		
Disponibilidad semanal	----	7,70%
Disponibilidad quincenal	5,30%	----
Disponibilidad mensual	42,10%	23,10%
No disponen	52,60%	69,20%
Total	100,00%	100,00%
- <i>Para actividades de planificación</i>		
Disponibilidad semanal	73,70%	46,20%
Disponibilidad quincenal	15,80%	15,40%
Disponibilidad mensual	----	23,10%
No disponen	10,50%	15,40%
Total	100,00%	100,00%

Del total de psicólogos, el 31% (14/45) tiene modos de contratación precarios. En Tabla N° 9 se

observa su distribución según Jurisdicción.

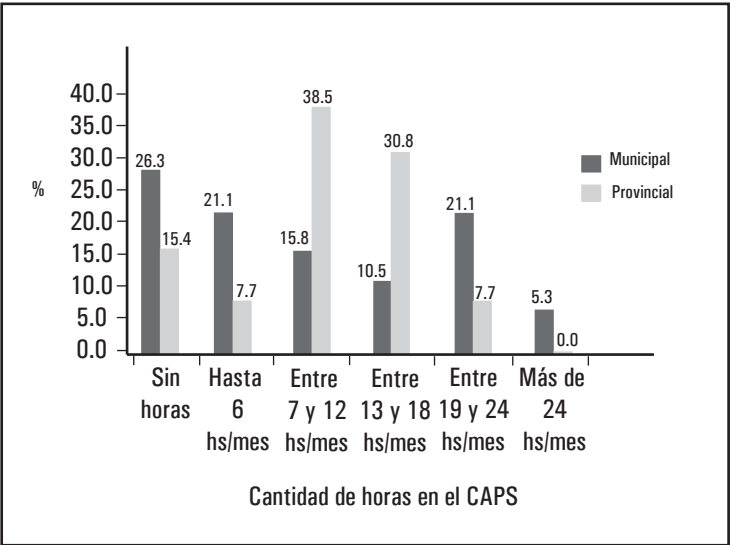
Tabla N° 9- Distribución de modalidades contractuales de psicología según Jurisdicción

Modo de contratación	Jurisdicción		Total
	Municipal	provincial	
Planta permanente	66,7% (16)	71,4% (15)	68,9% (31)
Modalidades precarias	33,3% (8)	28,6% (6)	31,1% (14)
Total	100% (24)	100% (21)	100% (45)

Con respecto a la cobertura de horas de psiquiatría en el propio Centro, 27/32 efectores (84%) refieren contar con este recurso (Gráfico N° 1). Los 5 CAPS que no disponen de horas de psiquiatría corresponden a la jurisdicción municipal.

Tomando como fuente la información proporcionada por Jefes de Centro/Psicólogos, se observa en Gráfico N° 1 la disponibilidad de horas de psiquiatría por Centro de Salud según jurisdicción.

Gráfico N° 1- % de CAPS por jurisdicción según disponibilidad de horas de Psiquiatría



También resultan dispares las modalidades de trabajo en cada efector, en la medida que, en muchos Centros, el psiquiatra destina casi la totalidad de su carga horaria a la atención de pacientes. Otros Centros refieren que el psiquiatra se incluye sólo para el retraining de casos atendidos por otros profesionales del CAPS y otros refieren destinar las horas de psiquiatría para realización de talleres.

Con respecto a la disponibilidad de espacio físico para la atención de pacientes de Salud Mental, la totalidad de los Centros refirió contar con Consultorios,

en 15 casos (46,8%) de uso exclusivo, y en 17 casos (53,2%) de uso compartido con otros profesionales del Centro. En dos casos de este último grupo, la disponibilidad de consultorio resulta más crítica, por lo que con frecuencia los profesionales deben atender en el patio, la cocina, otras instituciones barriales, etc.

En cambio, en relación a la disponibilidad de espacios físicos para la realización de actividades grupales, 17/32 (53%) de los CAPS refirieron no contar con los mismos.

Se indagó además respecto a la disponibilidad y variabilidad de psicofármacos en el propio CAPS. En la mayoría de los casos, la prescripción de psicofármacos, sobre todo si es de tiempo prolongado y de grupos farmacológicos como los antipsicóticos y los antidepresivos es reservada para el psiquiatra. Los médicos de los CAPS sí recetan más habitualmente ansiolíticos, fundamentalmente cuando se trata de prescripciones de corta duración. En más del 70% de los CAPS la variedad de psicofármacos es considerada suficiente. Asimismo en un porcentaje similar se evalúa adecuada la disponibilidad de los medicamentos para garantizar continuidad de los tratamientos.

En tal sentido puede afirmarse que los aspectos referidos a este tipo de insumos no son percibidos como obstáculos para el abordaje de pacientes.

Modalidad de organización de los CAPS

Con respecto al modo de acceso a la primera consulta con salud mental, se observa una variedad de alternativas para obtención del turno. Los psicólogos de 18/32 CAPS refieren como modalidad exclusiva de acceso a la consulta el contacto directo con el psicólogo para obtener el turno. En 4 casos, se señala como modalidad exclusiva el ingreso por Dispositivo de Admisión. En 9/32 CAPS, se plantean modalidades combinadas de acceso a turnos para primera consulta con salud mental, que incluyen las dos recién mencionadas, la posibilidad de otorgamiento de turnos por parte de cualquier trabajador del CAPS, y cabe consignar que en dos de los CAPS, se menciona el pasaje a lista de espera para atención.

Un dato a consignar es que si bien los psicólogos de 9/32 CAPS mencionan el dispositivo de admisión como modalidad de acceso a la primera consulta (combinada con otras modalidades en 5 casos), 17

CAPS refieren contar con este tipo de dispositivo. A la vez, bajo esta denominación se incluyen diversos tipos de intervención - primeras entrevistas para evaluar la pertinencia o no de iniciar tratamiento; espacio destinado a discriminar consulta de urgencia de consulta programada, espacio para la escucha, ordenamiento y registro de la demanda, etc. - con una periodicidad variada, en algunos CAPS, una vez por semana, en otros una vez por mes, en otros sin día ni horario fijo, en otros, según demanda.

En relación a los registros de las prácticas profesionales en salud mental, cabe señalar que constituye un capítulo crítico en virtud del marcado subregistro de este tipo de procesos de trabajo. En los centros relevados, los psicólogos de 29/32 CAPS (91%) refieren utilizar la historia clínica (HC), si bien no de manera sistemática ni general para todos los casos abordados. En 27/32 CAPS (84%) se apela a registros de uso exclusivo de psicología, de manera más sistemática.

Se indagó también el tiempo de demora entre el pedido de atención por psicología y la primera consulta, encontrando que en 29/32 CAPS (90%) el tiempo transcurrido es inferior a quince días, considerándose aún tiempos más breves cuando se trata de situaciones de urgencia.

Para el caso de la primera consulta con el psiquiatra, el tiempo de espera en el 41% (12/29) de los CAPS oscila en un rango que va entre los 15 y los 45 días. Cabe aclarar que entre los 12, se encuentran 5 CAPS municipales que carecen de psiquiatra matricial y deben recurrir a profesionales de otros efectores (hospitales generales o monovalentes)

Atención de las crisis subjetivas

Con respecto a la atención de las crisis subjetivas,

Tabla N° 10- Número de crisis subjetivas en CAPS en un semestre(*)

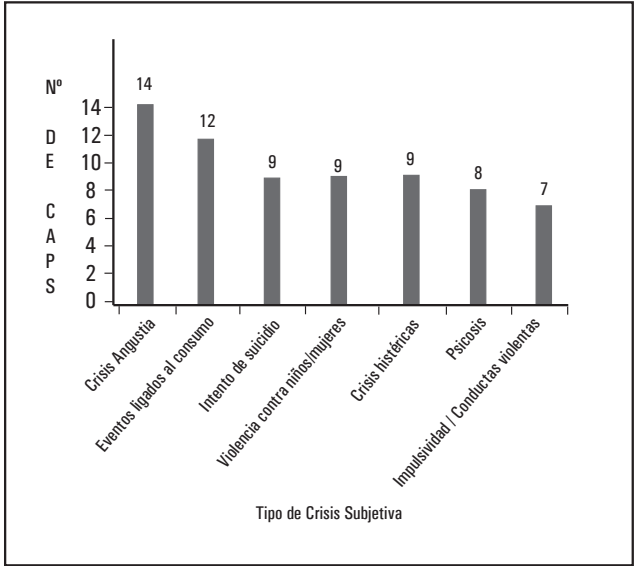
Número de crisis subjetivas en un semestre	Frecuencia	%
Menos de 5	18	60
Entre 5 y 10	7	23,3
Más de 10	4	13,3
Ninguna	1	3,3
Total	30	100

(*) 2 registros sin información

en tabla N° 10 se observa el número estimado de situaciones de crisis subjetivas que se presentaron en los CAPS a lo largo de un semestre. Cabe destacar que justamente en el grupo que refiere mayor cantidad de crisis en el semestre, dos de los Centros, uno municipal y uno provincial señalan no disponer de horas de psiquiatría en el propio CAPS para abordaje de pacientes.

En Gráfico N° 2 se observa el tipo de crisis subjetivas que se presentaron con mayor frecuencia en los CAPS. En efecto, 14 CAPS refirieron las crisis de angustia como las que con mayor frecuencia se presentaron en el efector, en segundo lugar de frecuencia fueron mencionados los eventos ligados al consumo de sustancias.

Gráfico N° 2 – Tipos de Crisis de mayor frecuencia referidas por los CAPS

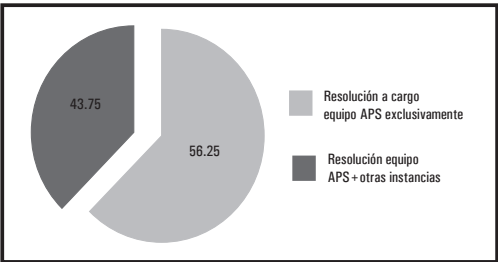


De las crisis subjetivas de presentación habitual, los profesionales señalan que aquellas ligadas al consumo de drogas, las diversas formas de violencia y los intentos de suicidio coexisten con condiciones de extrema vulnerabilidad psico-social que pone en riesgo habitualmente la integridad de la vida de los

sujetos.

Se relevó (9) en cada efector las modalidades habituales de resolución de las crisis que implementan los equipos en cada jurisdicción, encontrándose que en más de la mitad de los Centros, los profesionales de ambas jurisdicciones referían que en la mayoría

Gráfico N° 3 - Resueltas por el propio equipo sin requerir derivación ni interconsulta (n=32)



de los casos, la resolución de las crisis quedaba a cargo exclusivamente del propio equipo del CAPS, no porque no requirieran de actores institucionales de otros niveles para su abordaje, sino debido a las dificultades que encontraban para lograr la articulación

con dichos actores. (Gráfico 3)

En Tabla N° 11, se muestran estrategias de resolución de las crisis por jurisdicción para aquellos casos que en su abordaje involucran otros actores institucionales.

Tabla N° 11- Estrategias implementadas en los centros de salud para abordaje de crisis subjetivas

Estrategias de resolución de la crisis	Jurisdicción	
	Municipal (19 CAPS)	Provincial (13 CAPS)
Resueltas con apoyo de los dispositivos de infancia de la dirección de salud mental		
- SI	5% (1/19)	23% (3/13)
- NO	95% (18/19)	77% (10/13)
Resueltas con apoyo de las Guardias de hospitales generales		
- SI	26% (5/19)	46% (6/13)
- NO	74% (14/19)	54% (7/13)
Resueltas con apoyo de Servicio de salud mental hospitalario		
- SI	21% (4/19)	0
- NO	79% (15/19)	100% (13/13)
Resueltas con apoyo de hospital monovalente		
- SI	42% (8/19)	31% (4/13)
- NO	58% (11/19)	69% (9/13)
Resueltas con apoyo de otras áreas/servicios		
- SI	46% (9/19)	37% (5/13)
- NO	54% (10/19)	63% (8/13)

Se indagó también acerca de los obstáculos más frecuentes percibidos por los equipos para el abordaje de las crisis. Al respecto, la disponibilidad de psicofármacos en los efectores no fue referida como problemática en los equipos de ambas jurisdicciones.

En Tabla 12 se muestran los obstáculos percibidos por los equipos que se presentan **frecuentemente** o **siempre** en el abordaje de las crisis.

La instancia de traslado de un paciente en crisis desde un CAPS hasta efectores de internación, responsabilidad del Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) es percibido como obstáculo muy frecuente por parte del 63% de los centros municipales.

Otro capítulo de obstáculos frecuentes gira en torno a la articulación con los Servicios de Salud Mental de hospitales generales. Un 62% de centros provinciales y 37% de municipales señalan diversas

dificultades como desacuerdos en la evaluación realizada de las situaciones entre profesionales del primer y segundo nivel; escasa integración entre servicios y dificultades horarias para contactar con los profesionales de los servicios hospitalarios. Se suma a esto las habituales situaciones de derivación desde hospitales al primer nivel sin ningún tipo de referencia, y falta de soporte de supervisión ante situaciones complejas y de alta criticidad. Otro aspecto a considerar en esta línea de dificultades, es que más del 30% de los centros de salud de ambas jurisdicciones, señalan dificultades muy frecuentes para lograr internaciones en los hospitales generales.

9 Se relevó esta variable mediante una pregunta con opción de respuesta múltiple, en la que se planteaban diversos dispositivos y recursos a los que se apela para el abordaje de las crisis subjetivas.

Tabla N° 12- Obstáculos de alta frecuencia en la resolución de las crisis subjetivas

Obstáculos para el abordaje de las crisis	Jurisdicción	
	Municipal (19 CAPS)	Provincial (13 CAPS)
Falta de psiquiatra en el propio caps		
- SI	36,80% (7/19)	38,40% (5/13)
- NO	63,20% (12/19)	61,60% (8/13)
Dificultades de articulación con Servicios de Salud Mental de hospitales Generales		
- SI	36,80% (7/19)	61,50% (8/13)
- NO	63,20% (12/19)	38,50% (5/13)
Dificultades de Internación en hospitales generales		
- SI	36,80% (7/19)	31% (4/13)
- NO	63,20% (12/19)	69% (9/13)
Dificultades de Internación en hospitales monovalentes		
- SI	36,80% (7/19)	23% (3/13)
- NO	63,20% (12/19)	77% (10/13)
Dificultades para el traslado de pacientes		
- SI	63,20% (12/19)	31% (4/13)
- NO	36,80% (7/19)	69% (9/13)

Otro factor señalado como obstáculo frecuente en porcentaje similar (38%) en centros de ambas jurisdicciones es la falta de un psiquiatra en el CAPS para abordaje de la crisis. En efecto 7/19 municipales lo refieren como un obstáculo permanente o muy habitual. Para el caso de los provinciales este obstáculo lo refieren 5/13, aún cuando la totalidad de los CAPS provinciales cuentan teóricamente con cobertura de psiquiatría.

Finalmente la internación en hospitales monovalentes es percibida como muy dificultosa sobre todo en efectores municipales (37% contra el 23% de los provinciales), siendo necesario recordar que los CAPS provinciales también referían en menor porcentaje el recurso del hospital monovalente para el abordaje de las crisis.

Análisis de la demanda

El proyecto de investigación original contemplaba la recolección de datos globales e individuales (por cada usuario atendido) referidos a la atención de pacientes durante el semestre enero-junio de 2011. Dada la inexistencia de fuentes secundarias confiables que proporcionaran esta información y en virtud del planteo de los profesionales de la dificultad de llenado de fichas correspondiente a un semestre, se acotó la recolección de datos al trimestre abril-junio.

Sí se obtuvieron datos semestrales generales correspondientes a los siguientes ítems:

-N° total de pacientes atendidos por salud mental en el semestre enero-junio de 2011; información suministrada por 26/32 CAPS, discriminando psicología (información suministrada por 25/32 CAPS) y psiquiatría (información suministrada por 15/21 CAPS -11 CAPS de la muestra no cuentan con cobertura de psiquiatría).

-N° de pacientes nuevos admitidos por salud mental en el semestre, información suministrada por 26/32 CAPS, discriminando psicología (información suministrada por 25/32 CAPS) y psiquiatría (información suministrada por 14/21 CAPS).

El volumen total de pacientes asistidos en el semestre en los CAPS de jurisdicción provincial, osciló en un rango que va entre un mínimo de 18 y un máximo de 182 pacientes, con una mediana de 60 pacientes. Para el caso de la jurisdicción municipal, el rango de pacientes abordados osciló entre un mínimo de 34 y un máximo de 234, con una mediana de 102 pacientes.

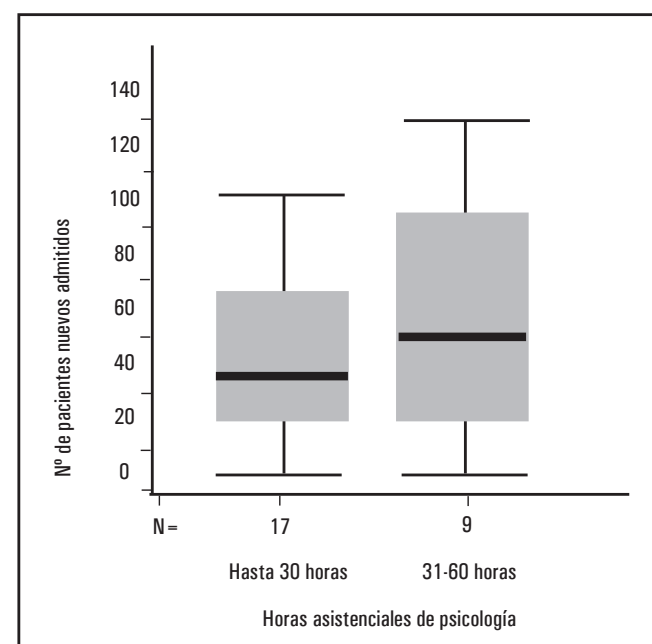
Con respecto al número de pacientes nuevos atendidos en el semestre, los CAPS de jurisdicción provincial incluidos en la muestra captaron un rango de usuarios nuevos que oscila entre un mínimo de 4 y un máximo de 119 pacientes, con una mediana de 24. Los CAPS de jurisdicción municipal, recibieron un mínimo de 13 y un máximo de 126 pacientes con una mediana de 42.

Dada la importancia que podría tener el número

de pacientes nuevos admitidos como indicador de la capacidad del sistema de captar nuevos casos (si bien se trata de un valor que no da cuenta de la capacidad de alojamiento), se analizó la relación existente entre el número total de pacientes nuevos admitidos y la

carga de horas asistenciales semanales de psicología (Gráfico N° 4) por un lado y carga horaria semanal por otro lado (Gráfico N° 5) no encontrándose asociación estadísticamente significativa.

Gráfico N° 4- Número de pacientes nuevos admitidos en el último semestre según horas asistenciales de Psicología



En base a la evidencia muestral y con una confianza del 95% se concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad promedio de pacientes nuevos admitidos según el rango de horas asistenciales de psicología sea menor o mayor a 30 horas ($p=0,403$).

En base a la evidencia muestral y con una confianza del 95% se concluyó que no existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad promedio de pacientes nuevos admitidos y la carga horaria semanal de psicología ($p=0,365$).

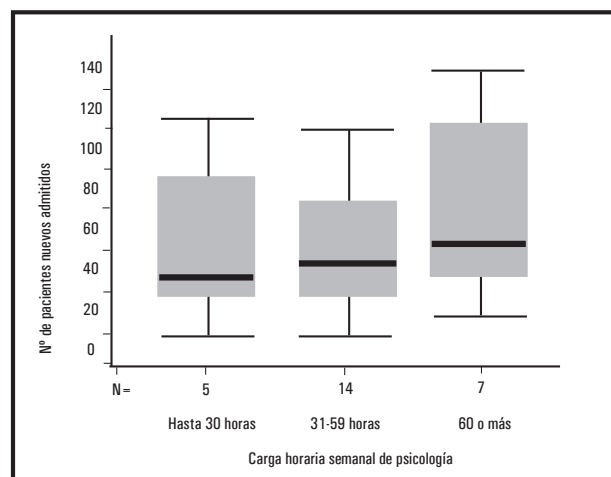
Un dato a consignar es que el número de pacientes atendidos en el trimestre abril/junio (tomando el dato de las fichas individuales presentadas) no sigue una relación directamente proporcional con la cantidad de horas asistenciales. En Gráfico N° 6, se ob-

serva cómo se presenta la relación entre número de pacientes atendidos y cantidad de horas asistenciales por semana en los CAPS que suministraron información ($n=23$) en el trimestre abril-junio, constatándose una marcada dispersión.

De hecho, la mayor concentración de pacientes atendidos en el trimestre se encuentra entre las 15 y 36 horas asistenciales de psicología. A modo de ejemplo, si se toma el rango de horas asistenciales que va entre las 20 y 25 horas, se ve un rango de atención de pacientes que oscila entre menos de 30 y hasta 80 pacientes atendidos según centro. Mientras tanto, en el rango de horas asistenciales que va de 35 a 40 hs./semanales, se observa una cantidad de pacientes atendidos que oscila entre 40 y 96.

Con respecto a los datos individuales, se reca-

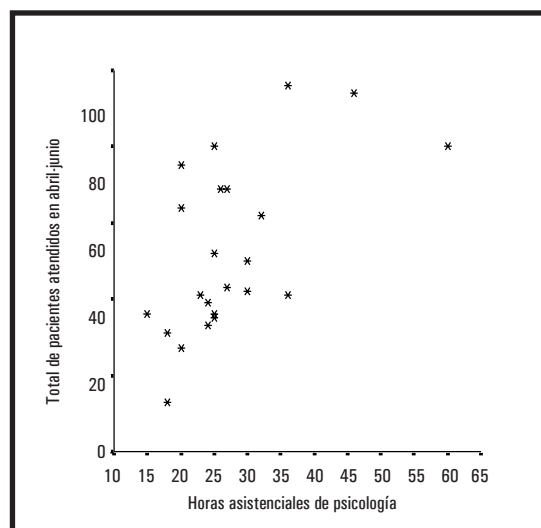
Gráfico N° 5- Número de pacientes nuevos admitidos en el último semestre según carga horaria semanal de psicología



baron 1065 fichas correspondientes a pacientes que se encontraban en tratamiento por salud mental durante el trimestre abril-junio de 2011 y 393 fichas correspondientes a pacientes que interrumpieron el contacto con salud mental antes de completar un

mes en el mismo período. Cabe señalar que las fichas recabadas no corresponden al total de profesionales de salud mental que se desempeñan en los efectores incluidos en la muestra, hecho debido en algunos casos a negativa de los profesionales a suministrar

Gráfico N° 6 - Dispersión entre horas asistenciales de psicología y total de pacientes atendidos durante el trimestre abril-junio



los datos, en otros casos a licencia del profesional coincidente con el momento de recolección de los mismos. En este sentido, se contó con información de pacientes de 38/46 psicólogos, que dan cobertura

a 28 CAPS (15 municipales y 13 provinciales) y de 11/11 psiquiatras (7 provinciales y 4 municipales), que dan cobertura a 23 CAPS (13 municipales y 10 provinciales).

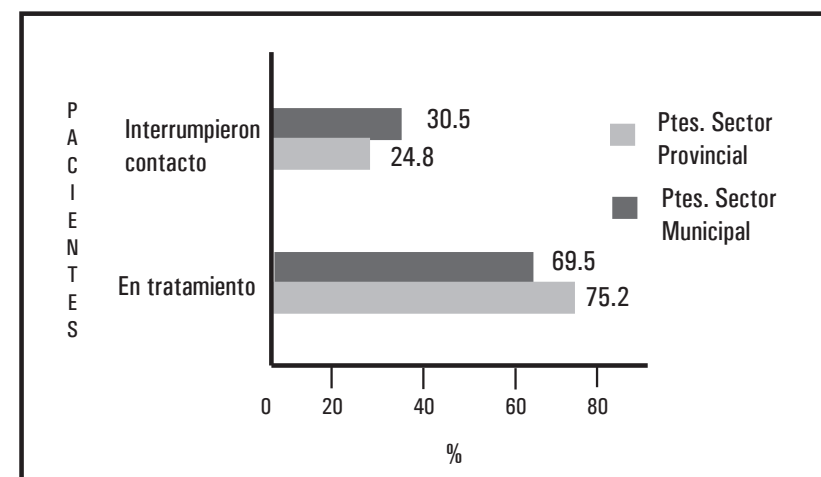
En Gráfico N° 7 se observa la distribución de pacientes **en tratamiento** (685 en CAPS Municipales; 380 en CAPS Provinciales) y que **interrumpieron contacto** antes de concluir un mes de entrevistas (226 en CAPS Municipales; 167 en CAPS provinciales) según jurisdicción.

La tasa de interrupción de tratamiento fue de un 33% mayor en los pacientes que recibieron atención

en CAPS de jurisdicción provincial que en los que se atendieron en el circuito municipal. [OR= 1,33; IC 95% (1,05 a 1,69)]

La edad promedio de pacientes en tratamiento es de $31,34 \pm 17,26$ años, con una edad mínima de 2 y una máxima de 80 años. Para el caso de pacientes que interrumpieron el contacto, la edad promedio es algo menor, de 29.53 ± 15 años, con un mínimo

Gráfico N° 7 - Distribución de pacientes en tratamiento y que interrumpieron contacto con salud mental antes de finalizar un mes según jurisdicción (N= 1458)



de 2 años y un máximo de 69. Vale decir que se trata predominantemente de población joven en edad productiva. La distribución según sexo muestra un patrón habitual en el perfil de consultantes a los sistemas públicos de salud, con un franco predominio de consultantes mujeres: 63% (664/1050) para el grupo de pacientes en tratamiento y 66% (254/387) para el caso de pacientes que interrumpieron el contacto antes del mes.

En Tablas N° 13 y 14 se observa la distribución de pacientes adultos (18 años y más) según estado civil, para ambos grupos, observándose un 38% de adultos en pareja/casados en el grupo de pacientes en tratamiento versus un 43% para el grupo de pacientes que interrumpieron. Si se agrupan las categorías soltero, separado y viudo, el porcentaje de pacientes que no se encuentran en una relación afectiva estable de pareja asciende a 62% para el grupo de pacientes en tratamiento y 57% para el grupo de los que interrumpieron.

En relación a la existencia de una red familiar

de contención, se puede observar que del grupo de pacientes que no cuenta con una red familiar de contención, un 29,6% de los casos (114/385) interrumpió contacto con salud mental antes de concluir un mes, porcentaje que para el grupo de pacientes que cuentan con dicha red se reduce al 23% (242/1052) (Gráfico N°44). Se constataron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que carecen de red familiar de contención, quienes presentan una tasa de interrupción 41% mayor que los que cuentan con red familiar de apoyo. [OR: 1,41 - IC95%(1,08 a 1,83)]

Con respecto al ingreso económico del grupo familiar de pertenencia, en Tabla N° 15, se observan las principales fuentes de ingreso para ambos grupos (en tratamiento y que interrumpieron contacto).

Se construyó un indicador de vulnerabilidad socio-subjetiva tomando en consideración tres variables: **Ingreso económico del grupo familiar**, discriminando ingresos precarios ya sea basados exclusivamente en subsidios del estado, en una combinación

Tabla N° 13 - Distribución de pacientes en tratamiento según estado civil (*)

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	233	31
casado/en pareja	290	38
Separado	186	24
Viudo	50	7
Total	759	100

(*) 14 registros sin información

de subsidios más changas, exclusivamente changas y las situaciones de precariedad extrema versus resto de alternativas de ingreso (trabajo estable, autónomo o jubilaciones y pensiones); **escolaridad**, considerando primaria incompleta y analfabetismo versus resto de los niveles de escolarización alcanzados en

Tabla N° 14- Distribución de pacientes que interrumpieron según estado civil (*)

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	95	35
Casado/en pareja	119	43
Separado	53	19
Viudo	8	3
Total	275	100

(*) 13 registros sin información

Tabla N° 15- Distribución de pacientes en tratamiento y que interrumpieron según fuente de ingreso principal

Ingreso económico	Pacientes en tratamiento (*)		Pacientes que interrumpieron (**)	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Exclusivamente subsidio estado	80	7,6	35	9,2
Subsidios más changas	328	31,2	131	34,3
Exclusivamente changas	34	3,2	22	5,8
Precariedad extrema(***)	13	1,2	11	2,9
Trabajo autónomo	307	29,2	103	27
Trabajo estable	178	16,9	47	12,3
Jubilaciones/Pensiones	111	10,6	26	6,8
Otros	1	0,1	7	1,8
Total	1053	100	381	100

(*) 12 registros sin información

(**) 12 registros sin información

(***) Incluye: pacientes en situación de calle, ejercicio de la prostitución, circuitos delictivos, alojamiento en hogares de tránsito, desocupados.

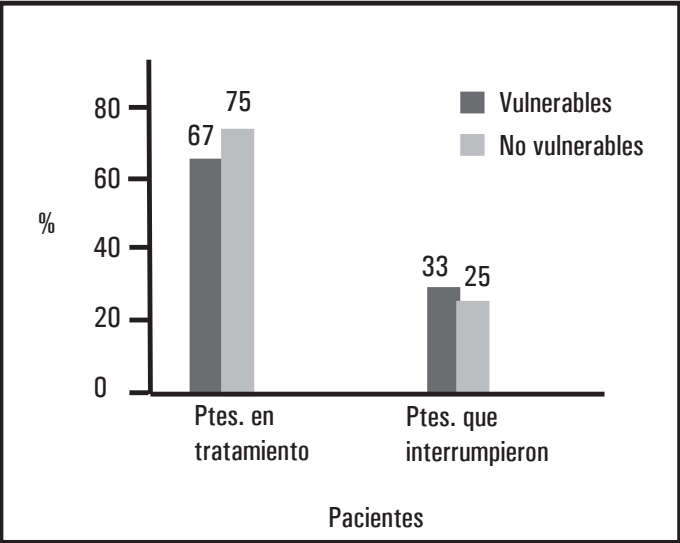
pacientes mayores de 12 años; y tenencia o no de **red familiar de contención**. Se asignó la categoría vulnerable a aquellos pacientes que reunieran dos o más condiciones. Considerando el total de pacientes relevados (en tratamiento y que interrumpieron contacto), los pacientes con condiciones de vulnerabilidad son 364/1458, vale decir un 25% del total. Discriminando pacientes en tratamiento y que interrumpieron, se observa que en el grupo de pacientes con condiciones de vulnerabilidad, un 33% (120/364) interrumpe tratamiento antes de alcanzar un mes, porcentaje que se reduce a 25% (273/1094) para el

caso de pacientes no vulnerables (Gráfico N° 8).

Se constató que los pacientes con condiciones de vulnerabilidad, tienen un 48% más posibilidades de interrumpir los tratamientos que los pacientes que no tienen esa condición. [OR= 1,48; IC95% (1,14 a 1,91)]

Con respecto a las problemáticas que motivaron la consulta, el diagnóstico de Trastornos de angustia/depresión, concentra la mayor cantidad de casos (609 pacientes, 446 en el grupo de los que están en tratamiento y 163 entre los que interrumpieron contacto antes de finalizar un mes); seguido por el

Gráfico N° 8- Distribución de pacientes vulnerables y no vulnerables según se encuentren en tratamiento o hayan interrumpido contacto antes de finalizar un mes (N= 1458)



diagnóstico de trastorno de aprendizaje/conducta con 213 casos, de los cuales 168 estaban en tratamiento y 45 habían interrumpido. Se estudió para cada categoría diagnóstica su posible asociación con el hecho de interrumpir tratamientos, encontrándose para el caso de pacientes con diagnóstico de adicción /alcoholismo, diferencias estadísticamente significativas, siendo la tasa de interrupción de tratamientos 51% mayor que en los pacientes sin diagnóstico de adicción/alcoholismo. [OR: 1,51 - IC95%(1,05 a 2,17)].

Un punto preocupante atañe a los pacientes diagnosticados como en riesgo suicida, grupo donde también se encontraron diferencias estadísticamente

significativas, siendo la tasa de interrupción de tratamiento un 45% mayor en estos pacientes, que en aquellos con trastornos de angustia o depresión. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el grupo de pacientes con diagnóstico de impulsiones, encontrándose que los sujetos con dicho diagnóstico, tienen una tasa de interrupción de tratamiento un 72% mayor que en pacientes con trastornos de angustia o depresión.

Por el contrario, tomando el grupo de pacientes con diagnóstico de psicosis, se encuentra que tienen más chance de continuidad de los tratamientos, siendo la tasa de interrupción de tratamiento un 72%

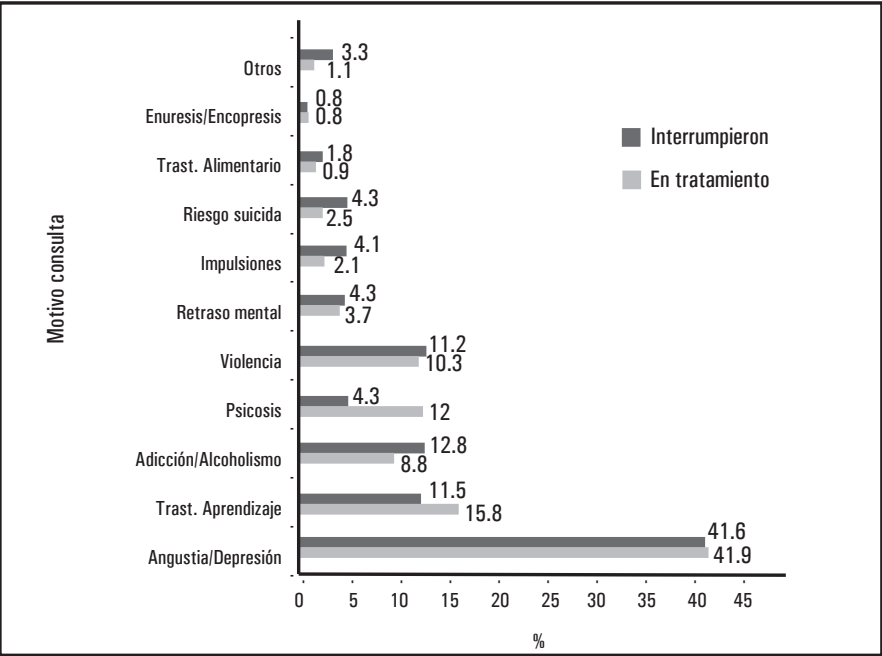
menor en estos pacientes que en aquellos con diagnóstico de trastorno de angustia o depresión.

En Gráfico N° 9 se observa la distribución del grupo de pacientes en tratamiento y que interrumpieron contacto según motivos de consulta.

Se indagó también la distribución de cada categoría diagnóstica al interior de los distritos. (Tabla N° 16). Se observa que el diagnóstico que acumula ma-

yores porcentajes en todos los distritos es el de trastornos de angustia/depresión. El segundo diagnóstico en orden de frecuencia corresponde a trastornos de aprendizaje/conducta para todos los distritos excepto para el distrito norte que presenta en segundo lugar el diagnóstico de situaciones de violencia. Los distritos noroeste y sur presentan altos porcentajes de adicción/alcoholismo, siendo en el distrito sur similar

Gráfico N° 9- Distribución de pacientes en tratamiento y que interrumpieron contacto según problemática que motivó el abordaje (N=1457) (*)



(*) 1 registro sin información

al porcentaje correspondiente al diagnóstico situaciones de violencia. En tanto, el diagnóstico de psicosis aparece con mayor frecuencia en los distritos noroeste, sudoeste y sur.

En Tabla N° 17 se muestra distribución de pacientes en tratamiento, según diagnóstico y condición de vulnerabilidad. Obsérvese que para el caso de diagnósticos como Trastorno de angustia/depresión o trastornos de aprendizaje/conducta, hay un porcentaje de casos mayor en el grupo de pacientes no vulnerables. La situación inversa se observa para el caso de diagnósticos como Adicción/alcoholismo, violencia, psicosis, que alcanzan un mayor porcentaje

entre sujetos vulnerables.

Observando la situación de pacientes que interrumpieron contacto antes de finalizar el mes (Tabla N° 18), llama la atención cómo se incrementa el porcentaje de pacientes con diagnósticos de adicción/alcoholismo y violencia en el grupo de sujetos vulnerables.

Del total de casos recabados (pacientes en tratamiento y que interrumpieron), 612/1458, un 42% refieren la existencia de un familiar directo del paciente que padece una problemática de salud/salud mental grave. Indagando respecto al tipo de afectación de esos familiares, un 36,4% (223/612) señaló pro-

Tabla N° 16- Distribución de pacientes según categorías diagnósticas y distrito de pertenencia (N=1458)

PROBLEMA QUE MOTIVA EL ABORDAJE	NORTE		NOROESTE		OESTE		SUDOESTE		SUR	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	43	32,3	195	44	146	41,6	114	49,8	111	36,8
Trastornos de aprendizaje/conducta	23	17,3	55	12,4	63	17,9	31	13,5	41	13,6
Retraso mental	5	3,8	22	5	9	2,6	9	3,9	11	3,6
Adicción/alcoholismo	9	6,8	55	12,4	22	6,3	18	7,9	40	13,2
Psicosis	10	7,5	54	12,2	25	7,1	24	10,5	32	10,6
Situación de violencia	29	21,8	36	8,1	34	9,7	16	7	39	12,9
Impulsiones	4	3	7	1,6	12	3,4	5	2,2	10	3,3
Riesgo suicida	3	2,3	9	2	18	5,1	5	2,2	9	3
Trast alimentario	3	2,3	2	0,5	3	0,9	4	1,7	5	1,7
Enuresis/encopresis	2	1,5	1	0,2	8	2,3	1	0,4	0	0
Otros	2	1,5	6	1,4	11	3,1	2	0,9	4	1,3
Sin información	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0
TOTALES	133	100	443	100	351	100	229	100	302	100

Tabla N° 17- Distribución de pacientes en tratamiento según diagnóstico y condición de vulnerabilidad (N=1065)

Problema que motiva el abordaje	Pacientes no vulnerables en tratamiento		Pacientes vulnerables en tratamiento	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trast. Angustia/Depresión	373	45,4	73	29,9
Trastorno de Aprendizaje/conducta	159	19,4	9	3,7
Adicción/ Alcoholismo 5	5	6,7	39	16
Psicosis	84	10,2	44	18
Violencia	72	8,8	38	15,6
Retraso mental	18	2,2	21	8,6
Impulsiones	15	1,8	7	2,9
Riesgo suicida	17	2,1	10	4,1
Trast. Alimentario	10	1,2	0	0
Enuresis/encopresis	8	1	1	0,4
Otros	10	1,2	2	0,8
Total	821	100	244	100

blemas de adicción y/o alcoholismo, combinados 19,4% (119/612) refirió discapacidad, incluyendo allí en muchos casos con problemáticas de violencia; un casos de psicosis y retraso mental entre otros, y un

Tabla N° 18 - Distribución de pacientes que interrumpieron contacto antes de finalizar un mes según diagnóstico y condición de vulnerabilidad (N=392)

Problema que motiva el abordaje	Pacientes no vulnerables que interrumpieron contacto (*)		Pacientes vulnerables que interrumpieron contacto	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Trast. Angustia/Depresión	114	41,9	49	40,8
Trast. Aprendizaje/conducta	37	13,6	8	6,7
Adicción/ Alcoholismo 2	9	10,7	21	17,5
Psicosis	12	4,4	5	4,2
Violencia	20	7,4	24	20
Retraso mental	11	4	6	5
Impulsiones	14	5,1	2	1,7
Riesgo suicida	17	6,3	0	0
Trast. Alimentario	7	2,6	0	0
Enuresis/encopresis	2	0,7	1	0,8
Otros	9	3,3	4	3,3
Total	272	100	120	100

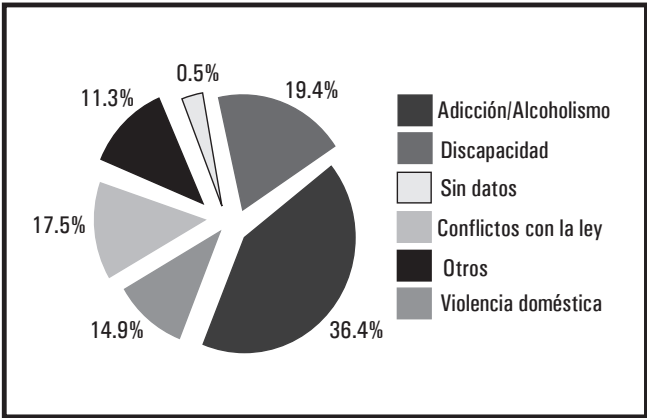
(*) Un registro sin información

17,5% (107/612) refirió situaciones de conflicto con la ley asociadas en la mayoría de los casos con problemática de consumo y/o violencia.

Cabe consignar que se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la condición de vulnerabilidad de los pacientes y la vinculación con un familiar directo con problema de salud/salud men-

tal grave. Los pacientes que tienen un familiar directo con problemática grave de salud presentan una tasa de vulnerabilidad 78% mayor que en los que no cuentan con familiares con problemas de salud graves. [OR: 1,78 - IC95%(1,40; 2,27)]. Llama la atención que para el grupo de sujetos con condiciones de vulnerabilidad que cuentan con familiares directos

Gráfico N° 10 – Familiar directo con problemas de salud grave según diagnóstico (N = 612)



con problemas de salud/salud mental grave, se incrementa notablemente el diagnóstico de Situación de conflicto con la ley. En efecto se encontró una fuerte asociación entre la condición de vulnerabilidad de los pacientes y el hecho de contar con un familiar directo en situación de conflicto con la ley. [OR: 2,04 - IC95%(1,33; 3,13)]

Analizando los profesionales de salud mental responsables del abordaje de los pacientes, se encuentra que en un 61,6% (898/1458) la responsabilidad del abordaje es de psicología; en un 28,1% (409/1458), dicha responsabilidad es compartida entre psicólogo y psiquiatra, y en un 9,4% (137/1458) es de psiquiatría.

Analizando discriminadamente el grupo de pacientes en tratamiento y que interrumpieron se observa que en el grupo de tratamiento, el psicólogo es responsable del 56,7% (604/1065) de los abordajes, porcentaje que asciende a 74,8% (294/393) para el grupo de pacientes que interrumpieron tratamiento. Efectuando el test de asociación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en virtud de las cuales, los pacientes que son abordados exclusivamente por psicología tienen dos veces más chan-

ce de interrumpir tratamiento que aquellos que son atendidos por psicólogo y psiquiatra o por psiquiatra solo. [OR: 2,37 - IC95% (1,82; 3,08)]

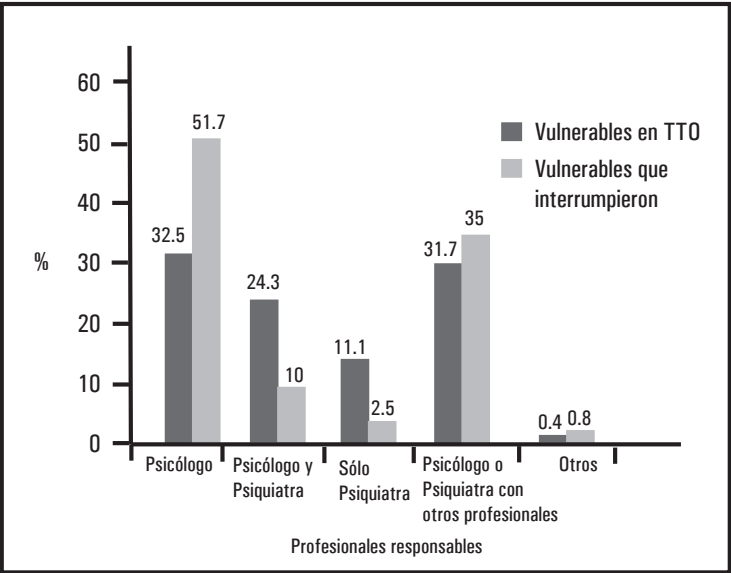
Considerando en particular el grupo de pacientes vulnerables, también se observa el porcentaje mayor de interrupción en los casos de abordaje por psicología: 62 casos (51,7%), a diferencia de lo que ocurre con las otras dos modalidades (psicólogo y psiquiatra, 12 casos; [10%] y psiquiatra solo, 3 casos; [2,5 %]).

Tomando el total de pacientes cuyo abordaje incluye la participación del psiquiatra, se trata de un 38% (546/1451) del total de pacientes atendidos. Analizando particularmente la intervención de psiquiatría en el abordaje de pacientes vulnerables, el porcentaje de casos que requieren la participación de psiquiatría asciende a 46,5%.

Analizando la intervención de trabajo social en los abordajes, se constata que esta disciplina interviene en 162/1458 casos (11,1%)

Si se analiza en particular el grupo de pacientes vulnerables de aquellos CAPS que cuentan con trabajadora social en el staff (n= 330), se constata que esta disciplina toma intervención en el 25% (83/330)

Gráfico N° 11- Distribución de pacientes vulnerables en tratamiento y que interrumpieron según profesionales responsables del abordaje

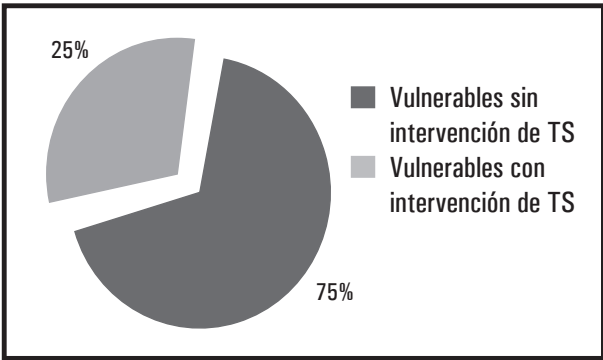


de los casos considerados vulnerables.

Un aspecto que se indagó remite a las intervenciones de otros efectores/espacios institucionales que hubiera requerido el paciente durante el último año, considerando este dato como una aproximación a visualizar la complejidad de la problemática del pa-

ciente. Se encontró que 377/1458, vale decir el 25,8 % de los usuarios abordados, habían requerido de la intervención de otros efectores durante el último año; 52 pacientes de este grupo requirieron intervenciones de múltiples dispositivos institucionales. A la vez, considerando el total de pacientes que recono-

Gráfico N° 12- Porcentaje de intervenciones de Trabajo Social en pacientes vulnerables (N=330)



cían intervenciones de otros dispositivos institucionales en el año previo (377), se encontró que 142, estaban en condición de vulnerabilidad, número que representa el 39% del total de sujetos vulnerables en

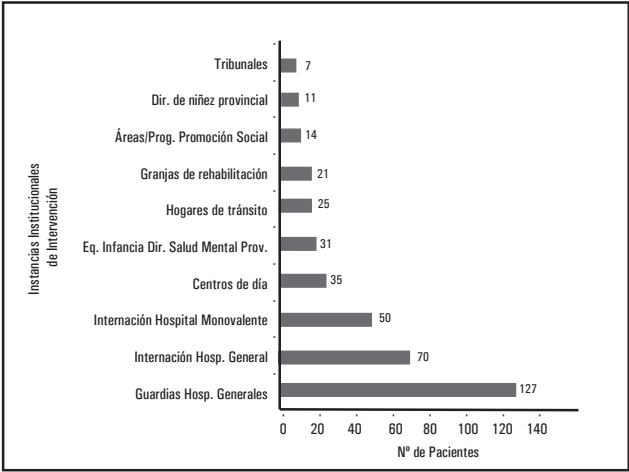
la muestra estudiada. En gráfico N° 13, se observa la distribución de casos según el tipo de dispositivos por los que transitaron los usuarios en el último año.

Puede observarse allí, que los dispositivos de

Guardias hospitalarias, tanto de hosp. Generales como monovalentes alcanzan la mayor frecuencia de pacientes, lo que permitiría hipotetizar que configurarían los espacios por excelencia donde llegan situaciones ligadas a urgencias subjetivas.

Se analizó además, el tipo de problemáticas de los pacientes que requirieron de otros espacios institucionales, encontrándose que el mayor porcentaje (19,4%) corresponde a usuarios con problemática de adicción/alcoholismo, seguido de 19,1% de pacien-

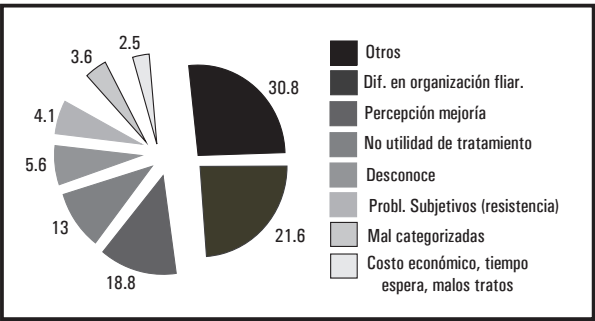
Gráfico N° 13 – Distribución de casos según tipo de dispositivos institucionales que intervinieron en el último año



tes con trastorno de angustia/depresión, 18,6% de pacientes con diagnóstico de psicosis y 18,4% de usuarios víctimas de violencia. Para el grupo de pacientes que interrumpieron contacto, se indagó la causa de la interrupción, desde la perspectiva del profesional tratante. En gráfico 14 se observa la distribución resultante. Es de considerar que la segunda causa de interrupción señalada, alude a dificultades en la organiza-

ción familiar de los pacientes que les impediría llegar a los efectores (21,6%), lo que plantea la necesidad de revisiones respecto de la organización de la oferta, considerando este punto de desencuentro entre la dinámica de organización de los efectores del primer nivel y la dinámica de las organizaciones familiares potencialmente destinatarias de las prácticas en salud. Se probó la asociación entre la atención en CAPS

Gráfico N° 14- Distribución de pacientes que interrumpieron contacto según motivo de interrupción (N= 386) (*)



(*) 7 registros sin información

correspondientes al estrato que cuenta con condiciones que potencialmente favorecen la accesibilidad y CAPS con condiciones que obstaculizarían la accesibilidad y la condición de abandonar tratamientos, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. [OR: 1,23; IC (0,96-1,57)] Considerando el número total de pacientes atendidos en un semestre, la variabilidad parece ser similar entre el grupo de CAPS con condiciones que favorecerían la accesibilidad y no. Los valores del promedio y la mediana son similares en ambos grupos, lo que marca que ambas distribuciones serían

simétricas. (Gráfico N° 15). Conclusiones similares a las anteriores, se obtuvieron al analizar la relación entre cantidad de pacientes nuevos atendidos y CAPS con condiciones que favorecen u obstaculizan la accesibilidad. Si bien puede observarse que el rango de variabilidad es mayor en el grupo accesible, ambas distribuciones en el 50% central de los datos parecen ser simétricas.

Gráfico N° 15 - Número total de pacientes atendidos en el último semestre según accesibilidad

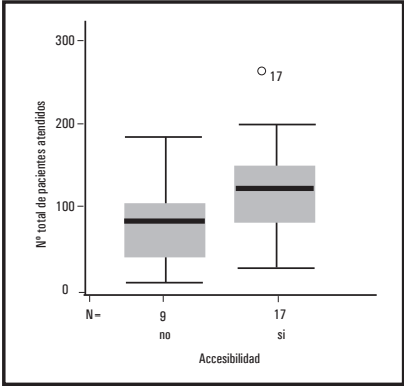
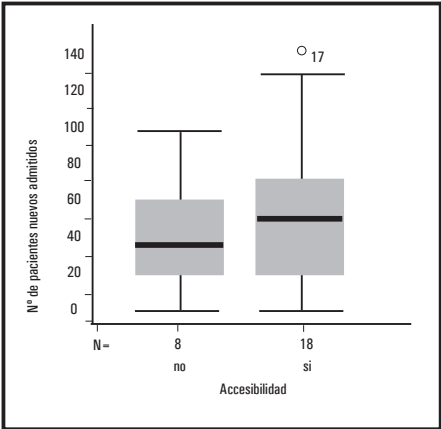


Gráfico N° 16 - Número total de pacientes nuevos admitidos en el último semestre según accesibilidad



Discusión

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26657), resultó de particular interés, relevar en qué medida en un gran centro urbano como Rosario, el sistema público de salud en el primer nivel de atención, ofrece condiciones de alojamiento a las personas con padecimientos mentales, partiendo de considerar que el desarrollo de las prácticas de salud mental en APS, constituye una instancia clave en el proceso de desmanicomialización, por la vía de sustituir las prácticas asilares.

En la ciudad de Rosario, desde hace ya 5 años, se da la particular coyuntura de que las dos jurisdicciones que integran el sistema público de Salud (provincial y municipal), responden a una misma gestión política (10). Este resulta un dato no menor en términos de políticas públicas, teniendo en cuenta, que durante décadas, la fragmentación y/o superposición de acciones en materia de salud, eran en parte atribuidas a los desacuerdos y tensiones entre ambas gestiones, la provincial y la municipal. En tal sentido, el período gubernamental iniciado en 2007 viene signado por la decisión política de integración de ambas jurisdicciones y en forma más general por la construcción de un sistema único de salud. “...La provincia de Santa Fe se endereza, políticamente, hacia la concreción de un sistema único de salud. Un sistema único de salud de gerenciamiento público que establecerá mecanismos de coordinación con los distintos subsectores de la salud...” (11).

No obstante esta definición, en lo que atañe al área de salud mental, se advierte la persistencia de disparidades no sólo en materia de recursos sino también, en algunos indicadores que interrogan respecto de los procesos de trabajo en la muestra estudiada.

En términos de recursos humanos, los CAPS provinciales parecen contar con una cobertura mayor que los municipales (por ej. la totalidad de CAPS provinciales cuenta con cobertura de psiquiatría en el propio Centro de Salud, en el sector municipal sólo cuentan con este recurso los centros de 3 de los 5 distritos estudiados; casi la totalidad de CAPS provinciales cuenta con trabajador social en su staff, en tanto que en los CAPS municipales aún persisten varios Centros de Salud de la muestra estudiada, sin la cobertura de Trabajo Social).

En el presente estudio, se consideraron dos grupos de usuarios de salud mental para su análisis: aquellos que se encontraban en tratamiento en el trimestre abril-junio y aquellos que en ese período

habían interrumpido contacto con los profesionales antes de concluido un mes. Este último grupo -que en los supuestos de partida, se consideraba como potencialmente representativo de un sector de población que, si bien podía tener un primer contacto con los efectores, no lograba un **ingreso efectivo** a los circuitos de atención- correspondería entonces a un sector poblacional con condiciones de vulnerabilidad. En tal sentido era de particular interés caracterizar ambos grupos de usuarios a fin de intentar establecer en qué medida se producían brechas en el par necesidad / atención por las cuales, sujetos con mayores necesidades de atención de salud mental, podrían no lograr recibir tratamiento.

A la vez, se consideró necesario trabajar con la categoría vulnerabilidad, antes que pobreza, entendiendo que la primera puede dar cuenta más acabadamente de un proceso de fragilización creciente que concluye en un potencial daño. En el documento *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, de la CEPAL se defiende la importancia de considerar la categoría vulnerabilidad desde un enfoque analítico y no solamente como categoría conceptual para dar cuenta de “... las relaciones entre la población y el desarrollo a escala de comunidades, hogares e individuos” (12). Desde este enfoque, se pone el énfasis no sólo en la condición de pobreza por ingresos sino fundamentalmente en la carencia de “activos” incluyendo allí el patrimonio físico, capacidad de ahorro financiero, aspectos ligados al capital simbólico y capital social. Desde esta mirada, la degradación del nivel educativo y la fragilización o ruptura de mecanismos de solidaridad y apoyo que históricamente amortiguaban asimetrías económicas, adquieren un lugar preponderante.

Los datos encontrados en el presente estudio permitieron establecer que justamente aquellos usuarios caracterizados como vulnerables (con ingreso económico precario, carentes de red de contención y adultos analfabetos o que interrumpieron la escolaridad primaria) tenían tasas de interrupción de tratamientos más altas que los sujetos no considerados

vulnerables. También pudo constatararse que determinadas problemáticas como la adicción a sustancias, las distintas expresiones de la violencia y la psicosis, alcanzan una mayor proporción entre sujetos vulnerables. Otro hallazgo relevante remite a la asociación significativa encontrada entre usuarios en condición de vulnerabilidad y su relación con familiares directos del paciente con problemática de salud o salud mental grave, fundamentalmente familiares con problemas de conflicto con la ley. Estos hallazgos, develan de alguna manera las nuevas configuraciones que adquiere la demanda a salud mental en el sistema público de salud, que escapa a las constelaciones diagnósticas clásicas, instalando la necesidad urgente de una complejización en los abordajes que esté a la altura de la complejidad y gravedad de los problemas, en los cuales, la problemática que motiva la llegada de un consultante a un efector de salud es apenas la punta de un iceberg que recubre situaciones de grupos familiares devastados, implicados en estrategias de supervivencia que, por ligarse muchas veces a los circuitos delictivos potencian aún más su fragilidad.

Volviendo la mirada hacia la oferta, un hecho a destacar es que la estratificación inicial propuesta - considerando un índice que contemplaba Carga horaria de psicología > o < 36 hs.; existencia o no de Trabajador Social en el equipo; cobertura o no de psiquiatría en el propio CAPS; existencia o no de residencia de Medicina General en el CAPS; existencia o no de lista de espera en Salud Mental - para diferenciar CAPS que reunieran condiciones que potencialmente favorecerían la accesibilidad a la atención y CAPS con condiciones que podrían obstaculizarla, no tuvo potencia para explicar diferenciales en cuanto a las posibilidades de acceso a la atención. Por el contrario, se constató que el aumento de horas de psicología no guarda relación con un mayor número de pacientes captados; la existencia o no de Residencia de Medicina General en el CAPS, no introdujo diferenciales en términos de una mayor adherencia a los tratamientos para la población total de pacientes estudiados ni tampoco para el grupo particular de pacientes vulnerables; resultó llamativamente bajo el porcentaje de casos que contemplaban la intervención de trabajo social y no fue reconocida, salvo en dos casos, la existencia de lista de espera. En particular, la intervención de psiquiatría en los abordajes de pacientes, sí resultó ser un factor que condiciona una mayor adherencia a los tratamientos. A la vez

del total de casos de la muestra donde interviene esta especialidad, los psiquiatras de jurisdicción municipal, concentran el mayor porcentaje de casos, 66,5%, comparado con la jurisdicción provincial donde toman intervención en el 33,5%. Estas diferencias probablemente aludan a diferentes concepciones de origen en cuanto al rol que debería desempeñar un psiquiatra en APS en una jurisdicción y en otra. En el ámbito municipal, se contempló desde un inicio el trabajo directo de psiquiatría con pacientes adscritos a los CAPS. En el ámbito provincial, se pensaban los equipos de fortalecimiento en un rol de asesoría/retrabajo de casos con los equipos de APS, pero no necesariamente con funciones de asistencia directa de pacientes.

Considerando en forma global ambas jurisdicciones, pudo constatararse una tasa de interrupciones de tratamiento 33% mayor en jurisdicción provincial que en la municipal, lo que permite hipotetizar respecto de los efectos que podría tener el dispositivo de adscripción de pacientes -fundamentalmente en lo que hace a la responsabilización institucional por una determinada población de usuarios- de mucha más larga data en el municipio, en términos de favorecer una mayor adherencia a los tratamientos.

No obstante, en ambas jurisdicciones acontece que la población vulnerable tiene 48% más posibilidades de interrumpir tratamientos que los sujetos no vulnerables. La posibilidad de interrupción de este grupo particular resulta incrementada en los casos en que el abordaje está a cargo exclusivamente de psicología. Se suma a este hallazgo, el hecho de que sólo en el 25% de los casos de sujetos vulnerables toma intervención trabajo social, y solo el 39% de los pacientes vulnerables registraron intervenciones de otras instancias institucionales durante el último año, siendo preponderantemente intervenciones de otras instituciones del sector salud (en particular guardias hospitalarias y sectores de internación), con muy baja participación de otros sectores ligados a programas de promoción y desarrollo social. Estos hallazgos alertan fuertemente respecto de los límites, más aún, de la insuficiencia del sector salud por sí solo, para dar respuestas acordes a la complejidad de la vulneración social, a la vez que interroga respecto del grado de avance real en la articulación intersectorial.

Aún en el interior del propio sector salud, pudieron constatararse dificultades en la articulación entre el primer nivel de atención y el segundo y tercer nivel

10 El gobierno de la provincia de Santa Fe y la gestión municipal de la ciudad de Rosario, corresponden al Frente Progresista.

11 Capiello, M.A. (2011) LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD PARA LA ARGENTINA. La experiencia de Rosario y los cambios en la Provincia de Santa Fe. CEMUPRO. Rosario.

12 Vulnerabilidad socio-demográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y Conclusiones. (2002) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Organización de Naciones Unidas. Brasilia.

hospitalario, con particular énfasis en los servicios de salud mental. Estas dificultades son mencionadas como de alta frecuencia por más del 60% de los CAPS provinciales, y si bien se mencionan en un porcentaje menor en el sector municipal (37%), varios de los profesionales refieren no mencionar dificultades con este nivel porque directamente no cuentan con él.

Por otra parte, en relación a las causas de interrupción temprana de los tratamientos, cabe señalar que en un 41% de los casos, los profesionales atribuyen las interrupciones a una gama de causas que incluyen dificultades en la organización familiar que impide la llegada de los pacientes a los CAPS; valoración de los pacientes de inutilidad de los tratamientos; problemas subjetivos que suponen desarrollo de resistencia a los abordajes y finalmente en menor medida, cuestiones ligadas a costos económicos, tiempos de espera para la atención y malos tratos. Todos ellos, aspectos que ameritarían una revisión de las modalidades organizacionales que asume la oferta a la vez que de los procesos de trabajo implicados en el abordaje de sectores vulnerables.

En síntesis, no obstante los avances logrados en Rosario en términos del desarrollo importante alcanzado por la estrategia de APS y la difusión de los abordajes en salud mental en el primer nivel de atención, podría señalarse la persistencia de una brecha en cuanto al acceso efectivo a los tratamientos de los sectores poblacionales vulnerables. La magnitud de esa brecha, podría ser aún mayor a las estimaciones obtenidas en este estudio si se profundizara en investigaciones en población, que permitieran captar la problemática de los sujetos que, requiriéndolo, ni siquiera llegan a establecer un primer contacto con los efectores de Atención Primaria. Por otro lado, resulta perentorio, a la luz de los hallazgos encontrados, reflexionar en qué medida el primer nivel de APS podría dar cuenta de la atención a las actuales demandas en salud mental, si no opera en simultáneo una articulación aceptada con los otros niveles de atención, con dispositivos de salud mental alternativos a la internación y fundamentalmente con la estrecha articulación de otros sectores y políticas sociales que hoy aparecen más que débilmente reflejados en las situaciones concretas de abordaje de estas problemáticas.

Bibliografía

Galende, E. (1997) De un horizonte incierto-Edit. Paidós. Buenos Aires

Bleichmar, S. (2005) La subjetividad en riesgo, Topía Editorial. Buenos Aires.

Aulagnier, P. (1977) La violencia de la interpretación. Amorrortu Editores. Buenos Aires

Ulloa, F. La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental.

Di Liscia, M.L. (2005) Propuesta de lineamientos de Salud Mental para el Municipio de la Ciudad de Rosario. Documento de gestión. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

Samaja, J. (2004) Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Donabedian, A. (1973) Aspects of medical care administration: specifying requirements for Health Care. Cambridge, Mass., Harvard University Press.

Donabedian, A (1988) Los espacios de la salud. Capítulo 7. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. S.S., México.

Mendoza-Sassi, R. y Béria J U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro, 17(4):819-832., jul-ago, 2001

Stoz, E (1999) Mencionado em As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.

Dever A. (1991) Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS./OMS.

Aday L A y Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica Health services Research. pp. 604-612. Chicago 1974.

Principios de Brasilia. (2006) Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas.

Declaración de Caracas (1990) Reestructuración de la atención psiquiátrica. OPS. OMS

A su Salud. Salud Mental-DDHH-Justicia. Org. Panamericana de Salud. Nov. de 2007. Argentina

Project Atlas: Resources for Mental Health. OMS. 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_a_b.pdf

Huerta, A.; Adan M.A., (2009) Jornadas de Epidemiología en Salud Mental. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Documento de trabajo.

Souza Minayo MC, Gonçalves de Assis, S., Ramos de Souza, E. (2005) Evaluación por triangulación de Métodos. Abordaje de programas sociales. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en la Provincia de Santa Fe (Argentina) en 2008

Abel Morabito*

Resumen

La distribución geográfica de médicos en especialidades básicas es un rasgo relevante de la oferta de servicios de salud y una de las dimensiones abordadas en la actual discusión sobre formación profesional en servicios estatales en la Provincia de Santa Fe (Argentina). Se presenta aquí una caracterización y medición de desigualdades en la distribución provincial de especialistas en Pediatría, Clínica Médica, Tocoginecología y Medicina General en el año 2008. Se recabaron datos sobre cantidad de población y sobre médicos especialistas, y se aplicaron estadísticas descriptivas, Concentraciones de Especialistas, Índices de Disimilitud, Curvas de Lorenz, Coeficientes de Gini, y mapas tipo Choropleth. La concentración de especialistas es desproporcionadamente menor en departamentos menos poblados, particularmente en el norte provincial, contrastando con los más poblados. Clínica Médica es la especialidad más desigual, seguidas por Pediatría, Medicina General y Tocoginecología. Además Medicina General se diferencia por concentrarse en áreas menos pobladas. La descripción y medición de desigualdades con técnicas

relativamente sencillas permite darle magnitud a las desventajas comparativas que presentan ciertos departamentos provinciales y a discriminar el grado de desigualdad entre especialidades.

Summary

Geographic distribution of physicians in basic specialties is a prominent feature of health services and one of the dimensions discussed at present in Santa Fe Province (Argentina) in relation to professional education. This paper characterizes and measures inequalities in the distribution of specialists in Pediatrics, Internal Medicine, Tocogynecology, and General Medicine at the provincial level in 2008. Information about population and specialists in provincial departments was used. Descriptive Statistics, Concentrations of Specialists, Disparity Indexes, Lorenz Curves, Gini Coefficients, and Choropleth maps were applied. Concentrations of Specialists are disproportionately lower in less populated departments, notably in the north of the Province, in contrast with more populated departments. Internal Medicine is the most unequal specialty, followed by Pediatrics, Gene-

*Coordinador del Área de Formación y Capacitación Profesional, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Teléfono: +54 341 4 802200 / Interno 193. Email: amorabi0@rosario.gov.ar

ral Medicine and Tocogynecology. Moreover General Medicine is different for it concentrates in less populated departments. Description and measurement of inequalities with relatively simple techniques allows to get the magnitude of comparative disadvantages of provincial departments and to discriminate the level of inequality between specialties.

Palabras clave: desigualdades, distribución, médicos, especialidades

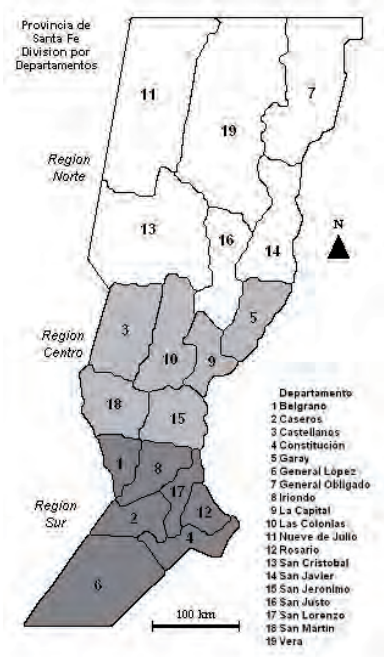
Keywords: inequalities, distribution, physicians, specialties

Introducción

Este trabajo procura establecer la magnitud de desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en el territorio de la Pcia. de Santa Fe (Argentina). El interés se relaciona con la discusión sobre la formación profesional que se viene dando entre distintas instituciones sanitarias en el contexto provincial, y en el hecho que la distribución geográfica de médicos es una de las características distorsivas de la dotación de recursos humanos en el país, reconociendo que se observan profundas desigualdades en todas las categorías profesionales [1,2].

Algunos rasgos característicos de la Provincia pueden esbozarse a partir de datos de uso frecuente, tolerando diferencias temporales impuestas por la información disponible al momento (Tabla 1). El territorio provincial se divide en diecinueve departamentos agrupados en regiones norte, centro y sur (Mapa 1). Según proyecciones del 2008 [3] una cantidad de 3.242.581 habitantes se distribuía en una superficie de 133.007 km2 con una clara aglomeración en los departamentos Rosario y La Capital. La densidad poblacional variaba entre 651 (Rosario) y 2 (Gral. Obligado) con una media provincial de 20 Hab/km2. Los valores de población que vivía en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en 2001 [4] variaban entre 7,6% (Belgrano) y 33,7% (Garay) con una cifra provincial de 14,8%. La Tasa de Mortalidad en 2007 [5] iba de 11,5 o/oo (Caseros) a 6,5 o/oo (Gral. Obligado) para un valor de 9 o/oo a nivel provincial. La Tasa de Mortalidad Infantil oscilaba entre 19,6 o/oo (San Cristóbal) y 3,3 o/oo (Garay) con una media provincial de 11,2 o/oo. En lo relacionado con la salud de la mujer, la Mortalidad Materna en 2006 [6] iba de 26,8 o/oo (Rosario) a 228,8 o/oo (San Javier) para 33,6 o/oo provincial. Del lado de los recursos profesionales, en 2008 se registraban 13.854 médicos colegiados, de los cuales 8.441 (60%) corres-

Mapa 1: Provincia de Santa Fe. División por departamentos.



pondían al departamento Rosario y 2.292 (17%) a La Capital [5]. Conviene señalar que, en el conjunto, los departamentos norteños eran los que presentaban comparativamente indicadores socioeconómicos más preocupantes.

Estas cifras permiten entrever importantes desproporciones en la distribución tanto de riesgos como de recursos sanitarios en un territorio también disímil socioeconómicamente, y es de esperar que la distribución de médicos en especialidades básicas refleje también importantes desigualdades entre departamentos provinciales.

Marco conceptual

La distribución de médicos en especialidades básicas en la Provincia de Santa Fe

La distribución geográfica de distintas categorías profesionales es una de las características relevantes de la oferta de servicios de salud y entre ellas la de especialidades médicas básicas. Se entiende por tales a aquellas destinadas a egresados recientes y que, siguiendo el criterio del Ministerio de Salud de la Nación, sustentan el primer nivel de atención [8]. El mismo define como especialidades básicas a Medicina General y Familiar, Pediatría y Tocogine-

Tabla 1: Indicadores seleccionados. Provincia de Santa Fe. Año 2008

		Indicador						
Id(1)	Departamento	Población total(2)	Superficie(3)	Densidad % de población (4)	de población con NBI	Tasa de Mort. general(5)	Tasa de Mort. infantil (6)	Tasa de Mort. materna(7)
	Año	2008		2008	2001	2007	2007	2006
1	Belgrano	43453	2386	18	9,8	9,8	9,1	0
2	Caseros	83014	3449	24	8,7	11,5	8,7	0
3	Castellanos	177032	6600	27	11,1	8,4	9,9	0
4	Constitución	86239	3225	27	13	9,1	5,7	226,8
5	Garay	21866	3964	6	33,7	7,4	3,3	0
6	Gral. López	191074	11558	17	10,7	10,1	15,1	0
7	Gral. Obligado	178393	10928	16	26,4	6,5	16	32
8	Iriondo	67730	3184	21	10,6	11,2	8,9	0
9	La Capital	538257	3055	176	13,9	8,7	11,3	56,7
10	Las Colonias	102029	6439	16	7,6	9,4	7,5	129,8
11	Nueve de Julio	29123	16870	2	31,1	7,5	1,3	178,3
12	Rosario	1231108	1890	651	14,7	9,6	10,7	26,8
13	San Cristobal	67363	14850	5	16	8,7	19,6	96,6
14	San Javier	32013	6929	5	30,2	7,6	10,7	228,8
15	San Jeronimo	81943	4282	19	14,3	10,4	10,8	88,1
16	San Justo	42527	5575	8	16,2	9	10,6	0
17	San Lorenzo	151377	1867	81	13,6	9,3	10,6	0
18	San Martín	64065	4860	13	7,8	10,4	13,9	0
19	Vera	53945	21096	3	32,1	6,8	9,2	0
Total		3242551	133007	24	14,8	9	11,2	39,7

(1) Número correspondiente al Mapa 1; (2) IPEC, Valor estimado; (3) IPEC; (4) Valor estimado; (5) DGES; (6) DGES; (7) DGES
DGES: Dirección General de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.
IPEC: Instituto Provincial de Estadísticas y Censos

cología. Se agrega aquí Clínica Médica de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud de la Pcia. de Santa Fe.

La caracterización de la oferta médica en un territorio presenta obstáculos especiales debido a la movilidad geográfica de los médicos, inscripción en más de una especialidad, desarrollo de tareas de distinto tipo, y al multiempleo, tal como se puede apreciar en investigaciones previas [9]. Dicha caracterización podría hacerse en base a fuentes primarias pero exigiría recursos que superan las posibilidades de este trabajo. Por otra parte, los registros de especialistas del Colegio de Médicos de la Pcia. de Santa Fe son

obligatorios, sistemáticos y exhaustivos, y permiten identificar los domicilios donde se radican las matrículas correspondientes. Por lo tanto constituyen una fuente confiable para establecer una referencia geográfica, con las limitaciones expuestas previamente.

El estudio de la distribución territorial de profesionales requiere además la elección de alguna forma de organización geográfica. Usualmente la provincia es dividida en diecinueve departamentos administrativos agrupados en (a) Región Norte: Nueve de Julio, Vera, Gral. Obligado, San Cristóbal, San Justo y San Javier; (b) Región Centro: Castellanos, Las Colonias, La Capital y Garay; y (c) Región Sur: Belgrano, Irion-

do, San Lorenzo, Rosario, Caseros, Constitución y Gral. López (Mapa 1). Otras divisiones posibles siguen criterios censales o la política del Plan Estratégico Provincial. Sin embargo corresponden a distintos niveles de agregación y la producción de información requeriría elaboración especial. En consecuencia, la división departamental se puede considerar adecuada, por razones conceptuales y prácticas.

Conceptos y mediciones de desigualdades e inequidades sanitarias

Corresponde señalar aquí algunas relaciones conceptuales entre los términos desigualdades (o diferencias) e inequidades. Tomando la clásica definición de Whitehead [10] inequidades se refiere a “diferencias las cuales son innecesarias y evitables y que, adicionalmente, son consideradas injustas”(1).

Como luego señala Braveman [11] una desigualdad es inequitativa si conlleva perjuicio para grupos sociales considerados en desventaja. El estudio de inequidades requiere entonces una consideración precisa de dimensiones epidemiológicas y socioeconómicas, así como de aspectos éticos y jurídicos, en cada contexto específico. Si bien la visualización de desigualdades no refleja necesariamente inequidades, resulta más sencilla de elaborar y puede ser una aproximación útil a éstas si se relacionan con grupos poblacionales en desventaja. En el caso de la Pcia. de Santa Fe, las desigualdades en la distribución de médicos especialistas podrían señalar inequidades en la oferta profesional, si se pueden referir a los desniveles socioeconómicos y sanitarios que existen, notablemente, en perjuicio de departamentos norteños.

En otro orden de cosas, es necesario tener presentes distintas alternativas para la medición de desigualdades sanitarias [12]. Aquí se privilegiarán mediciones sencillas de construir e interpretar por considerarlas más asequibles al uso habitual en la gestión de salud, reconociendo el potencial de opciones más elaboradas. El análisis de la distribución de recursos en relación a cantidad de población según áreas geográficas es una herramienta de uso frecuente en el estudio de desigualdades. La cantidad de recursos y los tamaños poblacionales en las áreas estudiadas son datos generalmente disponibles o posibles de elaborar, lo cual hace que ésta sea una medición relativamente fácil. El Índice de Disimilitud (ID) por su parte establece la cantidad (absoluta y relativa) de recursos que deberían relocalizarse para que todas las unidades analizadas (en este caso áreas geográficas) tuvieran valores iguales al promedio. Ci-

fras más elevadas reflejan mayor desigualdad. Otra herramienta de uso frecuente en este tipo de análisis es la Curva de Lorenz y su correspondiente índice o Coeficiente de Gini. Se basan clásicamente en datos a nivel de individuos, pero pueden modificarse para emplear datos agregados, como poblaciones departamentales. Las curvas de Lorenz permiten interpretaciones del tipo “un 20% de la población recibe el 5% de los recursos”. Se alejan más de la pendiente y se acompañan de coeficientes de Gini más elevados cuanto mayores sean las desigualdades.

Objetivo

Analizar las desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en el territorio de la Provincia de Santa Fe en el año 2008.

Metdoloología

Las distribuciones poblacionales y de médicos fueron consideradas por departamentos provinciales. Los datos de población se tomaron de proyecciones del Censo Nacional de Poblaciones, Hogares y Vivienda 2001 para el año 2008 [3]. Los datos sobre médicos en general se tomaron de informes del Gobierno provincial [5]. La localización de especialistas se estableció de acuerdo a los domicilios identificados en el registro de especialistas matriculados en el año 2008, provisto por la 1ra. y 2da. Circunscripción del Colegio de Médicos de la Pcia. de Santa Fe. Se define aquí como concentración de especialistas a la cantidad de médicos matriculados como especialistas cada 10.000 habitantes. La agregación departamental de los domicilios fue procesada mediante una planilla de cálculo (MS Excel). A los fines de su presentación las concentraciones de especialistas se resumieron utilizando promedios y rangos. Se usaron además medianas y cuartiles, dado que las distribuciones de frecuencias se muestran asimétricas y a que valores aislados presentan gran peso en el conjunto. Los datos se visualizaron en mapas tipo Choropleth agrupados por intervalos de clase.

La medición de desigualdades se realizó mediante ID absoluto y relativo, curvas de Lorenz y coeficientes de Gini aplicados a agregados poblacionales. Los ID establecen en este trabajo la cantidad de especialistas que habría que redistribuir para que los depar-

tamentos provinciales tuvieran la misma concentración que la media provincial, expresada en cantidades absolutas (ID absoluto) o como porcentaje del total de especialistas (ID relativo). Las curvas de Lorenz y sus correspondientes índices de Gini se establecieron por departamentos provinciales ordenados según la concentración de especialistas en el sentido de menor a mayor.

Se utilizaron planillas de cálculo (MS Excel) de elaboración propia para establecer los mapas Choropleth[14], ID, curvas de Lorenz, e índices de Gini [15].

Resultados

Totalidad de médicos matriculados

En el año 2008 se registraban en total 13.854 médicos colegiados en el territorio provincial, incluyendo especialistas y no especialistas. La concentración media que corresponde a dicho valor es de 42,7 o/ooo con valores extremos entre Rosario (68,6) y Garay (9). El valor de la mediana es de 20 y corresponde a Iriondo, distante del promedio provincial dado el peso de la concentración en Rosario. Los departamentos agrupados en el primer cuartil (15,8) son todos norteños: Garay, San Javier, Nueve de Julio, Vera y San Cristóbal. En contraste, los departamentos del cuartil

más alto (23,7) son del centro y sur provincial: Castellanos, Caseros, Gral. López, La Capital y Rosario. Esta distribución refleja claramente la menor oferta relativa de profesionales en el norte provincial.

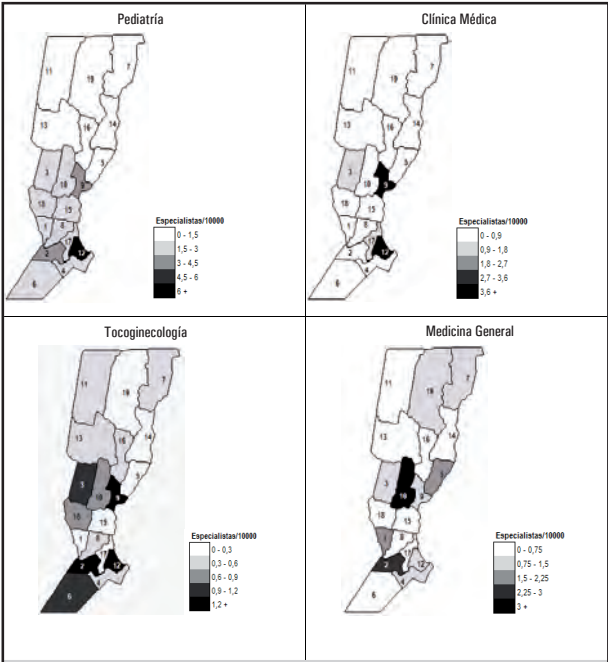
Habría que redistribuir teóricamente 3.181 profesionales (23% del total) para que todos los departamentos tuvieran el mismo valor que la concentración provincial media. La disposición en una curva de Lorenz muestra que el 20% de la población con menor oferta dispone del 8% de los profesionales, en contraste con el 20% con mayor oferta que tiene el 32% de los médicos. El Coeficiente de Gini correspondiente a esta distribución es de 28%.

Médicos matriculados en especialidades básicas

Pediatría

En 2008 se registraban 1.213 matrículas en toda la provincia. La concentración media es de 3,7 o/ooo con un rango entre 6,1 (Rosario) y 0 (San Javier). La mediana es de 1,7 y corresponde a San Jerónimo –distante del promedio provincial dado el peso del departamento Rosario–. Los departamentos del cuartil inferior (1,1) pertenecen todos al norte de la provincia: San Javier, Garay, Nueve de Julio, Vera y Gral. Obligado. Los ubicados en el cuartil superior (2) pertenecen al centro y sur: San Lorenzo, Gral. López,

Mapa 2: Concentración de médicos matriculados en especialidades básicas por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2008.



1 “Differences which are unnecessary and avoidable but, in addition, are also considered unfair and unjust”

Caseros, La Capital y notablemente Rosario. La distribución expresa una importante desventaja comparativa del norte provincial.

En un planteo teórico se deberían redistribuir 300 (25% de la totalidad) especialistas para homogeneizar las concentraciones entre departamentos. Visto en una curva de Lorenz, el 20% de la población con menor oferta dispone del 7% de especialistas, a la vez que el 20% de la población con mayor oferta dispone del 32%. El Coeficiente de Gini que corresponde a esta distribución es de 30,2%.

Clínica Médica

Había 765 matrículas registradas en 2008 bajo dos denominaciones, unificadas aquí con fines prácticos: Clínica Médica y Medicina Interna. La concentración media es de 2,4 o/ooo con extremos correspondientes por un lado a Rosario (3,85) seguido de cerca por La Capital (3,7) y por el otro a San Javier, Vera y Nueve de Julio (0). Los departamentos ubicados en el

primer cuartil (0,34) son mayoritariamente norteños: San Javier, Vera, Nueve de Julio y San Cristóbal, a los que se agrega Caseros (del sur). Los departamentos del cuartil superior (0,8) se ubican todos en el centro y sur provincial: Gral. López, Castellanos, San Lorenzo, La Capital y Rosario, con un importante escalón entre estos dos y los demás. Esta distribución presenta también una franca desventaja relativa para departamentos del norte provincial.

En un planteo teórico habría que redistribuir 256 (33%) especialistas para equiparar las concentraciones entre departamentos. La curva de Lorenz permite visualizar que al 20% de población con menor oferta le corresponde el 3% de matrículas en contraste con el 20% con mayor oferta, que dispone del 32%. El Coeficiente de Gini es en este caso del 35%.

Tocoginecología

Se encontraron 2 denominaciones para la misma especialidad: Ginecología y Obstetricia y Tocogine-

Los del cuartil superior (0,8) pertenecen al centro y sur provincial: Castellanos, Gral. López, Caseros, La Capital y Rosario.

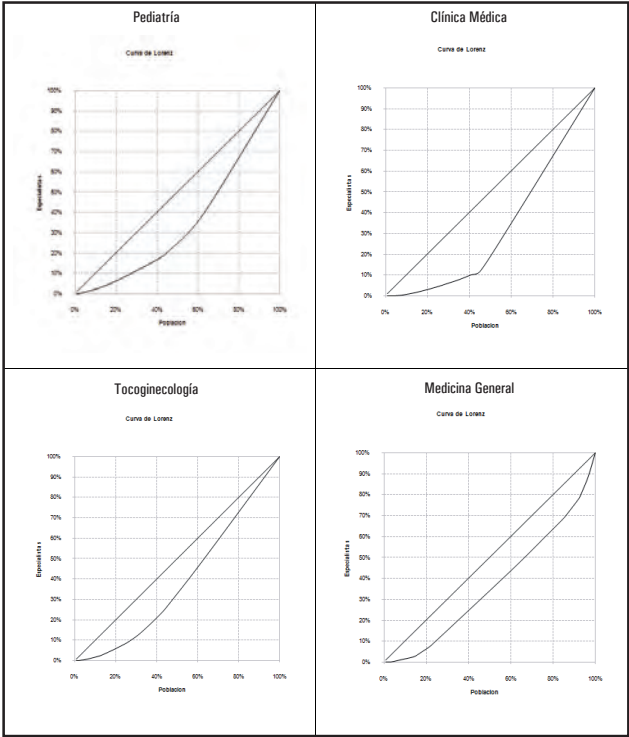
Habría que redistribuir hipotéticamente 61 (19%) especialistas para igualar concentraciones entre departamentos. La curva de Lorenz muestra que el 20% de la población con menor disponibilidad tiene el 5% de matriculados frente al 20% con mayor oferta que tiene el 27% y el Coeficiente de Gini que le corres-

ponde es del 22,7%.

Medicina General

Esta denominación agrupa los registros de “Medicina General” y “Médico Generalista y de Familia”. Existen 289 matriculados en esta especialidad, con una concentración provincial media de 0,9 o/ooo y valores límite entre 3 (Las Colonias) y 0 (Nueve de Julio y San Jerónimo). La mediana (0,8) corresponde a Rosario.

Gráfico 1: Distribución de médicos matriculados en especialidades básicas. Curvas de Lorenz. Provincia de Santa Fe. Año 2008.



El valor de la media cercano a la mediana da idea de una distribución relativamente menos asimétrica. Los departamentos del cuartil inferior (0,5) se esparcen por todo el territorio: Nueve de Julio, San Jerónimo, San Lorenzo, General López y San Martín. Algo similar ocurre con los del cuartil superior (1,1): Castellanos, Garay, Belgrano, Caseros y Las Colonias.

En un planteo teórico deberían redistribuirse 48 (16%) especialistas para homogeneizar concentraciones entre departamentos. Puesto en una curva de Lorenz se hace visible que el 20% de población

con menor oferta dispone del 6% de especialistas en comparación con el 20% con mayor oferta que dispone del 38% de los profesionales. El Coeficiente de Gini para esta distribución es del 27,2%.

Análisis comparativo

Las matrículas del total de médicos presentan una concentración menor en departamentos menos poblados y mayor en los más poblados. Este rasgo se acentúa al considerar matrículas de especialidades básicas. Departamentos menos poblados, especialmente, norteños aparecen repetidamente en el cuartil inferior

Tabla 2: Cantidad absoluta y concentración de médicos matriculados en especialidades básicas por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2008. Tabla 2: Cantidad absoluta y concentración de médicos matriculados en especialidades básicas por departamento. Provincia de Santa Fe. Año 2008.

Id	Médicos	Total de Médicos		Pediatria		Clínica Médica		Tocoginecología		Medicina General	
	Departamento	N	o/ooo	N	o/ooo	N	o/ooo	N	o/ooo	N	o/ooo
2	Caseros	224	27	27	3,3	2	0,2	10	1,2	19	2,3
3	Castellanos	532	30,1	35	2	17	1	16	0,9	21	1,2
4	Constitucion	158	18,3	13	1,5	6	0,7	4	0,5	8	0,9
5	Garay	20	9,1	1	0,5	1	0,5	0	0	4	1,8
6	Gral Lopez	478	25	42	2,2	15	0,8	19	1	4	0,2
7	Gral Obligado	336	18,8	19	1,1	8	0,4	9	0,5	16	0,9
8	Iriondo	135	19,9	13	1,9	4	0,6	3	0,4	4	0,6
9	La Capital	2292	42,6	213	4	199	3,7	69	1,3	48	0,9
10	Las Colonias	209	20,5	17	1,7	8	0,8	7	0,7	31	3
11	Nueve de Julio	41	14,1	2	0,7	0	0	1	0,3	0	0
12	Rosario	8441	68,6	749	6,1	474	3,9	166	1,3	104	0,8
13	San Cristobal	102	15,1	8	1,2	1	0,1	4	0,6	4	0,6
14	San Javier	30	9,4	0	0	0	0	0	0	2	0,6
15	San Jeronimo	162	19,8	14	1,7	5	0,6	1	0,1	0	0
16	San Justo	91	21,4	6	1,4	3	0,7	2	0,5	3	0,7
17	San Lorenzo	312	20,6	30	2	15	1	4	0,3	3	0,2
18	San Martin	143	22,3	12	1,9	4	0,6	5	0,8	3	0,5
19	Vera	76	14,1	4	0,7	0	0	1	0,2	6	1,1
	Total	13854	42,7	1213	3,7	765	2,4	322	1	289	0,9

Nota: Elaboración propia basada en fuentes oficiales y en datos provistos por la 1ra y 2da Circunscripción del Colegio de Médicos de la Pcia. de Santa Fe.

cología, las cuales fueron reunidas bajo el término Tocoginecología. Esta especialidad registra 322 matrículas en todo el territorio. Las concentraciones extremas corresponden al departamento Rosario (1,35 o/ooo) en contraste con Garay y San Javier (0). La

media provincial de 1 se aparta de la mediana de 0,5 correspondiente a San Justo dado el peso de Rosario. Los departamentos del cuartil inferior (0,2) son predominantemente del norte: Garay, San Javier, San Jerónimo y Vera, con el agregado de Belgrano (sur).

de cada serie. En contraste, departamentos más poblados (especialmente Rosario) muestran mayores concentraciones y suelen ocupar el cuartil superior.

La especialidad con mayores desniveles es Clínica Médica que se concentra notablemente en los departamentos Rosario y La Capital. Tocoginecología muestra los menores valores en las medidas de desigualdad, si bien tiende también a concentrarse en departamentos más poblados, y Pediatría se encuentra en una situación intermedia entre ambas.

Medicina General y Familiar se diferencia por seguir un patrón distributivo más disperso el cual no

se ajusta a las diferencias entre las regiones norte y centro-sur; su mayor concentración se da en Las Colonias (es decir en un departamento distinto a Rosario); muestra medidas de desigualdad comparativamente bajas; y los desniveles entre departamentos son menores.

La presentación de estas diferencias en mapas tipo Choropleth ayuda a visualizar la ubicación y la importante extensión territorial de departamentos en desventaja comparativa, particularmente aquellos ubicados en la región norte de la Provincia (Mapa 2).

Tabla 3: Concentración de médicos matriculados en especialidades básicas. Medidas de Resumen y de Desigualdad. Provincia de Santa Fe. Año 2008.

Medidas de Resumen	Total de médicos	Pediatría	Clínica Médica	Tocoginecología	Medicina General
Media	42,7	3,7	2,4	1	0,9
Max	68,6	6,1	3,9	1,3	3
Min	9,1	0	0	0	0
Rango	59,4	6,1	3,9	1,3	3
1er. Cuartil	15,9	1,1	0,3	0,2	0,5
Mediana	19,9	1,7	0,6	0,5	0,8
3er. Cuartil	23,7	2	0,8	0,8	1,1
Intervalo intercuartil	7,8	0,9	0,4	0,6	0,6
Medidas de Desigualdad					
Coefficiente de Gini (%)	28	30,2	35,2	22,7	27,2
ID Absoluta	3181	300	256	61	48
ID Relativa (%)	23	25	33	19	16

Conclusiones

Existen claras desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en el territorio de la Provincia de Santa Fe, con acentuadas desventajas de los departamentos norteños. En contraste los departamentos La Capital y más aún Rosario muestran una sobrepoblación relativa de especialistas. Esta situación, común a todas las especialidades estudiadas, es más acentuada en Clínica Médica y menor en Tocoginecología. Medicina General presenta un patrón menos heterogéneo que no se superpone con departamentos más poblados.

La aplicación de técnicas sencillas permite caracterizar y darle magnitud a las desigualdades en la distribución de médicos en especialidades básicas en el territorio provincial. Conviene tener presente que las mediciones aquí seleccionadas, por definición, no muestran grados de inequidad. Un análisis de inequidades mostraría posiblemente desniveles más mar-

cados aún, si se considera que los departamentos en desventaja en cuanto a distribución de especialistas -mayormente norteños- son los que tienen además los peores indicadores sociosanitarios.

El abordaje de la problemática de las desigualdades en la oferta de recursos profesionales se podría enriquecer incluyendo otras especialidades médicas así como diversas disciplinas del equipo de salud. Se podría considerar además la posibilidad de recurrir –o definir– estándares que faciliten comparaciones entre distintos espacios sociogeográficos y temporales, en el marco de las definiciones políticas que orientan la construcción del modelo de atención a nivel provincial. Por otro lado, al momento de esta publicación, se encuentran disponibles los datos del Censo Nacional de Hogares, Poblaciones y Viviendas 2010, los cuales permitirían actualizar los valores aquí considerados.

El conocimiento de la magnitud de las desigual-

dades en la distribución de especialidades básicas en el territorio de la Provincia de Santa Fe, como aquí se presenta, podría ser de ayuda para establecer algunas prioridades de intervención y para definir nuevas líneas indagatorias.

Agradecimientos

A la 1ra. y 2da. Circunscripción del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe por proveer amablemente la información sobre profesionales matriculados en especialidades básicas.

A María Cecilia Abraham por su inestimable ayuda en la preparación de los datos.

A la Dra. María del Carmen Carradori por apoyar incondicionalmente esta tarea.

Bibliografía

[1]Rovere M.; Abramzon M. Recursos humanos en salud. Bases para una agenda impostergable. OPS/OMS, 2005. Web accedida el 06/09/2010: <http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Politic%20de%20desarrollo%20RRHH/Abramzon.pdf>

[2]Abramzon, M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. OPS/OMS, 2005. Web accedida el 06/09/2010: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub62.pdf

[3]Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC). Población estimada al 30 de junio de cada año según sexo y departamento. Provincia Santa Fe. Período 2001- 2015. Web accedida el 01/09/2010: http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/10754/55412/file/C_proy%20por%20departamento%20y%20g%C3%A9nero.xls

[4]Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC). Necesidades Básicas Insatisfechas según Censo Nacional de Población 2001. Web accedida el 06/09/2010: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/12149>

[5]Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado. Secretaría de Tecnologías para la Gestión. Provincia de Santa Fe, 2010. Santa Fe en Cifras. Web accedida el 06/09/2010: http://www.santafe.gov.ar/archivos/estadisticas/Santa_Fe_en_Cifras.pdf

[6]Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Mortalidad Materna. Estrategias de Salud para la reducción en la Pcia. de Santa Fe. Web accedida el 01/09/2010: <http://www.portal.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/58857>

[7]Provincia de Santa Fe. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud de la población de

la Provincia de Santa Fe. Primer informe. Sala de Situación del Ministerio de Salud. 2011. Web accedida el 13/04/11: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/128722/636232/file/02%20Primer%20Informe%20sala%20de%20situacion%20para%20web.pdf>

[8]Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud. Documento marco. Web accedida el 08/11/11: http://www.msal.gov.ar/residencias/descargas/documento-marco-residencias_16%20feb.pdf

[9]Belmartino S.; Bloch C.; Luppi I.; Quiteros Z.; Troncoso MC. Mercado de Trabajo y Médicos de Reciente Graduación. OPS/OMS, 1990. Web accedida el 06/04/2011: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub14.pdf

[10]Whitehead, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Health Promot. Int. (1991) 6(3): 217-228. doi:10.1093/heapro/6.3.217

[11]Braveman, P. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. Annual Review of Public Health, Vol. 27, No. 1. (27 November 2010), pp. 167-194, doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103

[12]Schneider, M. C.; Castillo-Salgado, C.; Bacallao, J.; Loyola, E.; Mujica, O. J.; Vidaurre, M.; y Roca, A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública, 12:398-414 (2002). Web accedida el 06/04/2011: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006

[13]Morabito, A. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Área de Formación y Capacitación Profesional. Distribución de matrículas de especialistas por departamento provincial en 2008. Documento interno basado en datos provistos por la 1ra. y 2da. Circunscripción del Colegio de Médicos de la Provincia de Santa Fe.

[14]Camoës, J. How to create a thematic map in Excel. Web accedida el 01/09/2010 <http://www.excelcharts.com/blog/how-to-create-thematic-map-excel/>

[15]Williamson, D. Lorenz Curves. Web accedida el 01/09/2010: <http://www.duncanwil.co.uk/lorenz1.html>

Muertes por prematuridad en el Distrito Norte de la ciudad de Rosario en el período 2004-2009.

Una ventana por donde mirar los procesos de atención

Daniel Aguirre(*)

Resumen

La mortalidad neonatal por prematuridad es un problema de salud relevante tanto a nivel mundial como nacional y local, por su magnitud y por ser en gran medida prevenible antes y después del parto. El presente trabajo analiza el proceso de atención de 13 mujeres embarazadas residentes en el Distrito Norte de la ciudad de Rosario y de sus recién nacidos prematuros fallecidos entre los años 2004 y 2009. Se evidenciaron registros incompletos, atomización de la información, ausencia de abordajes terapéuticos integrales, discontinuidad en la atención, y oportunidades perdidas para la prevención. El análisis de los casos muestra distintas fallas en el proceso de atención, y sugiere que parte de estos partos prematuros podrían estar asociados a causas potencialmente evitables. En contraste, se pudieron observar también intervenciones eficaces a partir de la atención del parto, y además las usuarias expresaron en general conformidad con la atención recibida.

Summary

Neonatal mortality resulting from premature birth is a global, national and local relevant health care issue

due to its magnitude and high preventability before and after birth. The present research analyzes the care process of 13 pregnant women who live in the North District of the city of Rosario and their newborn babies in cases of premature babies who died between 2004 and 2009. Incomplete records, information atomization, absence of comprehensive treatment approaches, medical care discontinuity and missed opportunities for prevention were shown. The analysis of these cases shows several flaws in the care process and suggests that part of these premature births could be related to potentially preventable causes. In contrast, effective interventions could also be observed from birth care, and also, in general the users were satisfied with the care received.

Palabras clave: muertes por prematuridad – procesos de atención – muertes prevenibles – registros de historias clínicas

Key words: death resulting from premature birth - care processes - preventable deaths - records in medical record

(*)Médico generalista, trabajador en Atención Primaria de la Salud, Municipalidad de Rosario. E-mail: danielaguirre1789@hotmail.com

Introducción

Esta publicación se basa íntegramente en el Trabajo Final de la Carrera de Postgrado en Medicina General y Familiar (Universidad Nacional de Rosario) presentado en el año 2012. El estudio fue motivado por resultados de una investigación previa la cual evidenció la muerte asociada a prematuridad como la principal causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos, en la población del área de referencia del Centro de Salud (CS) Salvador Mazza, entre 1996 y 2004 (1). En el mismo sentido, otros trabajos en la ciudad de Rosario, encontraron que en recién nacidos la prematuridad está más asociada al riesgo de morir incluso que la falta de control prenatal (CPN). Se detectó en las muertes infantiles falta o inadecuada información, dudas acerca de la pericia médica, y problemas de organización de servicios (2). Además, muchas veces el sistema de salud reproduce la doble marginación mujer/pobre, cuidadora de otros, pero no cuidada a sí misma (3).

A nivel mundial la prematuridad presenta una tasa del 11% y es la principal causa de mortalidad infantil, con alta incidencia de secuelas tempranas y tardías asociadas (4). En Argentina esta tasa es del 8% y se asocia al 50% de las muertes infantiles (5). Por su parte, en la ciudad de Rosario la tasa de prematuridad

varía, según las diferentes maternidades, entre el 10 y 15% (6).

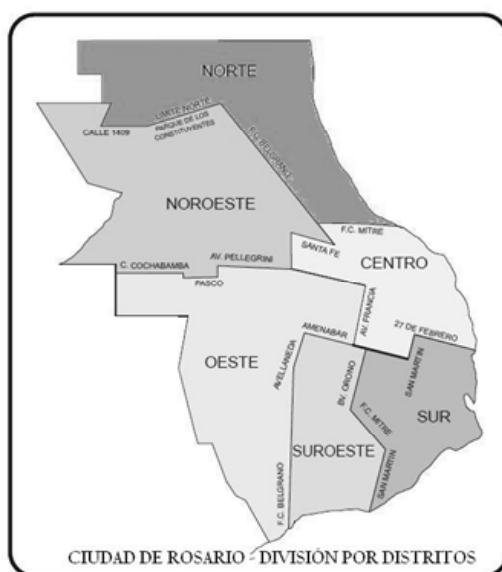
Debe enfatizarse que la prematuridad es en gran medida evitable con la tecnología disponible actualmente y, en consecuencia, también lo es la morbilidad asociada a ella. En este sentido, según datos del Ministerio de Salud de la Nación, 57 % de las muertes neonatales son potencialmente reducibles y 31% de las mismas evitables durante el embarazo (7).

El contexto de estudio

La ciudad de Rosario presenta, según datos censales de 2010, 1.200.000 habitantes, y presenta una tasa de natalidad de 17‰ y de mortalidad infantil de 9,5‰. En lo relacionado con las políticas sanitarias municipales, la atención materno-infantil se enmarca en formulaciones que promueven la salud sexual y reproductiva, el control antenatal, la atención humanizada del parto, y la organización de maternidades centradas en la familia.

Esta investigación toma como base la población del Distrito Norte de la Ciudad de Rosario. Allí viven, también según datos de 2010, 130.000 habitantes, y posee una tasa de natalidad de 14,4‰ y una mortalidad infantil del 9,5‰ (igual a la de la ciudad).

Figura 1. Ubicación geográfica del distrito Norte en la ciudad de Rosario



Fuente: página Web de la Municipalidad de Rosario (adaptación personal) accedido el 15/12/2011 (<http://www.rosario.gov.ar/infomapas>)

En el distrito funcionan 7 Centros de Salud (CS) municipales, 5 provinciales y un hospital municipal de 2º nivel (Hospital Alberdi). No hay guardias ni internación obstétrica en el sector público ni en el privado. Las maternidades de referencia son la Maternidad Martín (ubicada a 6 km. del distrito) y la del Hospital Escuela Eva Perón (ubicada en la vecina localidad de Granadero Baigorria). Ambas cuentan con internación obstétrica y neonatal y consultorios de alto riesgo obstétrico. Particularmente, el consultorio de alto riesgo de la Maternidad Martín está ubicado en el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Esta oferta dispone que las mujeres realicen el control de sus embarazos con un equipo profesional de referencia en el primer nivel de atención, y que sean derivadas a las maternidades para sus partos y eventualmente por consultas de alto riesgo, en caso de requerirlo su médico.

Cabe preguntarse, en este contexto específico, de qué manera se dan concretamente los procesos de atención de la mujer embarazada, en relación a la problemática de la prematuridad y de la mortalidad asociada.

Objetivos

Objetivo General

Analizar el proceso de atención de las mujeres embarazadas residentes en el Distrito Norte de Rosario y de sus niños recién nacidos, en los casos de prematuros fallecidos entre los años 2004 y 2009.

Objetivos específicos

- Caracterizar los espacios socio-geográficos de residencia familiar de las mujeres y niños estudiados.
- Analizar el proceso de atención de las madres antes, durante y después del embarazo,
- Analizar el proceso de atención de los recién nacidos, hasta el fallecimiento de los mismos.
- Establecer las causas de prematuridad y de muerte de los niños según evitabilidad.
- Conocer la opinión de las madres con respecto al proceso de atención del embarazo y del recién nacido.

Metodología

El presente es un estudio de caso, de tipo descriptivo y cuali-cuantitativo, basado en fuentes primarias y secundarias.

Se entiende por prematuro, según la Organización

Mundial de la Salud, todo recién nacido (RN) antes de las 37 semanas o 259 días de gestación. Dentro de éstos se reconocen dos subgrupos de especial interés por su gravedad: los prematuros extremos (menos de 31 semanas de gestación) y los de muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos). Se toma como límite de viabilidad las 26 semanas o los 500 gramos de peso al nacer, de acuerdo a definiciones a nivel nacional (2).

A los fines del presente trabajo, se pueden considerar dos grandes grupos de causas de muertes asociadas a prematuridad, evitables o no evitables; y dos momentos de prevención, evitables durante el embarazo o evitables después del parto.

A partir del registro de defunciones de la Dirección General de Estadística Municipal de Rosario y registros de atención de las maternidades Martín y del Hospital Eva Perón, se definió inicialmente un grupo conformado por 24 niños, hijos de 22 mujeres (2 fueron embarazos gemelares). Tamizando este grupo inicial, cumplieron los criterios de inclusión 15 niños prematuros fallecidos entre 2004 y 2009, hijos de 13 mujeres residentes en el Distrito Norte de la ciudad de Rosario, atendidos en las maternidades públicas de referencia.

La información se basa en las siguientes fuentes:

- historias clínicas (HC) de los servicios involucrados en el proceso de atención de las madres y niños, localizadas en Centros de Salud (CS), maternidades, hospitales, y consultorios de alto riesgo;
- entrevistas semiestructuradas a trabajadores de los CS, y a las madres o informantes familiares en el domicilio, realizadas por el autor;
- observación directa de características del domicilio y del entorno barrial realizada durante las entrevistas.

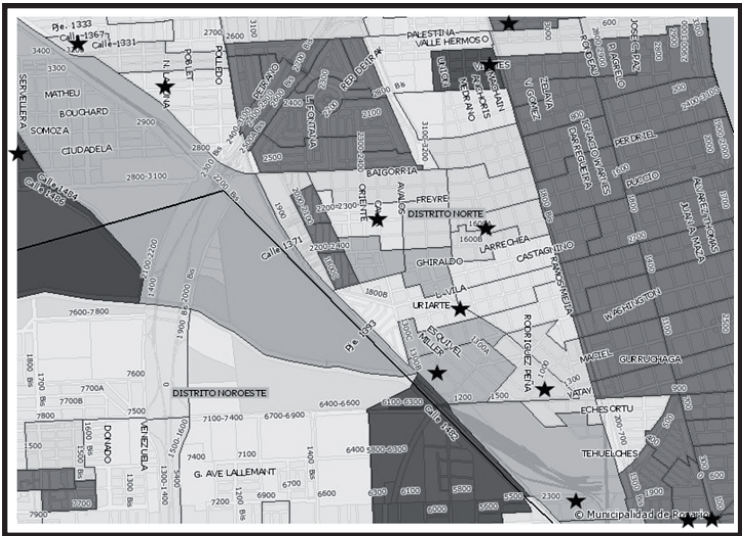
Se pudieron realizar 10 entrevistas correspondientes a las 13 mujeres estudiadas; 2 mujeres se habían mudado, y la restante falleció tiempo después del parto.

En el análisis del proceso de atención se tomaron en consideración las guías para la atención del embarazo de OPS/OMS, las normas de atención del parto de las respectivas maternidades, y las guías para la atención de recién nacidos de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Resultados
El espacio socio-geográfico de residencia familiar
De las 10 mujeres que se pudieron relevar, 8 vivían en casas de material, con servicios de agua, luz y gas, en zonas urbanizadas; 1 en casa de chapa en

un pasillo de difícil acceso, con conexiones irregulares de luz y agua; y la restante en una vivienda muy precaria de la zona rural, casi sin acceso a servicios básicos.

Mapa 1. Domicilio de las pacientes estudiadas dentro del distrito Norte de la ciudad de Rosario



Ubicación de los casos analizados en el trabajo:
% de hogares que presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (*):
0,00 - 5,00 5,01 - 12,00 12,01 - 25,00 25,01 - 42,00 42,01 - 82,36
(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.
Fuente: Mapa elaborado por el Observatorio Social a partir de datos suministrados por INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2001 (adaptación personal)

El proceso de atención de las mujeres y sus niños
Análisis del grupo de mujeres embarazadas
Se analizaron las 13 mujeres que tuvieron recién nacidos prematuros fallecidos en el período establecido. La edad de las mujeres al momento del embarazo varió entre los 17 y 34 años, es decir dentro del rango de edad “de bajo riesgo” para gestar. 11 de ellas estaban alfabetizadas, 1 era analfabeta (lo que resultó ser trascendente en el desarrollo de la patología de su niño – ver más adelante) y 1 hablaba sólo chino (no habiendo registro de la presencia de intérprete).

En lo relativo a los lugares de atención (Tabla

1), cabe señalar que una mujer realizó sus controles antenatales exclusivamente en el consultorio de alto riesgo en el CEMAR, cuando hubiera correspondido en el centro de salud de su barrio. Dos mujeres atendieron sus partos sin realizar controles previos. En Gráfico N° 1 se muestra la distribución de las mujeres según la edad gestacional al momento de realización del primer control de embarazo.
Se pudo establecer que de las 10 mujeres entrevistadas, 8 concurrían siempre al mismo CS, aunque 3 se atendían con distintos médicos en el mismo centro (“con el que consigo”, “cambian muy seguido”). En cuanto al acceso a turnos, 4 refirieron dificultades tanto en el CS como para interconsultas en otros

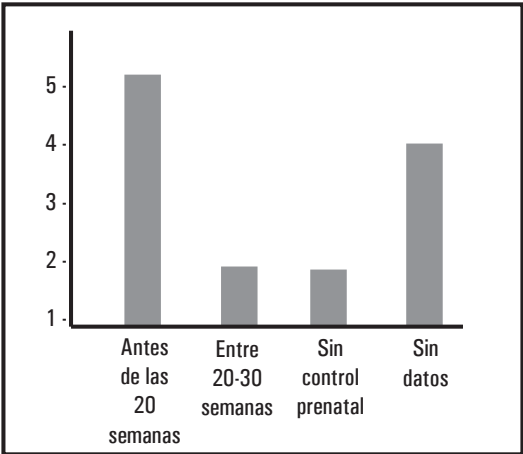
Tabla 1. Número de embarazadas según lugar de atención y dependencia

Jurisdicción	Efector	Frec.*
Pública Municipal	CS C. Casas	2
	CS JB Justo	1
	CS F. Lai	1
	CS S. Mazza	1
	Hospital J.B. Alberdi	1
	CEMAR	1
Pública Provincial	CS La Cerámica 2	
Subsector Privado	Sanatorio Norte 1	
Total		10

* En 1 caso no se especificó lugar de control prenatal y en otros dos casos no consta que se hayan efectivizado dichos controles

efectores (demoras, ausentismo del médico).
En lo referente a la historia de atención previa al embarazo, de las 13 mujeres, 7 habían consultado previamente al CS, y de éstas 3 habían realizado al menos un control ginecológico en el año anterior. En 4 se registró el uso de un método anticonceptivo, uno fue discontinuado y en otro falló el método (embarazo con DIU). Sólo en una Historia Clínica se consignó “embarazo buscado”, 4 se registraron como “no buscados” y en 8 no se pudo recuperar el dato en ninguna de las fuentes.
Dos mujeres habían tenido patologías previas al embarazo (conización e infección urinaria), antecedentes que tuvieron relación con la ocurrencia del parto prematuro (incompetencia cervical y repetición de la infección urinaria, respectivamente). 3 eran primigestas; de las 10 restantes 4 habían padecido algún problema obstétrico con anterioridad: aborto, anencefalia, hipertensión inducida por el embarazo, parto prematuro por ruptura prematura de membranas (RPM) – esta última patología se repitió en el embarazo actual.
Con respecto a la atención del embarazo, 6 presentaron comorbilidades no controladas (anemia, fiebre reumática, infección por VIH, tuberculosis multirresistente y tabaquismo), por las cuales no se registró ninguna intervención. Sólo en un caso una embarazada que padecía anemia registró tratamiento.

Gráfico 1. Edad gestacional de las mujeres al momento del 1° control



Considerando los antecedentes y comorbilidades, 11 de los 13 eran embarazos considerados “de riesgo” por la OMS, para los que se recomienda cuidados y acompañamiento especial. A pesar de esto, 8 de estas 11 no registraron ni siquiera los controles mínimos recomendados para los embarazos “de bajo riesgo”. Por otro lado, 3 de las 5 que tenían el número de controles requeridos no presentaban patologías hasta ese momento. Es decir que, comparativamente, registraban menos controles quienes más los necesitaban.

Además, 4 de las 11 pacientes que realizaron CPN discontinuaron la atención, y en ninguno de los efectores donde se atendieron existían dispositivos

para la recaptación de embarazadas. Esta situación es relevante ya que 3 de ellas podrían haber modificado el curso de la patología que derivó en el parto prematuro de haber sido atendidas a tiempo (embarazo con Dispositivo Intrauterino (DIU) normoinserito, isoimmunización Rh y tuberculosis multirresistente).

En lo referente a estudios complementarios realizados, de 11 mujeres que realizaron al menos un CPN, 4 habían completado todos los estudios correspondientes al 1º trimestre de embarazo, 5 sólo algunos y de 2 no hay datos. En ningún caso se pudo recuperar resultados de los estudios complementarios requeridos durante el 2º y 3º trimestre.

Del total de 13 embarazadas, 10 presentaron

Tabla 2. Registro de Controles Prenatales Básicos del 1º trimestre (a)

Control	Sí	No	N/E
Peso en cada consulta	6	2	3
Talla en la 1ª consulta	0	8	3
Valor de la tensión arterial en cada consulta	6	2	3
Suplementación con ácido fólico (b)	1	8	-
Suplementación con hierro (c)	2	6	2
Vacunación antitetánica (d)	1	-	8
Realización de examen de Papanicolau previo o durante embarazo	4	1	6
Examen mamario	2	9	-

(a) Solo se consideran las 11 embarazadas que tuvieron al menos 1 control prenatal
(b) 2 de las embarazadas consultaron luego de la semana 13, por lo que no tenían indicación
(c) 1 embarazada no tenía factores de riesgo para recibir hierro
(d) 2 embarazadas estaban vacunadas previamente, por lo que no necesitaban

alguna patología durante el transcurso de la gestación (ver tabla 3). Sólo una de ellas registró derivación al consultorio de alto riesgo, por incompetencia

cervical, a quien se decidió no realizar cerclaje por el estado avanzado de su embarazo, desencadenando finalmente un parto prematuro.

Tabla 3. Patologías padecidas durante el embarazo por mujer

Caso	Patología
1	Anemia
2	Anemia - Gemelar monoamniótico monocorial
3	Gemelar biamniótico bicorial fusionada
4	Inmunización Rh - Ascitis fetal
5	Embarazo con DIU en segmento uterino - Hematoma subcoriónico
6	Infección Urinaria
7	Infección Urinaria
8	Infección Urinaria - Incompetencia cervical
9	Oligoamnios
10	VIH - intento aborto

Sólo una de las mujeres fue derivada, su bebé, que presentaba ascitis fetal, recibió maduración pulmonar anteparto al momento de la internación. La maduración pulmonar antenatal no se realizó en ninguna de las otras mujeres que presentaban patologías que lo hubieran requerido. Por otro lado, doce (12) mujeres concurren por sus propios medios a la guardia de la maternidad.

Al revisar los diagnósticos finales en las Historias Clínicas hospitalarias se observó que los mismos faltaban en cuatro casos. Una de estas mujeres padecía incompetencia cervical, otro correspondía a un embarazo gemelar biamniótico bicorial fusionado, y otro a un embarazo con DIU. Del caso restante no se pudo rescatar la causa de prematuridad.

En 4 casos no figuraba el diagnóstico en las dis-

Tabla 4. Diagnóstico obstétrico final según la HC hospitalaria*

HC	Diagnóstico
1	RPM** (72hs) – Podálica
2	RPM (48hs)
3	RPM (17hs)
4	RPM - Doppler alterado
5	RPM
6	RCIU*** - Doppler alterado – Podálica
7	Intento aborto - Alteración línea de base
8	Oligoamnios - Podálica
9	Hidrops fetal (isoimmunización Rh)

*La numeración no se corresponde necesariamente con la tabla previa
** Ruptura prematura de membranas (RPM)
*** Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU)

tintas historias clínicas. Tres de ellos tenían causas predisponentes al parto prematuro y finalizaron por vía vaginal (incompetencia cervical, embarazo gemelar y embarazo con DIU).

Por su parte, cinco mujeres presentaron ruptura prematura de membranas (RPM). En 2 no se registró el tiempo de evolución; las restantes eran de 72, 48 y 17 hs. de evolución. Una de ellas se asoció a doppler fetal alterado. El caso del oligoamnios posiblemente se haya tratado de otra RPM.

La paciente diagnosticada con un RCIU padecía tuberculosis, y la que realizó un intento de aborto era portadora de VIH, dato no registrado en la HC obstétrica. Además, en este caso el diagnóstico correcto hubiera sido alteración del bienestar fetal, en lugar de alteración de la línea de base, tal como aparece en la HC.

Al analizar la continuidad de la atención de las 13 mujeres en el postparto, se constató que 10 de ellas no registraban control puerperal. Aún cuando ocho (8) hubieran requerido control por sus patolo-

gías, en sólo uno de los casos se pudo establecer la realización de una consulta en su CS. De acuerdo a lo registrado no hubo estrategias para captar las pacientes que no volvieron a su efector de origen. En las 3 mujeres que regresaron a control se registró la anticoncepción postparto; sin embargo en ninguna de ellas la vacunación puerperal.

Análisis del grupo de recién nacidos

Se analizaron 15 recién nacidos prematuros fallecidos, (4 de ellos provenientes de 2 embarazos gemelares). De acuerdo a la edad gestacional, 13 resultaron prematuros extremos. Cabe señalar que 5 no tenían registro de evaluación por examen físico, por lo que la estimación de la edad gestacional puede no haber sido exacta.

Como se puede apreciar en la Tabla 5, 13 resultaron prematuros extremos, y 13 fueron de muy bajo peso al nacer. Además 4 presentaron bajo peso para la edad gestacional, es decir que presentaron un RCIU, de los cuales 3 no fueron registrados como

Tabla 5. Distribución de los prematuros según Capurro, FUM y peso

Recién nacido	Capurro	FUM	Peso
1	-	22	520
2	-	23	580
3	23	-	590
4	24	24	650
5	24	24	650
6	-	26	800
7	27	27	940
8	27	27	860
9	27	-	630 *
10	28	31	1180
11	-	29	1600
12	30	28	1180
13	30	30	430 *
14	32	31	1200 *
15	-	35	1755 *

* Estos cuatro casos resultaron Bajo peso para la edad gestacional (BPEG)

tales durante el embarazo.

Por otra parte, de acuerdo al score de APGAR, 10 fueron deprimidos graves; 5 de ellos se recuperaron entre los 5'-15'; y los 5 restantes recibieron asistencia respiratoria mecánica desde un primer momento.

La sobrevida de los bebés fue de 1 día (6 casos), entre 2 y 7 días (5), entre 1 semana y 1 mes (3) y en un caso 48 días. Los 15 neonatos fueron derivados

desde sala de parto a neonatología donde fallecieron, a excepción de 1 que de allí fue derivado a sala de pediatría donde finalmente murió.

Causas de muerte de los recién nacidos

En cuanto a las causas de muerte, 13 de los 15 niños fallecieron por problemas secundarios a la prematuridad. La excepción fue uno que presentó una infección congénita por citomegalovirus asociada a un trastorno genético indeterminado, y otro en quien se finalizó

Tabla 6. Diagnóstico neonatal final

Patología al nacer	Causa de defunción
Deprimido grave	Sin registro
Deprimido grave	Sin registro
Deprimido grave	Sin registro
Deprimido grave – Hemólisis por Rh – Hidrops fetal	Hemólisis por isoimmunización Rh
Deprimido grave – Hendidura palatina con labio leporino	Sin registro
Deprimido grave – Síndrome Distress Respiratorio (SDR) – Madre HIV	Insuf. respiratoria - Bronconeumonía bilateral - Esofagitis candidiásica - Sepsis
Deprimido grave - SDR	Sepsis
Deprimido grave - SDR – Enfermedad de Membrana Hialina (EMH)	SDR - Neumotórax - Falla multiorgánica
Deprimido grave - SDR - EMH - Sospecha de Sepsis Connatal (SSCN)	Sin registro
SDR - EMH - Anemia – Ductus arterioso permeable (DAP)	Sepsis Stafilococo aureus - anemia
SDR - EMH – SSCN S	in registro
SDR - EMH - SSCN	Sin registro
SDR - Neumonía S	in registro
SDR	Citomegalovirus congénito - Trastorno de glución (broncoaspiración) - Sme. Genético
SDR	Sepsis neonatal - SDR

el embarazo por Hidrops Fetalis. En 8 de las 15 HC no figuraba el dato “causa de defunción” que fue reconstruido en base a evoluciones, interconsultas y exámenes complementarios.

Considerando sólo el diagnóstico obstétrico, podrían haberse evitado al menos 6 de los 13 partos prematuros: inmunización Rh, embarazo con DIU, los 3 casos de IU -uno asociado a incompetencia cervical- y el intento de aborto. De manera similar, por el diagnóstico neonatal 5 de las 15 defunciones neonatales fueron potencialmente evitables (broncoaspiración y los 4 casos de sepsis).

Opinión de las madres sobre el proceso de atención

Sólo 2 mujeres refirieron disconformidad con la atención recibida en el CS (*“iba todo bien hasta que se dio cuenta el ecografista...”*, *“atienden cuando quieren”*) y ninguna realizó expresiones de disvalor hacia las maternidades o neonatologías. En cuanto a la organización de los servicios, las dificultades expresadas por las entrevistadas se relacionaban a la dificultad para conseguir turnos en el CS y para atenderse con el mismo médico.

Señalamientos especiales sobre el proceso de atención

En base a la revisión de las historias clínicas de las mujeres y de los RN en los distintos efectores es posible hacer señalamientos significativos en relación a la atención recibida. Algunas historias pueden ser dimensionadas sólo al reunir la información dispersa (en ciertos casos hasta en 7 HC distintas).

En un caso figura una consulta de control de un embarazo “normal”, y a continuación el mismo médico registra otra consulta por otro embarazo “normal” 9 meses después. Sin embargo, entre ambas consultas ocurrió un parto prematuro, falleció el bebé, transcurrió el puerperio, se produjo un nuevo embarazo, y nada de esto quedó plasmado en la HC correspondiente.

Otra de las pacientes (portadora de VIH) consulta a la guardia luego de un intento de aborto, sin haber realizado ningún CPN. Su bebé no recibe el tratamiento antirretroviral de rutina las primeras 48 hs de vida, por desconocerse la patología materna. Lo llamativo es que esa misma paciente había estado internada previamente en ese mismo hospital por complicaciones de su VIH. La HC de la paciente finaliza con el registro de un puerperio “normal”. En este hospital,

la HC de la guardia es distinta a la de “Clínica”, y a su vez distinta de la de “Obstetricia”, y está separada de la de “Neo”... pero la paciente, por fragmentada que sea su atención, es sólo una.

Otra de las mujeres fue atendida en el CS desde su nacimiento. El último registro que figura en la HC del efector es un pedido de internación por vía judicial para el tratamiento de su tuberculosis multirresistente, dado el fracaso de todas las estrategias desplegadas por el equipo de salud. Esta internación se efectiviza 1 año y 4 meses más tarde. La paciente permanece internada por 2 meses, luego de los cuales obtiene un alta voluntaria. No hay más datos sobre su situación de salud, hasta que 6 meses más tarde, se produce un parto prematuro de ¡¡7 meses de edad gestacional!! (es decir, que la paciente concibió durante su internación). En la HC del hospital donde estuvo internada no figuraban controles ginecológicos ni anticoncepción, y había recibido medicación contraindicada para embarazadas. Otra paciente, el mismo hospital, la misma fragmentación.

En otro caso, la HC del CS registra una consulta donde se explicita que la paciente “no quiere saber nada de su embarazo”. A continuación, un registro de la trabajadora social da cuenta que “llaman de la maternidad para solicitar turno con Salud Mental por angustia”. Fin del registro; ¿fin del cuidado de la salud de esta mujer? La mujer consultó a la guardia hospitalaria después de 48 hs de haber roto bolsa. ¿Se habrá sospechado un posible intento de aborto?

Dificultad para acceder a estudios complementarios y falta de seguimiento dieron como resultado que una mujer que tenía colocado un DIU y había consultado en 3 oportunidades por ginecorragia, llegó a la maternidad en trabajo de parto prematuro sin haberse diagnosticado su embarazo con DIU normoinserito.

Probablemente el caso donde más oportunidades hubo para evitar lo sucedido fue el de la embarazada Rh negativo que había tenido previamente un bebé Rh positivo. No hay registro de aplicación de gammaglobulina, y consulta 2 meses postparto para colocarse un DIU. Según registro en la HC, no se coloca *“por no haber espéculo estéril” (...). Discontinúa su atención y regresa en el 3º mes de embarazo, cuando el médico que la atiende registra que “no desea el embarazo”*. No figura dentro de los análisis solicitados factor Rh ni prueba de Coombs. Vuelve a discontinuar su atención por otros 3 meses. Cuando regresa a control se le solicita una ecografía, que muestra un hidrops fetal (estadio terminal de la patología por inmuniza-

ción Rh). No obstante, consulta al día siguiente al CS, desde donde es derivada a la maternidad.

El único embarazo que figuraba como “buscado” fue el de una paciente que vivía en zona rural, analfabeta y, según registro del CS, padecía un “retraso mental leve”. Su hijo fue el que tuvo la mayor sobrevida (48 días), y pudo ser derivado a sala de Pediatría. Nació con un trastorno en la deglución, por lo que tenía contraindicado ser alimentado por boca. No obstante, su madre no comprendió esta dificultad e intentó alimentarlo con un flan estando aún internado, lo que le provocó una broncoaspiración que le causó la muerte. Los 48 días que la madre permaneció en el hospital junto a su niño no alcanzaron para lograr una comunicación eficaz entre ella y el equipo de salud.

Estas situaciones reflejan un significativo grado de fragmentación de la atención, pobre calidad de los registros médicos, e importantes fallas comunicacionales entre el equipo de salud y las mujeres atendidas, con serias consecuencias en los bebés por causas prevenibles.

En contraste, una de las pacientes había atendido su embarazo en un sanatorio privado y consultó a la guardia de la maternidad pública en trabajo de parto, donde falleció su bebé por prematurez extrema. A continuación, desde la maternidad fue referenciada a un centro de salud, y continuó estudiándose en conjunto desde ambos efectores. Como consecuencia de ese seguimiento, posteriormente ha tenido 2 embarazos con resultados satisfactorios. Esto muestra que otra atención no sólo es deseable, sino que es posible.

Discusión y Conclusiones

Cabe destacar la gran cantidad de registros de atención y paradójicamente la llamativa escasez o ausencia de información relevante. Esto lleva a pensar que quizás quienes producen los datos no sean quienes los utilizan posteriormente. La trayectoria de las usuarias por efectores de distintos niveles de atención y dependencia operó como un obstáculo más al momento de la búsqueda de la información -en algunos casos fue necesario buscar 7 HC distintas por cada embarazo-. Pero por otra parte, da cuenta de las estrategias que se dan las usuarias para satisfacer su necesidad de cuidado de la salud, muchas veces en contradicción con el proyecto propuesto por la Salud Pública para la población de Rosario: atenderse siempre con el mismo médico, en el mismo

efector, como modo de garantizar la continuidad de la atención.

Considerando los diagnósticos obstétrico y neonatal, una cantidad significativa de los partos prematuros analizados podrían atribuirse a causas evitables. Desde la Salud Pública se define como eje fundamental de trabajo favorecer la equidad (8), pero en estos casos las embarazadas y puérperas menos controladas eran quienes más lo requerían. Asimismo, se evidencia una pérdida sistemática de oportunidades para intervenciones preventivas, no pudiendo aprovechar cada contacto con las instituciones de salud. Una de las estrategias más importantes para intentar garantizar la continuidad en la atención ha sido descentralizar la atención médica hacia los barrios, pero en los casos analizados estar más cerca no fue suficiente para garantizar la continuidad.

Aplicar el uso de distintas tecnologías, no sólo aparatología sino también proyectos y herramientas “blandas” al decir de Merhy (9) facilitaría la resolución de situaciones complejas, entendiendo por complejo lo que es difícil de explicar (10) y por ende, de resolver. Hay complejidades que requieren tubos endotraqueales y surfactante, y otras que requieren saber hablar y escuchar.

Es necesario plantear la necesidad de profundizar instancias de reflexión con los trabajadores acerca de sus propias prácticas. Una instancia de autoevaluación conjunta (en contraste con lo que podría ser algún tipo de auditoría externa) permite valorar, significar y mejorar las prácticas, siendo al mismo tiempo saludable para los usuarios y para los trabajadores. Experiencias de este tipo en muchos lugares, la misma ciudad de Rosario entre ellos, dan cuenta de lo transformador que puede ser acercar al trabajador en salud con el resultado de su tarea.

Por otra parte, es necesario reconocer la percepción de la población de la atención recibida. El hecho de que valoren positivamente la atención a pesar de haber sufrido la pérdida de un hijo implica que hay muchas variables que no han sido analizadas, pero que influyen trascendentalmente en la satisfacción de aquellas a quienes van dirigidas las políticas de salud.

Como conclusión final, se podría afirmar que hay bebés que mueren por falta de desarrollo, no de sus pulmones, sino de servicios aptos para recibirlos.

Anexo- Tabla 7. Años perdidos por muerte prematura (APMP) ordenados por patología en la población de la seccional sub 2° durante los años 1996 a 2004, considerando una expectativa de vida de 75 años.

Patología	APMP
Prematurez	599
Otras Causas mal definidas	541
Cáncer broncopulmonar	532
Asfixia	403
VIH	343
Cáncer de colon	256
Cuerpo extraño en las vías respiratorias	217
Traumatismo intracraneal	190
Traumatismos múltiples	173
Hipertensión arterial	155

Fuente: confeccionada a partir de datos aportados por la Dirección de Estadística de la Municipalidad de Rosario

Agradecimientos

A Alicia Rodríguez (directora del trabajo), Alicia Aron- na, Adriana Huerta, Abel Morabito, trabajadoras del Área de Investigación, de la Dirección General de Es- tadística, de los distintos CS, de Estadística de la Maternidad Martín, C.E.M.A.R., Hospitales Alberdi y Eva Perón. A Fernando Vignone, Juan Pablo Pérez, compañeros de la Residencia y del CS S. Mazza. A familia y amigos, especialmente Ileana y Ema.

Bibliografía

Trabajo inédito realizado por el autor para la Carrera de Postgrado, en base al listado de causas, edad y año de defunciones registradas en la Seccional Sub 2° durante los años 1996 a 2004, proporcionado por la Dirección General de Estadísticas de la Municipalidad de Rosario.

Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Monitoreo de muertes de niños menores de un año registradas en Instituciones de Salud Municipales; 2004.

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

Organización Mundial de la Salud - World

Health Statistics 2006.

Lomuto C. ¿De qué se mueren los recién nacidos en Argentina? Rev Mat Inf Ramón Sardá; XVII: N° 1 p31-35; 1998.

Página Web de la Municipalidad de Rosario accedi- da el día 11/03/2011 (<http://www.rosario.gov.ar/sitio/noticias/buscar.do?accion=verNoticia&id=18733>).

Ministerio de Salud de la Nación / OPS. Indicadores Básicos Argentina 2009.

Ferrandini D. Trabajo en Atención Primaria de la Salud. Documento de la Dirección de APS, Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario; 2003.

Merhy E, Silva Bueno W, Batista Franco T. El vínculo y los procesos de trabajo en salud: El caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Publica; 1999 abr-jun.

Morin E. Epistemología de la Complejidad. En Fred Schnitman. Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires. Ed Paidós; 1994.

La investigación clínica promovida por la industria farmacéutica: Un aspecto de la salud internacional y la necesidad de su regulación ética

Martinelli Beatriz Ligia, Aronna Alicia, Prósperi Roxana
Comité Provincial de Bioética – Ministerio de Salud- Santa Fe- Argentina

Miembros del Comité Provincial de Bioética de Santa Fe: Martinelli Beatriz, Aronna Alicia, Prósperi Roxana, Brussino Silvia, Lavarello Damián, Torales Santiago, Bugna Laura, Alby Juan Carlos.

Este trabajo describe los inicios de la implementación de un sistema de regulación ética de la investigación clínica en el Ministerio de Salud de Santa Fe, Argentina, enmarcado en las normativas nacionales e internacionales vigentes.

América Latina y los determinantes internacionales de la salud

América Latina posee una antigua tradición en la configuración del campo de la Salud Internacional. En efecto, nuestra región tiene una experiencia muy rica en la cooperación sur-sur entre países, lo que ha contribuido al intercambio enriquecedor de políticas y prácticas en el campo de la salud.⁽¹⁾ Hoy se plantean nuevos y urgentes desafíos a los países como la creciente interdependencia y dilución de los límites entre las naciones, a través de los fenómenos de migración de poblaciones, las tecnologías en el campo de la información y las comunicaciones, la propagación de enfermedades emergentes y re-emergentes, la conformación de bloques regionales y subregionales de integración social y económica.⁽²⁾ Esto implica relaciones complejizadas entre salud y aspectos sociales, económicos y de política exterior, requiriendo de la acción intersectorial e internacional para la protección equitativa de la salud colectiva.

La articulación entre derecho a la salud, accesibilidad a medicamentos seguros y eficaces, justicia social y solidaridad y su vinculación con el desempeño de la industria farmacéutica se ha convertido en uno de los determinantes internacionales de la salud. Asimismo en el campo de la protección de patentes de productos farmacéuticos es necesario encontrar un equilibrio entre los derechos de propiedad intelectual, en general promovidos por los países desarrollados, y

la garantía de accesibilidad a los medicamentos prioritarios para la salud pública, necesidad –ésta última– de los países de nuestra región.

Desafíos éticos para los Sistemas de Salud en América Latina

La Bioética es según Potter (3) el estudio sistemático de las conductas humanas en el área de las ciencias de la vida y la atención de la Salud, en tanto que dichas conductas se examinan a la luz de principios y valores morales.

Desde el surgimiento de la Ciencia Moderna y hasta mediados del s XX, la investigación en seres humanos estaba justificada por el progreso de la ciencia aún a costa del sacrificio, del riesgo y de la vida de los sujetos. Sin embargo a partir de mediados del siglo XX y especialmente con el debate que se hace público a partir de los Juicios de Núremberg, se produce un punto de inflexión de esta concepción de la medicina y comienza a expresarse un cambio en el paradigma del modelo de la ciencia: la prevalencia absoluta de los intereses y derechos del sujeto por encima de la ciencia y la sociedad. Es así que se estableció que cada investigación con seres humanos debe incorporar la consideración ética en cada parte del proceso, y comenzaron a gestarse las primeras declaraciones y códigos internacionales.

El debate sobre la bioética en los sistemas de salud se desarrolla paralelamente al surgimiento de im-

portantes avances científicos y tecnológicos, que han impactado en las formas del nacer, enfermar y morir: el desciframiento del Genoma Humano y la aparición de las terapias génicas y de la biología molecular. Estos avances se consolidan y articulan conjuntamente con el surgimiento de los derechos de los pacientes y la autonomía del individuo en medicina, expresada a través del Consentimiento Informado. Paralelamente con ello se han producido cambios en la visión de los sistemas sanitarios, en donde la concepción de salud como derecho y la equidad se han instalado como aspectos fundamentales de los mismos.

Las Normativas Internacionales que regulan la investigación con seres humanos

El Código de Nuremberg establecido en 1947, es el primer tratado internacional que regula aspectos sustanciales tales como: incorpora el consentimiento voluntario del sujeto con capacidad legal y competencia, propicia la necesidad de la evaluación de la relación riesgo/beneficio en toda investigación con seres humanos y la correcta evaluación de los antecedentes que justifiquen su realización (4).

La Declaración de Helsinki promovida en 1963 por la Asociación Médica Mundial establece, entre sus puntos principales que debe acreditarse la experiencia del investigador, toda investigación debe someterse a la evaluación de un comité independiente de las personas que la promueven, reglamenta bajo qué circunstancias es ético el uso de placebo, establece que en toda investigación con seres humanos deben ser claros los beneficios para el individuo y la comunidad, y establece las pautas de acceso al tratamiento médico posterior a toda investigación.(5)

Las Pautas Internacionales para la Investigación médica en seres humanos (CIOMS-OMS) 1982, que adecua las normas a la realidad de los países en desarrollo.(6)

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, 2005, trata de cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y la tecnología aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Los principios que sustentan esta Declaración son: respetar la dignidad y los Derechos Humanos, promover los beneficios y evitar los efectos nocivos para los participantes, poniendo al resguardo su autonomía y responsabilidad individual a través del consentimiento, proteger a las poblaciones e individuos más vulnerables, promover

en toda investigación la igualdad, la justicia y la equidad, propiciando el aprovechamiento compartido de los beneficios. Asimismo establece que toda investigación debe tender a la protección de las generaciones futuras, del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. (7)

La investigación con seres humanos en Argentina

En este contexto, los sistemas de salud en nuestra región afrontan los desafíos éticos, de justicia y equidad que se ponen en juego ante la vinculación creciente de profesionales y equipos de salud con actividades de investigación clínica con seres humanos promovidos por la industria farmacéutica, lo que requiere de renovadas estrategias de fiscalización y regulación a fin de preservar el derecho a la salud y la dignidad de nuestra población, especialmente la más vulnerable.

Según datos aportados por CAOIC (Cámara Argentina de Organizaciones de Investigación Clínica) en 2011 aproximadamente 6600 pacientes participaron de ensayos clínicos en el país.

Estos pacientes son reclutados por 1500 centros de investigación clínica, los que a su vez articulan su tarea con 13 CROs, (Clinical Research Organization), es decir organizaciones contratadas por la industria farmacéutica para la implementación de la investigación clínica en el país.

Esta Cámara estima que la actividad total en el país significó en 2011 un ingreso de divisas por 110 millones de dólares.

Siguiendo la misma fuente, los ensayos clínicos realizados se clasificaron en estudios de: Fase II (25%), Fase III (71%), Fase III b (2%), Fase IV (2%).

Asimismo, según la especialidad médica, los protocolos se dividen en: 25% Reumatología, 21% Oncología, 12% Neurología y Psiquiatría y 10% Infectología.

Los principales centros que desarrollan esta actividad se concentran en los grandes conglomerados urbanos, es decir las provincias del país con mayor densidad de población y por tanto de equipos médicos e infraestructura sanitaria.

La provincia de Santa Fe posee 121 centros de investigación clínica activos, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), posee 461 centros activos, la provincia de Buenos Aires, 577. (8)

Las jurisdicciones provinciales a través de los Ministerios de Salud, como así también la Nación,

a través de la agencia reguladora nacional: ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica) están articulando distintas instancias y estrategias de regulación y fiscalización de la investigación clínica con seres humanos.(9)

La Regulación de la Investigación Clínica en Santa Fe – Descripción de una experiencia local

En este contexto este trabajo describe una experiencia local de regulación y fiscalización de la investigación clínica con seres humanos a partir de la creación del Comité Provincial de Bioética, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina. El mismo está integrado en forma interdisciplinaria (profesionales del campo biomédico, de las ciencias sociales, de la filosofía y de la bioética) e intersectorial (Ministerio de Salud, Universidades Nacionales de Rosario y del Litoral) y adhiere a la normativa nacional e internacional en la materia.

La resolución 1480/11 del Ministerio de la Salud de la Nación Argentina, establece que cada jurisdicción sanitaria tiene competencias para establecer un organismo local de regulación y fiscalización para los estudios de farmacología clínica con fines de registro de un producto, sin perjuicio de que se exija también la regulación de investigaciones que no persiga la aprobación de drogas. El registro de un protocolo o proyecto de investigación ante el Comité Provincial de Bioética de la provincia de Santa Fe, es entonces requisito exigible por el Ministerio de Salud nuestra provincia. (10)

El marco conceptual en el cual se inscriben las acciones desarrolladas propicia comprender el desarrollo de la investigación clínica como parte integrante y necesaria de los sistemas de salud, pero sin desconocer que la investigación con seres humanos es generadora de interrogantes éticos y jurídicos sobre la salud y los derechos de las personas. A su vez los hallazgos de la investigación también generan interrogantes sobre la accesibilidad, la pertinencia y la responsabilidad social en su aplicación y/o utilización y en la definición de las prioridades en atención sanitaria de nuestra población. Por lo tanto esta actividad debe desarrollarse tendiendo a promover el equilibrio entre el progreso científico y médico y los derechos y dignidad de los sujetos con justicia y equidad.

El Comité Provincial de Ética en la Investigación Biomédica fue creado por Resolución Ministerial 1084/11 (11). Entre sus principales funciones se

destacan:

- Propender a la Constitución de un Sistema Provincial de Evaluación Ética y Regulación de la Investigación clínica con seres humanos. promoviendo la justicia, la equidad, la transparencia y la solidaridad en este proceso.

- Propiciar el resguardo de la ética y los derechos humanos de los sujetos que participan en la investigación clínica, protegiendo su derecho a la salud.

- Implementar el registro público de centros médicos o de investigación, de protocolos y de investigadores, a fin de que esta información sea de acceso público.

- Implementar la capacitación, el asesoramiento y la acreditación de los Comités de Ética en Investigación (CEIs) en todas las instituciones de la provincia que desarrollen investigación clínica con seres humanos.

- Articulación de las acciones de fiscalización, inspección, capacitación y armonización normativa con ANMAT, la agencia reguladora a nivel nacional.

El Comité inicia su funcionamiento en septiembre de 2011, hasta el mes de abril de 2013 se han presentado para su registro protocolos de investigación clínica, cuya situación es la siguiente:

Ensayos Clínicos presentados: 263; Ensayos Clínicos registrados:181; Ensayos Clínicos observados: 46; Ensayos Clínicos en proceso:19; Ensayos clínicos suspendidos:10; Ensayos clínicos rechazados: 2; Estudios no registrados:2.

El investigador responsable del protocolo, debe presentar un conjunto de información a este Comité Provincial que consta de: un formulario de registro, con carácter de Declaración Jurada, en el que debe proporcionarse información relevante acerca de: contribución a la Salud Pública que se espera alcanzar con los resultados de la investigación; composición de los recursos asignados para la investigación (montos que se percibirán por paciente reclutado, si se prevé aporte al efector de salud involucrado en la investigación); curso de la investigación (inicio, duración, resultados). Asimismo se le solicita copia de la información que se le brinda al paciente y copia del consentimiento informado que firmará el paciente.

Las principales observaciones que se han realizado hasta el momento a los protocolos, son las siguientes: la acreditación de un convenio /compromiso con un efector con internación en el cual se prevé la atención de los pacientes en caso de presentarse complicaciones en su enfermedad, eventos adver-

sos o daño físico, producto de su participación en el estudio; el derecho del paciente para retirarse del estudio, sin justificar motivo alguno y en cualquier punto del desarrollo del mismo, sin que esto afecte las condiciones de su atención médica; explicitación exhaustiva de todos los motivos por los cuales el patrocinador o el investigador pueden retirar al paciente del estudio junto con las consiguientes previsiones para la protección de su salud; garantizar la accesibilidad al medicamento ensayado siempre que se considere apropiado a la situación del paciente o cuando retirar la droga pueda producir daño a la salud. Esta accesibilidad debe estar garantizada por el patrocinador del ensayo.

En poblaciones vulnerables: niños, embarazadas, discapacitados, pueblos originarios, se adoptarán medidas de protección especiales a fin de prevenir riesgos e inconvenientes.

Conclusiones

La investigación clínica con seres humanos plantea profundos interrogantes éticos para los sistemas de salud de América Latina, y se articula con la accesibilidad a los medicamentos y con la aplicación de justicia y equidad en la distribución de los riesgos y los beneficios, configurando un aspecto importante de la salud internacional. Asimismo el avance y consolidación de los derechos de los pacientes, el respeto a la autonomía del individuo y la concepción de salud como derecho hacen necesario implementar la regulación y fiscalización de esta actividad para proteger la dignidad y seguridad de los pacientes, acorde con las normativas nacionales e internacionales. En este contexto el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, ha creado por resolución un organismo, el Comité Provincial de Bioética.

En un proceso de trabajo que recién comienza, el Comité está elaborando sus procedimientos operativos (POEs) para registrar protocolos, centros e investigadores. Su principal desafío: avanzar en la constitución de un sistema provincial de evaluación ética y regulación de la investigación clínica con seres humanos, proceso que se encuentra en sus etapas iniciales a través de la capacitación de recursos humanos que puedan integrar los Comités de Ética en la Investigación (CEI) en cada efector de salud, a su vez dichos CEI serán capacitados, asesorados, acreditados y monitoreados en su funcionamiento por el Comité Provincial.

En síntesis, el verdadero desafío consiste en

crear la conciencia de la necesidad de esta tarea, tanto por parte de los investigadores como por parte de los pacientes involucrados y de los gestores y funcionarios de salud. Esta conciencia no debe circunscribirse al cumplimiento de las pautas regulatorias que permitan el acceso a la comercialización de las drogas en estudio, sino antes bien, a la protección del derecho a la salud y la dignidad de las personas.

Bibliografía

(1)Reconceptualización de la Salud Internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina, Anne Emanuelle Birn, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 30, N 2, Agosto de 2011.

(2)La OPS y la Salud Internacional: una historia de formación, conceptualización y desarrollo colectivo, Annella Auer, J Eduardo Guerrero Espinel, Revista Panamericana de Salud Pública, vol 30, N2; agosto de 2011.

(3)Van Rensenlaer Potter, oncólogo norteamericano que introdujo el término Bioética en su libro: "Bioethics: Bridge to the Future", citado por Susana Vidal en "Aspectos Éticos de La Investigación con Seres Humanos", Programa de Educación Permanente en Ética de la Investigación con Seres Humanos de UNESCO, 2008.

(4)Código de Nüremberg, Tribunal Internacional de Nüremberg, 1946.

(5)Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas con Seres Humanos, adoptada en Helsinki, Finlandia en junio de 1964.

(6)Pautas Internacionales para la Investigación Médica con Seres Humanos –Elaborado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la OMS, Ginebra, 1982.

(7)Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, 2005.

(8)Jornadas de CAOIC (Cámara Argentina de Organizaciones de Investigación Clínica), 29 de agosto de 2012, Buenos Aires, Argentina.

(9) Disposición 6677/11 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, ANMAT, Argentina.

(10) Resolución 1480/11 Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

(11) Resolución 1084/11 Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Lo real del trabajo. En la búsqueda de información sanitaria para la gestión(*)

"La única alternativa para la mejora de la organización del trabajo y la movilización de los agentes es la visibilidad a los colegas y a los superiores de las dificultades encontradas para manejar por una parte, la brecha entre lo prescripto y lo real, y por la otra, el sufrimiento que acompaña toda esta actividad de ajuste."
Dejours C y Molinier P

Mansilla Cintia(), Urueta Gilda(***), Monzón Valverde Lucila(****), Machuca Antonio(*****), Cañapataña Irma(*****)**

Colaboradores: Equipo del Centro de Salud Staffieri: Cabezas Riegelhaupt, Ana Luz, Cámpora Ana María, Cerioni Paola, Donatti Sonia, Fanutti María Eugenia, Gotlieb Florencia, Juárez Sonia, Ojeda Javier, Plebani Daniela, Reich Gabriel, Rivero Analía, Vailatti Lorena, Yacomini Alejandra.

Introducción

El modelo de gestión en salud del municipio de Rosario, plantea como principios rectores "la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud"(1). Estos principios se traducirían operativamente a través de los siguientes ejes de trabajo:

- Prácticas en función de las necesidades del barrio.
- Estrategias para lograr equidad en la utilización de los servicios.
- Organizaciones democráticas con la participación de trabajadores autónomos y responsables.
- Participación de los equipos de salud en el diseño de estrategias y la toma de decisiones.
- Programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos."

Todo ello en el marco de una dinámica de trabajo intersectorial, horizontal y multidisciplinaria.

No obstante estas directrices político-sanitarias, la gestión cotidiana del trabajo en los Centros de Salud de Atención Primaria, parece plantear algunas dificultades que preocupan a los equipos de trabajo, en términos de poner en tensión los mismos principios rectores que se intentan sostener, fundamentalmente en lo que hace a la equidad en la utilización de los servicios y la eficacia social de las prácticas que actualmente tienen lugar en el ámbito de salud.

En un documento elaborado por la Dirección de Centros de Salud en 2012, se proponía suministrar a los efectores de atención primaria información sobre lo producido en forma cotidiana con la intención de "propiciar el reencuentro del equipo con sus propias prácticas"(2).

(*)El presente trabajo se desarrolló con el asesoramiento y acompañamiento del Área de Investigación en Salud.

(**)Médica Generalista del Centro de Salud Staffieri, Magister en Salud Pública.

(***)Enfermera profesional del Centro de Salud Staffieri.

(****)Lic. en Enfermería del Centro de Salud Staffieri.

(*****)Enfermero del Centro de Salud Staffieri.

1 http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/modelo.jsp?nivel=Salud&ult=S_1

2 BORRADOR. Producción para los equipos de salud desde enero de 2012. 2 Documento de trabajo. Dirección de Centros de Salud. SSP- Municipalidad de Rosario. 2012.

Es desde esta perspectiva que se considera de relevancia poder realizar una descripción tanto de la población usuaria como de la adscripta al Centro de Salud y de las características poblacionales, socioambientales y educacionales de la zona donde se encuentra ubicado el efector.

Christovam Barcellos, investigador de Fiocruz, desarrolla el concepto de territorialidad en salud, el cual engloba:

- Delimitación de las zonas de servicios
- Reconocimiento del medio ambiente, la población y dinámicas sociales
- Establecimiento de relaciones horizontales con otros servicios y verticales con los centros de referencia.

Concibe al territorio en constante movimiento, es decir es un concepto dinámico, de allí la importancia para pensar el trabajo conjunto con la población, las otras instituciones así como las acciones, donde lo histórico, lo ambiental y lo social promueve condiciones particulares para la producción de enfermedades. El territorio desde esta mirada, se encuentra estrechamente relacionado con el trabajo con una población determinada, desde los equipos de salud. Para poder determinar el número de familias que estarían bajo la responsabilidad de cada equipo, el mismo autor, basándose en el Programa de Salud de Brasil, recomienda que se considere la diversidad sociopolítica, económica, la densidad poblacional y la accesibilidad a los servicios, entre otros, para la adscripción y la delimitación de las áreas. Estas características definen a las microáreas, que están formadas por familias que suman entre 450 a 750 habitantes, constituyendo la unidad operacional del agente de salud.

En particular, en el Centro de Salud Staffieri, -ubicado en el Distrito Oeste de la ciudad-, la tarea asistencial insume la mayor parte del tiempo de los integrantes del equipo de salud, dificultando de este modo la planificación racional de las actividades diarias, así como la reflexión sobre las propias prácticas. Esta situación genera en el equipo de trabajo una marcada percepción de sobrecarga y agotamiento, lo que podría potencialmente afectar la calidad de los procesos de atención.

Se ha hipotetizado en torno a diferentes factores condicionantes que podrían explicar la percepción de sobrecarga y desgaste. Uno de ellos aludiría a la cantidad y complejidad de las situaciones abordadas desde el Centro de Salud; derivado de ello podrían

estar produciéndose dificultades en el acceso a los turnos de atención, hecho que generaría una tensión permanente en los trabajadores ante los escasos resultados obtenidos de los numerosos intentos de resolución implementados para facilitar la accesibilidad. Al respecto, cabe señalar que desde hace varios años, el centro de Salud desarrolla el dispositivo de adscripción(3) de pacientes, el cual reviste distintos niveles de desarrollo entre los diferentes integrantes del equipo. En este sentido algunos de los médicos reconocen haber llegado a un techo en la posibilidad de adscribir nuevos pacientes, instalando en los trabajadores un dilema entre el principio de universalidad y el trabajo posible en las condiciones de realidad actuales en el ámbito de APS. Otro de los dispositivos instalados en el Centro para garantizar el acceso a la atención de los pacientes que no tienen turno lo constituye la Admisión de Enfermería. Esta instancia produce sobrecarga en el sector de enfermería con el consiguiente entorpecimiento de las numerosas funciones específicas que deben cumplimentar y que en no pocas ocasiones deben posponer.

Otros factores que podrían jugar algún rol en el desgaste están vinculados a la articulación y comunicación con los niveles de derivación e interconsulta de la red de servicios de salud. Entre ellos se destacan, los turnos a largo plazo con algunas especialidades médicas, cupos limitados para algunos estudios complementarios y el retorno de pacientes del segundo nivel sin la atención acordada o sin la correspondiente contrareferencia.

Es preciso destacar que gran parte de la población usuaria del centro presenta altos niveles de criticidad en lo que atañe a las condiciones de vida por lo que el abordaje de los problemas de salud suelen adquirir una complejidad que en ocasiones excede las posibilidades de resolución del efector e incluso del sector salud. En efecto, son numerosas las situaciones de pacientes o familias que necesitan de un coordinado trabajo intersectorial, ya sea con las otras secretarías municipales o con áreas de la jurisdicción

3 El dispositivo de adscripción supone nuevos patrones de relación entre los servicios de salud y los ciudadanos, caracterizados por relaciones singularizadas y personalizadas entre el equipo de salud y la población, de modo de potenciar el papel terapéutico de una dialéctica del vínculo. En su faz operativa, este dispositivo implica la conformación de equipos de referencia constituidos por un médico y un enfermero, responsables de una determinada población a cargo. Este nuevo modo de concebir la organización sanitaria favorecería el seguimiento del proceso de atención y el compromiso -tanto del equipo de salud como de usuarios- por los resultados del mismo. (Propuesta de Estrategia para la instalación de transformaciones en el proceso de trabajo de la SSP- 2003).

provincial. Pero en esta instancia, se identifican recurrentes problemas de articulación interinstitucional, -en particular con aquellas organizaciones que no tienen anclaje en el territorio-, derivados de la falta de continuidad en los procesos de trabajo como así también de desacuerdos en cuanto a la caracterización y definición de las intervenciones necesarias a realizar.

Considerando este estado de situación, se pretende con el presente trabajo producir y sistematizar información sanitaria elaborada por el propio equipo del CS, en particular la atinente a la población adscripta a los diferentes integrantes del equipo, como paso necesario para la planificación de acciones individuales y colectivas. A partir del análisis del modo de organización del efector se tenderá a construir consensos para un trabajo más ordenado que redunde en condiciones laborales más equitativas entre los integrantes del equipo. Por último se apunta a reformular los dispositivos de atención y de gestión del centro en coordinación con la microárea distrital para un ajuste más adecuado de las necesidades de atención y la oferta de servicios y priorizar las diferentes problemáticas y su agenda intra e intersectorial.

Se contó para este proceso con el acompañamiento del Área de Investigación de la Secretaría de Salud.

Objetivos

Objetivo General

-Describir la población del área de influencia del centro del Salud Staffieri, modalidades de acceso a la atención, y dispositivos de trabajo desarrollados para su abordaje.

Objetivos Específicos

-Identificar el área de influencia del centro a partir de la procedencia de la consulta y estimar la población que habita en dicha área.

-Describir las distintas modalidades de otorgamiento de turnos y la circulación de los pacientes al interior del efector.

-Caracterizar el dispositivo de admisión de pacientes a cargo de los profesionales enfermeros y otros dispositivos de trabajo desarrollados en el efector.

-Describir el proceso de adscripción del centro y de cada profesional así como establecer indicadores de cobertura de Papanicolaou (PAP) y cobertura de vacunas en niños menores de 2 años adscriptos al

centro.

Estrategia metodológica

Para dar respuesta a los objetivos, se apeló a la búsqueda de información de fuentes secundarias.

A fin de delimitar el área de influencia del Centro de Salud se utilizó un punteo de procedencia de consultas médicas sobre el mapa del área geográfica donde está incluido el Centro, correspondientes al periodo 15/04/12 -15/05/12. Partiendo del **área de limitada**, se procedió a estimar la **población**(4), apelando a dos fuentes: Censo de Población 2001 (por falta de disponibilidad de los datos correspondientes al Censo 2010) y datos provenientes del relevamiento de asentamientos irregulares del año 2011, realizado por el Servicio Público de la Vivienda (S.P.V.). Se combinaron datos de ambas fuentes, considerando la población según Censo para áreas urbanizadas y la del relevamiento del SPV para las áreas de Asentamientos Irregulares. La decisión de combinar ambas fuentes de datos derivó del hecho de que los datos poblacionales del Censo 2001, consideraron sólo parcialmente población radicada en asentamientos irregulares. Asimismo se presuponía en los últimos años un marcado crecimiento en el tamaño de los asentamientos de la zona.

A los fines de caracterizar la modalidad de otorgamiento de turnos se efectuaron consultas con el personal administrativo, se analizaron las agendas de turnos de distintos médicos y se revisaron las planillas de turnos programados y para la atención del día.

En relación a la identificación de pacientes adscriptos, se partió de los registros de ficheros, cuadernos, o listados que tenía cada profesional. Se consensuó como requisitos para considerar un paciente adscripto, la condición de tener confeccionada una historia clínica y un registro de última consulta con antigüedad no mayor de 2 años al momento de recuento. Además se apeló a los datos de historias clínicas si se requería completar la información.

Se revisaron además datos correspondientes a realización de papanicolaou (PAP) y vacunas en menores de dos años, aportados por la Dirección de Bioestadística de la Secretaría de Salud Pública. Estos datos se relacionaron con los números de mu-

4 La producción de esta información estuvo a cargo de la Est. Nora Ventroni de la Dirección de Estadísticas de la Municipalidad de Rosario.

jeros adscriptas entre 15- 64 años y niños menores de 2 años adscriptos al centro, -datos provenientes de los propios ficheros de adscriptos de cada profesional- a fin de estimar proporción de pacientes con PAP efectivizados y proporción de niños menores de 2 años con esquema de vacunación completa respectivamente.

Se analizó en particular el **dispositivo de admisión de pacientes por parte de los enfermeros**. Para ello se confeccionó una ficha de registro de consultas de admisión que se implementó durante el lapso de un mes. En dicho registro se relevó el tipo de relación del paciente con el centro (ya sea adscripto o no), tipo de consulta efectuada (si se trataba de una urgencia o no), médico de cabecera reconocido por el paciente, razones por las que ingresó en la admisión de enfermería, modalidad de resolución de esa consulta y tiempo que insumió la admisión.

Contexto del estudio

El Centro de Salud Staffieri está localizado en el distrito oeste de la ciudad de Rosario, tiene como área de influencia el territorio ubicado entre calle La Paz al norte, Av. Avellaneda al este, Pje Legarza al sur y Matienzo al oeste, con el agregado desde hace tres años aproximadamente, de una extensión hacia el oeste delimitada por las calles 27 de febrero al norte, Tte. Agnetta al oeste y Virasoro al Sur.

El distrito oeste (DO) cuenta con una población estimada al 30 de junio de 2006 de 125.355 habitantes (5), representando el 13.78% del total de la población de la ciudad. Aproximadamente el 45% tienen entre 15 y 44 años y el 30% son menores de 15 años donde el 9,35% tienen entre 0 y 4 años. A la vez, es el Distrito de la ciudad que presenta las más altas tasas de fecundidad y natalidad (86.61 por mil y 21.8 por mil respectivamente)(6) .

La superficie del DO es de 40,42 km², lo que representa el 22,62% del total del municipio, solo superado por el Distrito Noroeste. A pesar de ser uno de los distritos más grandes, su densidad poblacional es la más baja de la ciudad. Su superficie urbanizada es la más baja de la ciudad, debido a la presencia de amplios espacios dedicados a huertas y a la existencia de amplios vacíos urbanos. Con respecto a los espacios verdes, sólo cubren el 7% de la superficie del DO, siendo la zona de la ciudad con menor superficie destinada a ello (7).

Es uno de los distritos con menor cantidad de escuelas (12%) y con baja capacidad escolar por ha-

bitante en la franja etaria entre los 5-19 años (405 habitantes de entre 5-19 años por establecimiento), por otra parte es el distrito con los más altos índices de analfabetismo de la ciudad (3,34%)

Las red institucional del DO se conforma con: 15 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), 10 municipales y 5 provinciales y un Hospital de Emergencias, 10 CTR (Centros Territoriales de Referencia), 38 escuelas y 29 jardines (públicos y privados), 2 polideportivos, bibliotecas y Centros Culturales.

Según datos provenientes de la Secretaría de Promoción Social, son alrededor de 330 los niños (de 0 a 13 años) que asisten a los CTRs del DO en todas sus propuestas socioeducativas, 239 corresponden a la franja de 0 a 4 años, mientras que 91 tienen entre 5 y 13 años (8).

Según se menciona en la publicación “A la Altura de los chicos”(9), los principales problemas de las infancias detectados en el distrito fueron: la situación del hábitat de extrema vulnerabilidad (hacinamiento, viviendas precarias y asentamientos), el consumo de sustancias adictivas, la violencia familiar y la prostitución infantil. Las situaciones que preocupan son: el aumento de las economías delictivas y los escasos espacios públicos de calidad. El trabajo además destaca que la llamada “edad Bisagra” (entre los 12 y 14 años), es uno de los nudos problemáticos relevantes, dado que a esa edad, la escuela primaria ya no los contiene, numerosos familias tiene problemas en sus roles y relaciones internas y existen pocas probabilidades concretas de trabajo. Por lo tanto, la incorporación a las bandas delictivas es casi la única salida, aún cuando muchos de estos niños-adolescentes, conocen, desean y buscan otras alternativas.

El efector de salud funciona en las instalaciones del Centro Integrador Comunitario (CIC), vecino al edificio del Distrito Oeste. También en el CIC funcio-

5 Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario- Año 2010.
6 “A la Altura de los Chicos” Diagnóstico participativo sobre la situación de las infancias. Distrito oeste. Rosario. Publicación emanada del Proyecto “A la altura de los chicos”, cofinanciado por la Unión Europea y la Municipalidad de Rosario.
7 Ibidem 6.
8 Ibidem 6.
9 Ibidem 6.
10 Actualmente funcionan dentro del área de influencia del CS 19 comedores que cuentan con subsidio municipal, según datos aportados por la Secretaría de Promoción Social durante el 2012. Existen además comedores que reciben subsidios provinciales, otros de Caritas y algunos en forma mixta

na el Centro Territorial de Referencia 14 (CTR) (dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad). La red institucional del área aledaña al CS se completa con 4 escuelas públicas primarias y otras privadas; 2 jardines públicos para niños de 3, 4 y 5 años; comedores y copas de leche ; vecinales y clubes (10).

Si bien una parte de la población reside sobre calles pavimentadas y cuenta con los servicios de luz, agua y gas natural, otra gran parte habita en asentamientos irregulares de distinta antigüedad, ubicados a ambos lados de las vías del ferrocarril General Belgrano. Algunos de estos asentamientos están incluidos totalmente dentro del área de influencia del centro de salud Staffieri, mientras que otros comparten población con los Centros de Salud E. Maradona, M. Casals y Eva Duarte. La población que vive en los asentamientos es de aproximadamente 17.265 personas (11).

Se identifican actualmente cinco asentamientos en el área de influencia del Centro: Villa Pororó, Villa Banana, Asentamiento La Boca, barrio Triángulo, villa Granizo; la mayoría muy antiguos, 40 años, 35 años, 35 años, 23 años y 6 años respectivamente. Las condiciones de hábitat y urbanización son en general sumamente precarias. No existen cloacas, las conexiones eléctricas y provisión de agua potable son clandestinas. La mayoría de las viviendas presenta techos y paredes de chapa, a excepción de Villa Banana y B° Triángulo que cuentan con algunas casas de bloque. Hay escasas calles pavimentadas, en algunos de los asentamientos existen volquetes para la basura mientras que en otros la recolección de residuos es efectivizada por un camión.

Constitución del equipo y dispositivos de trabajo

Actualmente el equipo de salud está compuesto por 24 personas: 9 médicos (5 generalistas, 1 clínico, 2 pediatras y 1 tocoginecóloga), 2 psicólogos, 2 odontólogas, 1 trabajadora Social, 4 enfermeros (una de ellos con funciones de jefatura de centro además de las específicas de enfermería), 1 pasante de farmacia y una licenciada en farmacia (que tiene a su cargo 3 CS y reparte sus hs entre ellos), 3 administrativos y

11 Esta información fue procesada a partir de las imágenes satelitales obtenidas en el año 2011 por el Área de Desarrollo Urbano dependiente de la Dirección General de Ordenamiento Urbano de la Secretaría de Planeamiento de la Municipalidad de Rosario

1 mucamo que pertenecen a una cooperativa. Además de la reunión semanal del equipo de salud, actualmente funcionan en el CS diferentes espacios de actividades interdisciplinarias para el abordaje de las problemáticas que demandan al equipo de salud.

Estos dispositivos son:
-Discusión de casos complejos: donde participan 2 médicas generalistas, 1 psicóloga.
-Taller de vida sana: participa 1 enfermera, 1 psicólogo, 1 médica generalista y personal del equipo de Nutrición de APS.

-Taller de estimulación temprana (actualmente en etapa de reorganización): conformado por 1 enfermera, 3 médicas (2 generalistas y 1 pediatra), 1 psicólogo y una administrativa, personal del CTR 14 y el equipo matricial de Estimulación Temprana de APS.

Elaboración y análisis de la información sanitaria

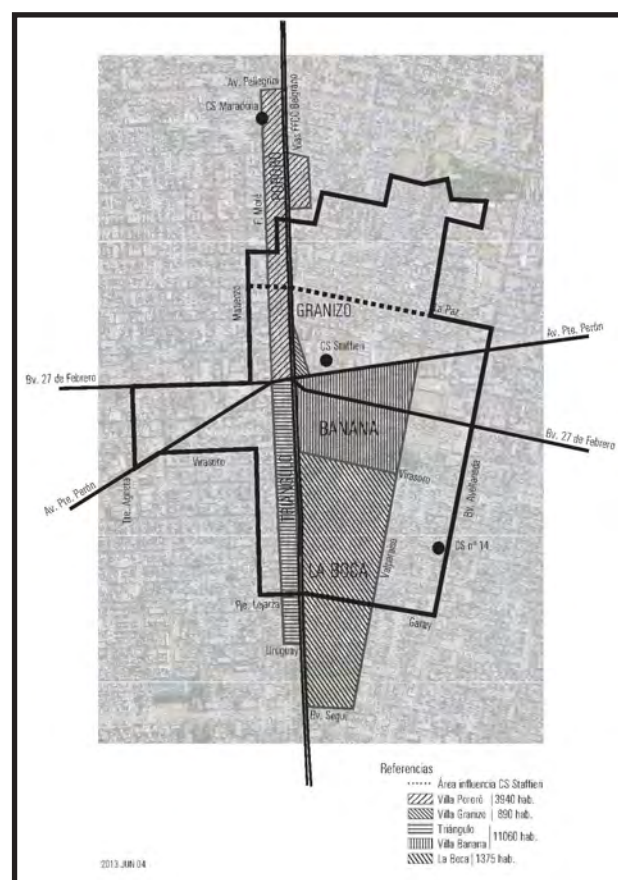
Área de influencia del centro de salud
A partir de las técnicas empleadas para la delimitación del área de influencia (detalladas en el punto Estrategia Metodológica) se pudo determinar una ampliación del radio geográfico de dicha área en comparación con la definida años anteriores. Esta reconfiguración del área a partir del agregado de nuevas manzanas sumó 9184 habitantes a los 10.275 que conformaban el área de influencia histórica del centro, totalizando una población estimada de 19.459 personas que habitan actualmente en el área de influencia del efector.

Modalidades de acceso a turnos de atención en el centro de salud

El acceso a los turnos reconoce dos circuitos posibles en función de que se demande un turno programado o bien un turno para atención en el día.

Turnos programados
Para el turno programado se plantean diferentes modalidades de otorgamiento según se trate de pacientes que cuentan con HC en el Centro y tienen un profesional responsable, o bien que no cuenten con HC y carezcan de médico de referencia. Para el primer caso (PACIENTES CON HC QUE REQUIEREN TURNO PROGRAMADO), no existe criterio uniforme de otorgamiento del turno puesto que para acceder a algunos profesionales, los turnos son entregados por personal administrativo y para otros profesionales,

Mapa 1 -Área de influencia



los turnos son otorgados por los mismos médicos.

Como consecuencia de los distintos mecanismos de otorgamiento de turnos, se producen situaciones diferenciales entre los pacientes ya que algunos salen de la consulta con un turno programado otorgado por el propio profesional, mientras que otros pueden acceder a dicho turno recién cuando se produce la apertura de la agenda en la administración del centro. La frecuencia de apertura de la misma puede ser quincenal o mensual dependiendo del profesional. El número de turnos disponibles varía entre 50 y 70 con un horizonte de uno a dos meses. Las agendas se abren en días diferentes para cada médico y para la odontóloga infantil. Se otorgan entre 4 y 5 turnos por cada día de atención y no se permite que un paciente solicite más de 2 turnos por vez¹².

Luego de los días destinados para el otorgamiento de turnos, se constató a través de las planillas confeccionadas por los administrativos, diferencias

significativas entre los distintos profesionales que adoptan esta modalidad de turnos programados. Así para uno de los pediatras, se constata una alta demanda y un número considerable de personas que no pudieron acceder a un turno por haberse cubierto los turnos disponibles. A esto se suma que la primera persona para solicitar turno llegó al CS 2 hs antes de la entrega, esto es, de madrugada.

Para los PACIENTES QUE NO TIENEN HISTORIA CLÍNICA EN EL CENTRO NI MÉDICO DE REFERENCIA, la programación de la consulta se realiza directamente con un médico destinado a la adscripción de pacientes nuevos. En este sentido la organización del centro destina dos profesionales para tal fin que

¹² Esta situación reconoce algunas excepciones: por ejemplo, la solicitud de turnos para hermanos; que los turnos sean para distintos médicos; que el paciente haya venido en varias oportunidades a realizar la cola y no haya encontrado turno; que haya venido muy temprano pero debido a la importante demanda no lo haya obtenido.

mantienen aún capacidad de adscribir.

Para el caso de los psicólogos, el otorgamiento de turnos lo hacen personalmente los propios profesionales en los días y horarios que se encuentran en el CS a través de una entrevista con la persona que demanda ser atendida. Una modalidad similar se evidencia con la trabajadora social del Centro.

Turnos para atención en el día

Existen dos mecanismos posibles de otorgamiento:

- Si el paciente tiene médico de referencia o psicólogo y está su referente, lo atiende directamente este profesional. Las urgencias odontológicas también son abordadas en forma directa por los odontólogos.

- Si el paciente no tiene referente en el CS, no tiene HC o bien su médico no dispone de turnos, entonces es evaluado en el Dispositivo de Admisión de Enfermería.

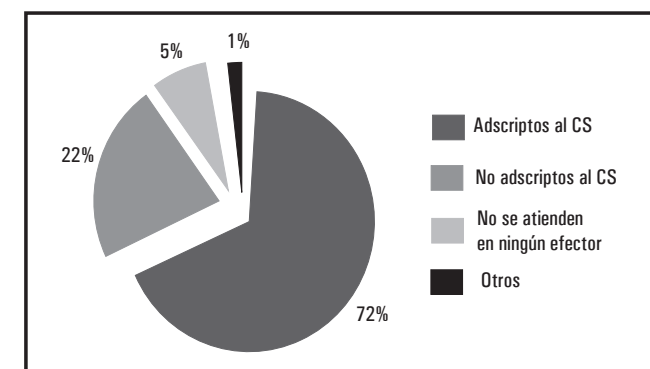
Dispositivo de admisión de enfermería

Considerando que el dispositivo de Admisión de Enfermería (llevado a cabo por el enfermero de turno en enfermería) constituía una fuerte preocupación para ese sector profesional, debido al desdibujamiento de aspectos nucleares del trabajo de enfermería ocasionado por la alta demanda al dispositivo, se procedió a un análisis pormenorizado del mismo. Para ello, se recolectaron de modo sistemático, datos de las consultas de admisión efectuadas durante el lapso de un mes.

De este modo, se analizaron 136 fichas de admisión de pacientes, correspondientes a consultas realizadas entre el 14 Agosto y 17 de Septiembre del año 2012.

Cabe destacar que las dos terceras partes (72%) de los pacientes atendidos en Enfermería en el período estudiado, son adscriptos al Centro de Salud

Gráfico 1: Distribución de consultas en el Centro de Salud según la condición de adscripción (n=136)



(gráfico 1), siendo mínimo de referencia. Entre los adscriptos admitidos por Enfermería, el 26,4% tienen como médico referente a uno de los pediatras del efector.

Entre el grupo de pacientes que no son adscriptos al Centro de Salud, se identifican pacientes referenciados a efectores públicos hospitalarios (en primer lugar el H Carrasco, luego Centenario, Provincial y Roque Sáenz Peña) otros CAPS municipales y provinciales (Coulin, San Martín, Maradona, Pasteur, Dunant, CS 14 y 47) y en menor medida pacientes con cobertura social o de prepagas.

También se evaluó el tipo de consultas admitidas considerando, desde la perspectiva de Enfermería, su

carácter de urgencia, de no urgencia incluyendo en estas últimas las recitaciones a pacientes desde el propio dispositivo de admisión.

Como se ve en el cuadro 1, la mayoría de las consultas (70,2%) no revistieron carácter de urgencia.

Se indagaron también las razones por las cuales los pacientes llegan a la admisión de enfermería, encontrándose que en el 64% de los casos, su médico de referencia no se encontraba en el Centro de Salud en el momento de la consulta, sumándose en casi un 6 % de los casos situaciones en las que el médico encontrándose en el efector no tiene disponibilidad para atención, en tanto que alrededor del 25% de los consultantes no contaban con médico de referencia

Cuadro 1: Cantidad de consultas de Admisión, según condición de urgencia

Tipo de consulta	Frec.*	%
Urgencia	39	29,8
No urgencia**	92	70,2
Total	131	100

*5 datos perdidos
** Incluye 2 pacientes que enfermería recita para su seguimiento

en el CS (cuadro 2).
Analizando los modos de resolución de las consultas se encontró que en alrededor del 66% de los casos los pacientes requirieron derivación para atención médica. En efecto, o bien son derivados a un médico del CAPS en el momento (52,3%), al propio médico de referencia (4,6%), a un médico de CAPS con turno programado (1,5%), o bien a otro efector

Cuadro 2: Cantidad de consultas en Admisión de enfermería, según las razones para atenderse en el Dispositivo

Razones del ingreso a admisión de enfermería	Frec.*	%
El médico de referencia no se encuentra en el CAPS	81	64,2
No reconoce médico de referencia y los médicos que están en el CAPS refieren que sea evaluado por Enfermería	31	24,6
El médico de referencia se encuentra pero no está disponible	7	5,6
Otros	7	5,6
Total	126	100

*Perdidos: 10 datos

(7%) (Cuadro 3). Esta situación plantea interrogantes sobre la pertinencia de un dispositivo que parece más bien duplicar el circuito de atención. Más aún si se considera que en un 57% de las situaciones, la necesidad de derivación a atención médica se producía en el mismo momento de esa consulta.
De las 44 consultas que no requirieron derivación, casi la mitad (22) se debieron a cuadros virales,

Cuadro 3: Cantidad de consultas en enfermería del CAPS, según modo de resolución

Resolución de la consulta	Frec.*	%
Resuelta por Enfermería sin requerir derivación	42	31,6
Resuelta por Enfermería con nueva cita de seguimiento	2	1,5
Derivación en el momento a su médico de referencia	7	5,3
Derivación en el momento a un médico del CAPS	70	52,6
Derivación con turno programado a médico de referencia/médico del CAPS	3	2,3
Derivación a otro efector	9	6,7
Total	133	100

* Perdidos: 3 datos

angina, fiebre, etc. El resto de las consultas fueron motivadas por diversos tipos de dolor, accidentes domésticos, mareos o planificación familiar. En 13 de los 44 casos, no se consignó en la ficha la causa específica de la atención.
De los 89 casos que requirieron derivación, el 21% fueron por problemas respiratorios, anginas, broncoespamos, etc. (18 casos). Entre los casos res-

tantes, se destacan dolores abdominales, náuseas y vómitos, reacciones alérgicas, problemas oculares y cefaleas. En 20 casos no se consignó la causa de la derivación y 2 pacientes se retiraron sin atención por no querer esperar.
Se relacionó la variable tipo de consulta (urgencia/no urgencia), con la modalidad de resolución de la misma, encontrándose que para el caso de las consul-

Cuadro 4: Cantidad de consultas en enfermería, según la resolución y la urgencia de la consulta

Resolución de la consulta	Urgencia		No Urgencia**		Total*	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Resuelto en enfermería	0	0	42	45,6	42	32
Derivado	39	100	50	54,4	89	68
Total	39	100	92	100	131	100

* Perdidos: 5 datos
** Incluye dos pacientes que enfermería recita para su seguimiento

tas de urgencia, el 100% fueron derivadas a un médico o a un hospital, mientras que en las catalogadas como de no urgencia, casi el 55% de las consultas requirieron derivación, en tanto que el 45% restante fue resuelto en enfermería. (Cuadro 4).

Cuadro 5: distribución de pacientes adscriptos según profesional y carga horaria

Profesional*	Carga horaria semanal	Nº de adscriptos
Generalista 1	30 hs	742 pacientes
Generalista 2	24 hs	563 pacientes
Generalista 3	36 hs	980 pacientes
Generalista 4	36 hs	985 pacientes
Generalista 5	36 hs	716 pacientes
Pediatra 1	36 hs	799 pacientes

* Faltan datos de adscriptos de uno de los pediatras como así también del médico clínico, este último de muy reciente ingreso, por lo que se encuentra en el inicio del proceso de adscripción.

Pacientes adscriptos
Con respecto a la población de pacientes adscriptos se relevó: cantidad de pacientes por médico de referencia y carga horaria mensual de los profesionales (Cuadro 5).
El trabajo de los médicos de referencia se complementa con profesionales de apoyo matricial, trabajadora social, dos psicólogos, dos odontólogos y

una tocoginecóloga.
La trabajadora social se desempeña en el CS desde hace más de 10 años, teniendo una fuerte participación en el abordaje de situaciones complejas. Los problemas más relevantes y frecuentes detectados en la población son la falta de vivienda y por ende el hacinamiento habitacional, (con posibilidades de respuesta sólo reducida a casos puntuales como por

ejemplo, pacientes candidatos a trasplantes). La problemática del hacinamiento se relaciona estrechamente con la violencia doméstica, el abuso sexual y la falta de intimidad personal que también son motivos de consulta a Trabajo Social. Por otro lado, también resultan frecuentes los pedidos de ayuda ante problemas de adicciones, ya sea por parte de los familiares o de los propios sujetos. También en estas situaciones son acotadas las posibilidades de respuesta, debido a trabas administrativo- burocráticas lo que impacta en las posibilidades reales de alojamiento para dichas personas. Cabe señalar que en la mayoría de los casos, se trata de usuarios que tienen HC en el Centro de Salud.

A este trabajo se agrega el acompañamiento de pacientes vulnerables para la realización de diversos trámites, visitas domiciliarias, etc. La trabajadora social también participa activamente de la mesa de Gestión del CIC y de otras reuniones barriales.

En el caso de los psicólogos, se relevaron datos vinculados a primera consulta efectuada durante el primer semestre del año 2012, totalizando 76 consultas de primera vez. El motivo de consulta más frecuente fueron las denominadas Manifestaciones del padecimiento psíquico, seguidas de problema de consumo de sustancias y problemáticas de la infancia. A más del 80% de los consultantes se le ofreció continuar tratamiento ambulatorio.

Con respecto a odontología, se trabaja con turnos programados y atención de demanda espontánea. Se efectúa operatoria dental, extracciones y prevención. Un dato a destacar es que para el caso de los pacientes pediátricos, alrededor del 75% culmina los tratamientos odontológicos. Aquellas situaciones que no se pueden resolver en el centro de salud son derivadas al Hospital Vilela o al Cemar.

Finalmente la tocoginecóloga del Centro aborda una población de 811 mujeres. Muchas de ellas, fundamentalmente mujeres jóvenes en edad reproductiva se referencian exclusivamente con esta profesional, en tanto que otras la contactan en su condición de profesional de apoyo matricial.

Construcción de indicadores de cobertura de la población adscripta

Cobertura de PAP

Para la obtención de este indicador, se procedió a contabilizar el total de mujeres adscriptas y atendidas (a partir de los datos registrados en ficheros y planillas de adscriptos) entre los 15 y 64 años du-

rante los años 2011 y 2012, lo que totalizó 2218 mujeres.

A partir de la información disponible sobre el número de PAPs realizados por el CS Staffieri durante los años 2011 y 2012 (13) (1138 y 1016 respectivamente), se identificó específicamente los realizados en el grupo etareo entre 15 y 64 años. Así, el número de PAPs realizados durante los años 2011 y 2012 y a mujeres distintas totalizó 1773.

De este modo el índice de cobertura resultante es de 79,93 %.

Cobertura de vacunas en menores de 2 años

Los menores de 2 años nacidos en 2011 y 2012 adscriptos a los distintos profesionales del CS(14) totalizaron 641. Al momento del estudio presentaban esquema completo de vacunación 383 niños, esto es el 60% de los adscriptos.

Discusión

Tomando en consideración el área de influencia delimitado a partir del punteo de consultas, puede observarse sectores donde potencialmente confluirían áreas de influencia de diversos efectores de salud. Esto lleva a plantear diferentes interrogantes, a saber: si se trata de usuarios que reconocen distintos circuitos y efectores de referencia para su atención; si factores ligados a características de la trama urbana o la propia organización del centro facilitarían el acceso al Staffieri. De este modo se plantea como necesario un retrabajo tendiente a definir las áreas de todos los efectores que se incluyen en el espacio distrital respetando la dinámica poblacional, y con el objetivo primordial de garantizar el acceso a la atención y la priorización de la población más vulnerable.

Analizando el **proceso de adscripción** del centro en general y de cada profesional en particular se observan diferencias significativas al interior del

13 Datos suministrados por la Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública.

14 Faltan datos de adscriptos de uno de los pediatras del efector.

15 No se pudieron incluir los datos de adscripción de uno de los pediatras, dado que no tenía posibilidades de discriminar cantidad de pacientes que efectivizaron consultas en los dos últimos años (marco temporal acordado para considerar un paciente como adscripto). Por su parte, los dos médicos clínicos que se desempeñaban en el Centro fueron trasladadas durante el 2012, no pudiendo accederse tampoco a información precisa sobre cantidad de adscriptos de estos profesionales, en tanto que el reemplazo definitivo de Clínica se efectivizó recién en diciembre de 2012

equipo con respecto al número de pacientes admitidos por cada integrante. Se pudieron relevar datos de volumen de pacientes adscriptos sólo de 6 de los 8 profesionales adscriptores(15), totalizando alrededor de 4785 pacientes. Si se considera además que según los datos relevados la población que reside en asentamientos enclavados en el área de influencia del Centro, supera las 12.000 personas, puede presuponerse la existencia de una marcada brecha en las posibilidades de acceso a la atención, sobre todo en lo que refiere a la población vulnerable. La situación se complejiza aún más, si consideramos que- según las fuentes consultadas- alrededor del 30% de la población que tiene como referencia al CS es < 15 años. También aquí la brecha es muy importante, dado que la suma de niños menores de 15 años adscriptos es de alrededor de 1600 y la población en esa franja etárea del área de influencia sería cercana a 6000 (30% de 19459). Se suma a esta preocupación la escasa cantidad de niños incluidos en las propuestas socio-educativas de los CTRs (330 en la franja de 0 a 13 años) habida cuenta de la imperiosa necesidad de inclusión en circuitos institucionales de la población vulnerable en esa franja etarea.

Queda como tema pendiente la caracterización de los adscriptos en términos del nivel de complejidad de su problemática de salud, sobre todo si se parte del supuesto que diferentes niveles de complejidad de la problemática requerirían diferentes tiempos de trabajo para su abordaje. No obstante y más allá de este futuro análisis, hay trabajadores que al momento actual plantean haber llegado al techo de las posibilidades de incluir nuevos adscriptos. Esta condición amerita una profunda discusión en torno a la asignación de recursos acordes a la demanda poblacional como también la definición de estrategias de reorganización de los procesos de trabajo.

La brecha a la que se hacía referencia anteriormente permitiría hipotetizar además, que el Dispositivo de Admisión de Enfermería estaría constituyendo la puerta que asegura el acceso a la consulta médica. Ahora bien, tal como está planteado el dispositivo de admisión no sólo sobrecarga al personal de enfermería, desdibujando actividades nucleares de su rol disciplinar, sino que genera una duplicación de circuitos en la medida que, en muchos casos, el paciente es evaluado por enfermería para ser derivado en el momento a una segunda evaluación a cargo de un médico del efector.

Con relación a los dispositivos implementados en

la organización del centro cabe presuponer que las modalidades tan variadas de **otorgamiento de turnos**, podría constituir un problema en términos del acceso a la información de los pacientes, la circulación de los mismos en el propio efector y la equidad en el acceso a la atención, que pudo ser constatada a través de la demanda insatisfecha.

Además, los distintos modos de otorgamiento de turnos programados podrían no estar garantizando el seguimiento de los pacientes. Como es sabido esta práctica garantiza el vínculo y redundante a favor de la disminución de la consulta de urgencia. Son justamente las poblaciones más vulnerables las que se pueden beneficiar con el aseguramiento en la continuidad de la consulta. No obstante esta preocupación, cabe destacar que el indicador de cobertura de PAPs alcanzó el 80% de la población adscripta al Centro. En lo que refiere a la cobertura de vacunación en menores de 2 años adscriptos al centro, si bien se trata de una práctica priorizada desde el Centro de Salud, el valor alcanzado fue del 60%, hecho que sugiere la necesidad de profundizar en los factores involucrados en este resultado. Por ejemplo, vinculados al posible subregistro de esta prestación, la disponibilidad de vacunas en el efector y además como insoslayable, el contexto del proceso de trabajo real que desempeña enfermería en este centro, donde, tal como se evidenció en el estudio, encuentra desdibujada sus prácticas nucleares en función de la responsabilidad de admisión de pacientes.

Finalmente, y aún cuando no se relevó de modo sistemático el grado de vulneración psico-social de la población que se atiende en el centro de salud, resulta insoslayable que se trata de un efector rodeado por un cinturón de asentamientos precarios, cuyos habitantes corresponden en su gran mayoría al área de influencia del efector. Este hecho, sumado a la ausencia de otros anclajes territoriales que permitan abordajes integrales de problemáticas poblacionales fuertemente ligadas a las condiciones de exclusión, constituiría un factor determinante en el desgaste del equipo de trabajo.

Agradecimientos

A la Est. Silvia Bisio, Coordinadora de la Dirección de Estadística de Secretaría de Salud Pública; a Facundo Sigal integrante de la Dirección de Estadística por el valioso aporte de información sanitaria para la realización del estudio.

A la Est. Nora Ventroni, de la Dirección de Estadística de la Municipalidad de Rosario, por su contribución para la actualización del área de influencia del Centro.

Bibliografía

Barcellos C. Bezerra Pereira MP. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, 2(2):47-55, jun 2006

Martinez Durr A. Cocconi P. Durán A. A la Altura de los Chicos. Diagnóstico participativo sobre la situación de las infancias. Distrito oeste. Rosario. Publicación emanada del Proyecto A la altura de los chicos, cofinanciado por la Unión Europea y la Municipalidad de Rosario. 2012.

Sistema Municipal de Estadística en Salud. Boletín de Estadísticas 2006. Municipalidad de Rosario.

contribución para la actualización del área de influencia del Centro.

Proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales en la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Marcelo D. Sauro (*)

El proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales se viene desarrollando desde Septiembre de 2008 a partir de la puesta en vigencia de la Ordenanza Municipal N° 8155 (Mayo 2007) para **la reflexión, el debate, estudio e implementación de las Medicinas Tradicionales y Naturales** en el ámbito de la Salud Pública Municipal, especialmente en los centros de salud de Atención Primaria y en la comunidad de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005 y otros doc.) de la cual nuestro país es estado miembro.

La Organización Mundial de Salud (OMS) refiere que el concepto de Medicinas Tradicionales (MT) constituye un término amplio utilizado tanto para los sistemas médicos tradicionales (Medicina Ayurveda, Medicina China, etc.) como para las diversas formas de medicinas indígenas. Las terapias tradicionales **con medicación**: incluyen hierbas, minerales, partes de animales, en tanto que las terapias **sin medicación** incluyen acupunturas, terapias manuales (masajes, digitopuntura, auriculoterapia, etc.) y terapias espirituales. Aprueba algunos sistemas médicos provenientes de diversas culturas, entre ellos: M. T. China, M. T. Africana, M. Ayurveda, Herbolaria, Teoría Humoral de los indios americanos, M. Unani, Homeopatía, Osteopatía, Quiropraxia, etc.

La OMS recomienda definir el papel de las medicinas tradicionales en la estrategia sanitaria nacional respaldando la investigación clínica de las medicinas tradicionales y defendiendo su uso apropiado.

Por otro lado en la I Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos del año 2000, Bangladesh, en su declaración final dice: *"Apoyar, reconocer y promover sistemas y prácticas de curación tradicionales y*

holísticos y su integración en la Atención Primaria en Salud". Estos contenidos se refuerzan e incrementan en la II Asamblea realizada en Cuenca, Ecuador en 2005.

Es importante destacar que desde los años 90 se viene trabajando en plantas medicinales en el ámbito de los centros de salud dependientes de la Dirección de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario. En efecto, durante algunos años se desarrollaron actividades educativas con residentes de medicina general en huertas que se encontraban en centros de salud o en sus cercanías (El Gaucho, Emaus, R. Coulin, J. Azurduy, entre otros) Durante estos años también se realizaron otras prácticas saludables (masajes, ejercicios terapéuticos, digitopuntura, etc.) en varios centros (J. B. Justo, 1° de Mayo entre otros); muchas de estas actividades han sido desarrolladas con la comunidad, con otras instituciones: barriales, ONG y gubernamentales. Inclusive, en el centro de salud Eva Duarte, a partir del trabajo conjunto con mujeres del barrio, se llegó a publicar un libro de plantas medicinales(1).

Partiendo de estos antecedentes se inicia el proyecto en Septiembre de 2008 dedicado a la capacitación del personal de Salud Pública en Medicinas Tradicionales y Naturales.

Desde entonces se ha trabajado con los siguientes objetivos:

Objetivo Central:

- Activar espacios de trabajo en Medicinas Tradicionales y Naturales.

- Trabajar en el rescate y las incorporaciones de herramientas diagnósticas y de tratamiento para el abordaje de problemas de salud fundadas en sistemas médicos aprobados por OMS.

(*)Médico Generalista. Coordinador del Proyecto de Medicinas Tradicionales y Naturales de la SSP de la Municipalidad de Rosario.

Objetivos Específicos:

● Introducir a los equipos de salud en el conocimiento de las Medicinas Tradicionales y Naturales, especialmente: Herbolaria, Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda, Naturismo, etc.

● Rescatar saberes y prácticas en salud del personal de Salud Pública (equipos de salud)

● Estimular el trabajo en Etnomedicina para el rescate y la valoración de saberes y prácticas en la comunidad.

● Capacitar en herramientas específicas de diagnóstico y tratamiento.

● Introducir a los equipos de salud en otros modelos de causalidad en relación con la Medicina Tradicional y Natural, estimulando el reconocimiento de las necesidades sentidas y poco verbalizadas de la comunidad.

● Apoyar a los interesados en la aplicación de estas herramientas.

● Estimular la investigación clínica buscando el por qué esta persona y/o comunidad sufre este problema en este momento.

● Acompañar las ideas propuestas por el equipo de salud en relación a Medicinas Tradicional y Natural.

● Fomentar el intercambio entre los trabajadores e integrantes de la comunidad sobre prácticas saludables, tendiendo a la apropiación de las prácticas, tratando de generar autonomía y no dependencia.

El trabajo ha pasado por distintas etapas desde la redacción y ejecución del proyecto en sus inicios con la Dra. María Felisa Lemos. Luego con la incorporación gradual de distintos profesionales de Centros de Salud(2) con reconocida experiencia en Medicina Tradicional y Naturista se han incrementado las posibilidades de la constitución de un equipo de trabajo y con ello el dictado de cursos, enriquecimiento de los contenidos y el desarrollo de nuevas actividades.

En estos últimos cuatro años, han recibido capacitación los integrantes de equipos de salud de más de 30 efectores municipales, en su mayoría de Centros de Salud (Elena Bazet, Martín, Staffieri, Nuevo Alberdi, entre otros), Hospital R. Saenz Peña, Hospital Carrasco y Cemar. En algunos de los equipos que van tomando los distintos módulos se pueden evidenciar procesos de cambio en cuanto a las relaciones

(vínculos) intrainstitucionales (la **integración de los grupos**) y en cuanto **ampliar la mirada hacia las personas y sus problemas, tratando de arribar a otro modelo de causalidad e incentivar la investigación clínica.**

Citamos algunas frases: “permitió **posicionarme de otra manera**” diagnóstico” tratamiento” “mirada”; “se abre **un camino a la curiosidad e investigación sin límites**”; “**me abrió la cabeza**” puse en práctica cosas que resultaron muy buenas” profundizar más en el tema”; “es una **nueva puerta para el desarrollo personal y para difusión de la comunidad**”; “cambio mi modo de ver al individuo”; “.....y lograr integrarnos ya que participaron diferentes integrantes del centro de salud (Médicos, administrativos, farmacéuticos, alumnos de la práctica final obligatorio (PFO)”; “me agradó que participemos todos”; “A nivel grupal hemos podido trabajar en equipo, modalidad bastante en desuso últimamente”; “El grupo está integrado ya que es el segundo curso que realizamos juntos”; “nunca sentí al grupo tan interesado por un espacio de trabajo”.

También en este tiempo se ha podido articular con la Dirección de Agricultura Urbana para el desarrollo de Jardines Medicinales y para el reconocimiento de hierbas y la provisión de insumos herbarios. Y con distintos sectores de la Secretaría de Salud Pública para el crecimiento de las prácticas en estas medicinas.

Día a día se van abriendo nuevas puertas para el crecimiento del trabajo en M T y N y por lo tanto nuevos desafíos para su implementación en todo el sistema de salud.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Estrategia para Medicina Tradicional. 2005

Ordenanza municipal N° 8155. Concejo Municipal de Rosario. Mayo de 2007.

Organización Panamericana de Salud. Informe del Grupo de trabajo en Plantas Medicinales. Curitiba. Brasil. Marzo 2006.

Marié E. Compendio de Medicina China. Fundamentos, Teoría y práctica. Ed. EDAF S.A. 1997. Madrid España.

Kossmann I., Vicente C. Salud y plantas medicinales. Nuestra capacidad para estar sanos por naturaleza. Ed. Planeta Tierra. 1992. Buenos Aires. Argentina

Acevedo G. Villarreal C. y ot. Hierbas rosarinas. Taller de plantas medicinales con la comunidad del Centro de Salud “Eva Duarte”. Rosario. Argentina. 2003.

1 Acevedo G. Villarreal C. y ot. Hierbas rosarinas. Taller de plantas medicinales con la comunidad del Centro de Salud “Eva Duarte”. Rosario. Argentina. 2003.

2 Lic. en trabajo social Fabiana Martínez se incorpora en el año 2009. Médicos generalistas: Fabiana Falbo y Guillermo Ezcurra se incorporan en el año 2010; Bioq. Mónica Quiroga se incorpora en el año 2012; Médica Cardióloga Lucía De Vincenti se incorpora en el año 2013.

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 CD 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/los autor/es.

Al pie, con asterisco identificatorio, 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 CD 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 econômi-

cas nos perfis epidemiologicos. En: Barradas Barata, R.; Lima Barreto, M.; Almeida Filho, N.; et al, editores. Equidade e Saúde. Contribuiçoes da Epidemiologia. Serie Epidemiologica, Rio de Janeiro: Fiocruz/ Abrasco, 1997.

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

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

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

2.1- Artículos originales

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

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

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

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

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

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

e) Ilustraciones: Comprende la presentación de ta-

blas, 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.

