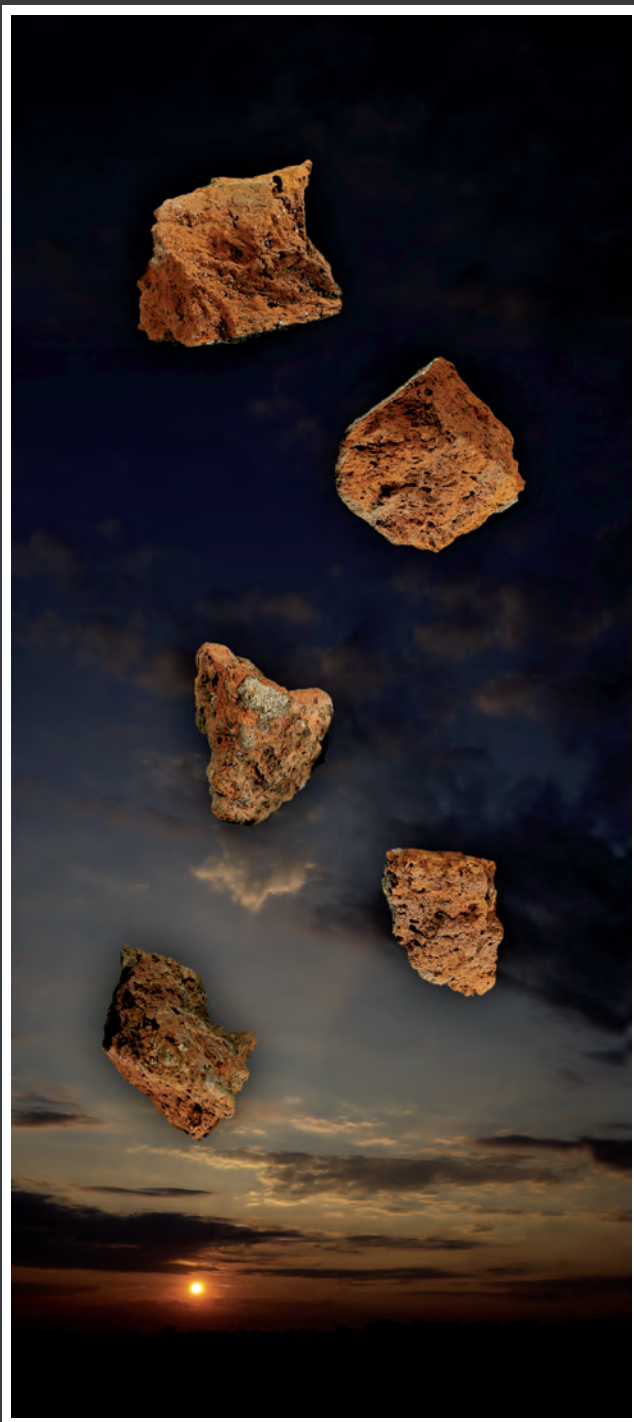


Publicación científica de la
Secretaría de Salud Pública Municipal
Volumen 11 N° 1 - Rosario - Enero - Junio de 2015

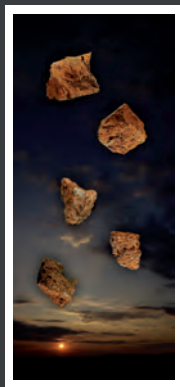


Investigación en Salud

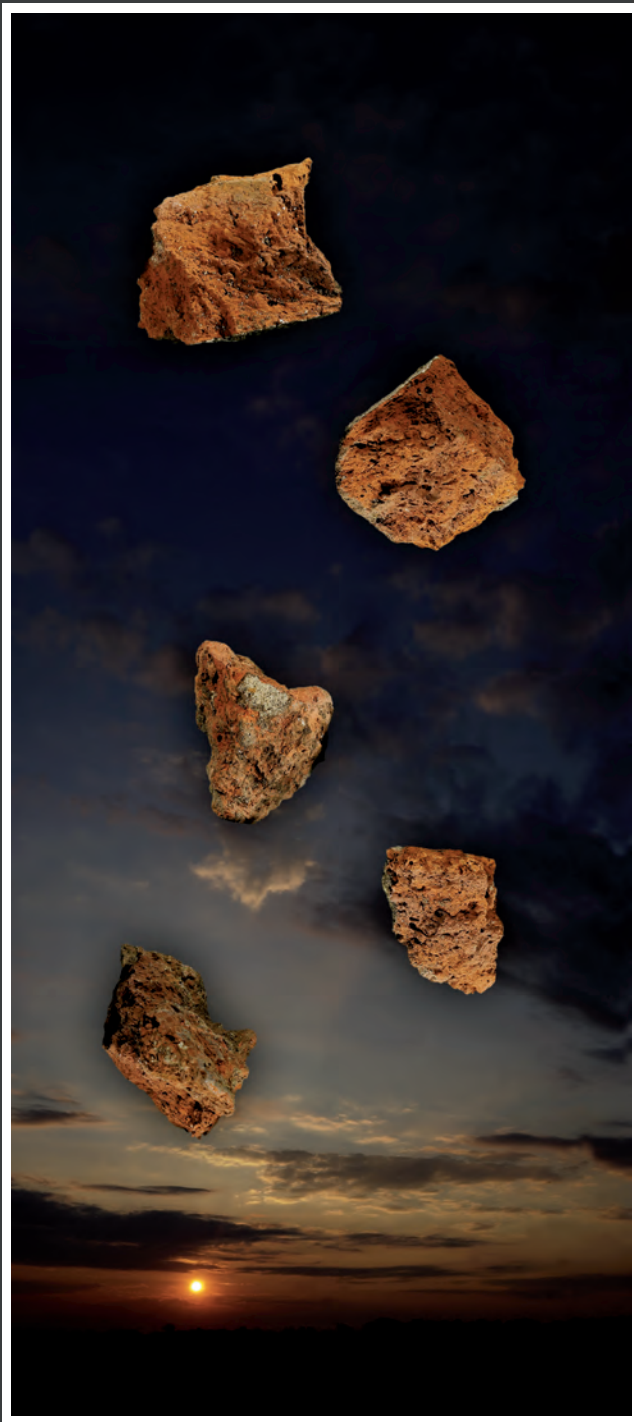


**MUNICIPALIDAD
DE ROSARIO**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



Publicación científica de la
Secretaría de Salud Pública Municipal
Volumen 11 N° 1 - Rosario - Enero - Junio de 2015



Investigación en Salud



**MUNICIPALIDAD
DE ROSARIO**

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 11 – Nº 1 – Rosario, Enero- junio de 2015

Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Adriana Huerta

Editores Asociados

Alicia Rodríguez

Marta del Rosario Maidana

Asesores científicos

Aronna Alicia, (Argentina)

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, Aldaís (Brasil)

Cohn, Amelia (Brasil)

Coimbra, Carlos E. A. (Jr.) (Brasil)

De Mendoza, Diego (Argentina)

De Sousa Campos, Gastão W. (Brasil)

Forni, Floreal (Argentina)

Franco Agudelo, Saúl (Colombia)

Fuks Sadovky, Saúl I. (Argentina)

Galende, Emiliano (Argentina)

Goldbaum, Moisés (Brasil)

Koifman, Sergio (Brasil)

Lattes, Alfredo E. (Argentina)

Lede, Roberto (Argentina)

Litvock, Julio (Brasil)

Méndez Domínguez, Alfredo A. (Guatemala)

Méndez 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

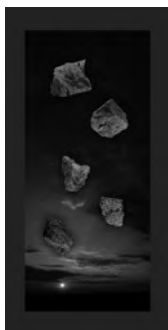
Dr. Leonardo Caruana
Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta
Coordinadora Área Investigación en Salud

Propietaria
Secretaría de Salud Pública
Director
Dr. Leonardo Caruana

Impreso en: Borsellino Impresos
Cantidad de ejemplares: 500
Edición: 2014

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



Cielito argentino con escombros II - 2002

Norberto Puzzolo

Fotografía digital (P/A)

210 x 105 cm

Colección Castagnino+Macro

Norberto Puzzolo nace en Rosario, el 26 de julio de 1948.

A los dieciséis años empieza a tomar clases de pintura con Juan Grela. El pintor Anselmo Puccoli también tiene un rol importante en su formación.

Luego de esta faceta, elige a la fotografía como medio de expresión artística. Su recorrido se inicia en los 60, cuando comienza a realizar distintas experiencias formando parte del grupo de Rosario una serie de artistas que conforman la vanguardia artística rosarina de esa década.

De esta época es Estructura I, que presenta en 1967 en la Sociedad Hebrea Argentina. Una obra que realiza con pocos materiales, en un afán de establecer nuevas coordenadas espaciales mediante la intervención de un conjunto de volúmenes geométricos y enteramente blancos en la muestra.

De la misma época se destaca su participación en muestras como: "OPNI" (1967), "El Arte por el Aire" (1968), y también en el "Ciclo de Arte Experimental" auspiciado por el Instituto Di Tella en Rosario (1968), con una exhibición individual. Su participación activa en estas y otras actividades lo lleva a formar parte del grupo de realizadores de la obra de denuncia Tucumán Arde. Un hito en la historia del arte argentino.

De emplear la cámara como una herramienta de documentación y de denuncia, y luego de trabajar como cronista gráfico, pasa a una producción fotográfica que, pasada la vanguardia, presenta en la galería Krass, en una muestra individual (1975) basada en una serie de retratos de artistas.

Simultáneamente comienza a utilizar la fotografía en el campo de la publicidad.

En las realizaciones de los años 80 y 90 transita por las vías de una imagen más bien intimista, de fuertes conexiones con su historia personal.

Tres rostros (2000) es una de las obras del artista en la que se observa el modo en que el registro fotográfico funciona como el punto de partida de un trabajo destinado a dejar marcas puramente autorreferenciales.

En sus últimas producciones, trabaja con elementos que, al ser extraídos de su contexto, cargan de un significado singular a la obra. Las piedras que aparecen en "Cielito argentino con escombros II" constituyen símbolos que, al estar entre la obviedad y el enigma, hacen eco de una propuesta enfrentada a "la supuesta certeza del registro".

Desde 1966, expuso su producción en forma individual y colectiva en diversas galerías, instituciones y museos de Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mar del Plata, como también en el Uruguay, España, Alemania y Estados Unidos.

El Museo Nacional de Bellas Artes le otorgó el premio Leonardo 2001, por su trayectoria, y en 2002 recibió el Premio Konex en fotografía.

Agradecemos a Norberto Puzzolo el permitirnos reproducir esta Obra.

Bibliografía:

Archivos del museo.

Estructuras Primarias II, cat. exp., Buenos Aires, Sociedad Hebrea Argentina, septiembre de 1967.

Colección de Arte Contemporáneo de Rosario, cat. exp., Rosario, MMBAJBC, 2000.

Norberto J. Puzzolo en el Museo Nacional de Bellas Artes, cat. exp., Buenos Aires, MNBA, 2002.

La brecha entre la producción de información del campo de la investigación y la toma de decisiones propia del campo de la gestión política en países de América Latina, constituye una preocupación de larga data para organismos internacionales como OPS, IDRC (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá), o UNESCO. Diversas razones se han señalado para explicar esta brecha. Entre otras, la condición de operar diferentes racionalidades entre los actores de la Universidad -considerada como instancia privilegiada de producción de conocimiento a través de la investigación- y los tomadores de decisión del campo de la política; la complejidad del proceso de toma de decisiones en la arena política, en la cual, el conocimiento científico constituiría en el mejor de los casos un insumo más en el proceso, no el núcleo ni el más importante; la escasa difusión de resultados derivados de la investigación; el desencuentro entre los contenidos priorizados en las investigaciones y las prioridades de la agenda política.

Sin embargo, en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario, el sostenimiento desde hace más de veinte años del área de Investigación en Salud puede considerarse una experiencia innovadora en dirección a acotar la brecha a la que se hace referencia. En efecto, la propuesta formulada desde el área tiene la potencialidad de un dispositivo que puede dar lugar a un acontecimiento, en el sentido radical en que lo plantean filósofos como Badiou. El acontecimiento en esta lógica, irrumpe inesperadamente del "trasfondo invisibilizado de una situación" y, si hay condiciones de posibilidad, abre a un universo nuevo de sentidos y significaciones. El acontecimiento de algún modo provoca la emergencia de un sujeto o un colectivo que está dispuesto a reconocerlo como tal, y en ese reconocimiento se juega la transformación del propio sujeto que atestigua el acontecimiento.

Es quizás en esta dimensión de la micropolítica del trabajo en salud donde puede situarse el carácter potencialmente transformador de la propuesta de Investigación, dimensión que habitualmente escapa a las agendas de organismos internacionales. ¿En qué consiste esa potencia? Probablemente en la novedad de inaugurar nuevos roles en viejos escenarios: el ámbito de los servicios de salud, históricamente considerado como ámbito de práctica, de acción, o en el mejor de los casos ámbito de generación de datos, puede reconfigurarse como espacio de producción de conocimiento; los trabajadores de salud, históricos proveedores de datos pueden resituarse como constructores de conocimiento a partir del ejercicio reflexivo y la revisión sistemática de sus propios procesos de trabajo. En "Hermenéutica del Sujeto" sostiene Foucault: "no puede haber verdad sin una conversión o una transformación del sujeto". Es quizás en ese sentido que la importancia capital de sostener una práctica de investigación íntimamente asociada a los procesos de trabajo en salud, tiene que ver con el efecto de desalienación que este ejercicio reflexivo produce en la subjetividad de los trabajadores.

En este número, se presentan experiencias concretas como el Estudio de Factibilidad para la utilización de la vacuna contra la leptospirosis, que refle-

jan la articulaci3n entre efectores y niveles de gesti3n del 3mbito provincial, municipal, 3rea de Investigaci3n, Colegios Profesionales y organizaciones sindicales. Por su parte, el art3culo derivado del Programa de Detecci3n y Atenci3n de Enfermedad Renal Cr3nica, pone de manifiesto el impacto poblacional de la coordinaci3n entre los distintos niveles de la red de atenci3n en t3rminos de la potencialidad de la detecci3n oportuna para mejorar indicadores de morbi-mortalidad. Trabajos como el del Programa de Medicinas Tradicionales y el de la Direcci3n de Odontolog3a ponen de manifiesto el valor de la investigaci3n como herramienta de revisi3n del alcance de las pr3cticas implementadas desde esas instancias. Finalmente, la experiencia de investigaci3n planteada desde Auditor3a del CEMAR expresa la potencia de la pr3ctica de investigaci3n en servicios como herramienta privilegiada de revisi3n de la organizaci3n de la red de servicios, los propios procesos de trabajo y el impacto de los mismos en t3rminos de acceso a la atenci3n de los usuarios.

Daniel Maceira, investigador de CONICET hace alusi3n a la denominada Brecha 10/90, met3fora que se 3ala que a nivel mundial, menos del 10% de los recursos de investigaci3n se destinan a abordar el 90% de los problemas de salud que afectan a los pa3ses del tercer mundo. En el camino de acotar la brecha, cabe resaltar una experiencia de investigaci3n actualmente en curso denominada Proyecto Equity desarrollada a trav3s de la gesti3n asociada de la Maestr3a de Salud P3blica del Instituto Lazzari y el 3rea de Investigaci3n en Salud de la Secretar3a de Salud P3blica de la Municipalidad de Rosario. Se trata de un proyecto internacional coordinado por un Consorcio de Catalu3a y desarrollado en seis pa3ses de Am3rica Latina, entre ellos Argentina, particularmente en el 3mbito de la red municipal de Servicios de Salud. Dicho proyecto, centra la mirada en la coordinaci3n lograda al interior de las redes asistenciales de Salud en diversos pa3ses de Am3rica Latina y prev3e, con una l3gica de investigaci3n participativa, la implementaci3n de intervenciones tendientes a superar la fragmentaci3n que opera en la mayor3a de los sistemas de salud Latinoamericanos.

En esa direcci3n podemos ubicar la apuesta 3tica del 3rea de Investigaci3n: la reivindicaci3n de una gesti3n social del conocimiento, vale decir su producci3n, su apropiaci3n y su utilizaci3n por parte de todos los actores del sistema de salud. En ese marco, propiciamos el pasaje de una concepci3n de “investigaci3n aplicada” a una concepci3n de “investigaci3n implicada” y en tanto tal estrechamente vinculada a las condiciones reales en que se desarrollan los procesos de trabajo en salud en ajuste con los procesos de reproducci3n social de los grupos poblacionales.

Dra. Adriana Huerta
Editora

Editorial

P g. 5

Art culos originales.

- Estudio de factibilidad para la utilizaci n de la vacuna contra Leptospirosis.

rea de Investigaci n en Salud, Secretar a de Salud P blica (SSP) Municipalidad de Rosario. Direcci n Provincial de Promoci n y Prevenci n de la Salud. Provincia de Santa Fe. Direcci n Programa Provincial de Epidemiolog a. Direcci n de Bioestad stica (SSP). Municipalidad de Rosario. Colegio de Veterinarios Rosario y Venado Tuerto. Centro de Salud Remanso Valerio. Granadero Baigorria. (Santa Fe). Centro de Salud Mangrullo. Rosario. Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis humana. Red Nacional de Laboratorios de leptospirosis (RNLL). Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (INER) ANLIS. Coordinaci n de Redes Bioqu micas. Ministerio de Salud. Santa Fe. Direcci n de Bioqu mica (SSP) Municipalidad de Rosario.

P g. 9

- Accesibilidad a estudios de Resonancia Magn tica Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades M dicas Ambulatorias de Rosario en el per odo comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012. Quadri, A.

P g. 21

- La p rdida de un hijo. Vivir y convivir en su proceso de morir en el domicilio. Andreatta, M.

P g. 44

- Acceso a los servicios de Odontolog a en centros de salud municipales de la ciudad de Rosario. Agosto 2012.

Aguilar, M. F.; Beltramo, E.; Bessone, L.; Brutinel, S.; Chiapello, A.; Gasparini, M. C.; L'Episcopo, J.; Maino, C.; Marmioli, L.; Morabito, A.; Moreyra, C.; Oldani, P.; Oudot, S.; Pedroza, F.; Pes Juncos, P.; Segales, E.; Waksman, A. L.

P g. 73

Relato de experiencia.

- Desarrollo de un programa de detecc i n y atenci n de Enfermedad Renal Cr nica. Rosario, Santa fe. Per odo 2011-2013.

Alonso, C.; Anchart, E.; Petroni, G.; Luj n, S.; Hern ndez, E.; Pendino, A.

P g. 91

- De la l gica del control a una estrategia para garantizar la equidad.

Quadri, A.; Ju rez, S.; Vergara, V.; Forte, J.

P g. 99

Comunicaci n breve

- Proyecto de aplicaci n de Medicinas tradicionales y Naturales en la Secretar a de Salud P blica de la Municipalidad de Rosario. Desarrollo de los cursos de capacitaci n para los integrantes de los equipos de salud.

Equipo Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales:

Sauro, M.; Martino, F.; Falbo, M. F.; Ezcurra, G.; Quiroga, M.; Okon, M.; Orrego, E.

Equipo de rea de Investigaci n en Salud:

Huerta, A.; Rodr guez, A.; Maidana, M. R.

P g. 111

Normas de publicaci n.

P g. 119

Estudio de factibilidad para la utilización de la vacuna contra leptospirosis

Estudio en dos grupos de riesgo ligados a condiciones medioambientales y laborales en la región Sur de la provincia de Santa Fe. Período 2012-2014

Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud. Provincia de Santa Fe

Dirección Programa Provincial de Epidemiología

Área de Investigación en Salud (SSP). Municipalidad de Rosario

Dirección de Bioestadística (SSP). Rosario.

Colegio de Veterinarios de Rosario y Venado Tuerto.

Centro de Salud Remanso Valerio. Granadero Baigorria. (Provincia de Santa Fe)

Centro de Salud Mangrullo. Municipalidad de Rosario

Sindicato de Barrido y Limpieza. Rosario

Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis humana. Red Nacional de Laboratorios de leptospirosis (RNLL).

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (INER) ANLIS.

Coordinación de Redes Bioquímicas. Ministerio de Salud de Provincia de Santa Fe. Dirección de Bioquímica. Municipalidad de Rosario

RESUMEN

Se trata de un estudio evaluativo a partir de la utilización de la vacuna contra leptospirosis (vaxSpiral) desarrollado en dos grupos poblacionales alejados a Centros de Salud y dos grupos laborales de riesgo. La intervención consistió en la colocación de dos dosis de vacuna con un intervalo de seis semanas. Se evaluó reactividad a una muestra de la población vacunada y se obtuvieron muestras de sangre para estudio serológico a tres de las poblaciones incluidas en la evaluación.

Los resultados obtenidos revelan una aceptabilidad muy satisfactoria de la vacuna. La cobertura (colocación de las dos dosis de vacuna) se concretó en un 80%. Recibieron la primera dosis 1222 pobladores y 1030 la segunda. Los efectos adversos se relevaron mediante encuesta telefónica a 289 de los vacunados (muestreo estadístico). Mientras

60/289 (21%) refirieron no presentar ningún síntoma, 229/289 (79%) tuvieron afectaciones locales en el sitio de punción, siendo el dolor el síntoma más frecuente.

El estudio inmunológico (224/94 primeras y segundas muestras) permitió conocer que el 15,6% de los vacunados tenían títulos de Inmunoglobulinas previos a la vacuna. Un hallazgo de importancia lo constituyó el marcado aumento de anticuerpos para alguna inmunoglobulina posterior a la colocación de la vacuna.

Se administró además una encuesta sobre condiciones de vida a la totalidad de las poblaciones enroladas en el estudio. Las condiciones de mayor criticidad – en consonancia con menores porcentajes de cobertura alcanzados – la manifestaron los pacientes adscritos a los centros de salud, mientras que la presencia de roedores fue referida como un pro-

blema de jerarquía por el conjunto de la población vacunada.

Palabras clave: Vacuna- Leptospirosis- aceptabilidad- inmunología- condiciones de vida

ABSTRACT

The article presents an evaluative investigation by the utilization of the vaccine against leptospirosis (vaxSpiral), put into practice in two populations nearby Health Centers and two labour populations at risk. The intervention lay on the colocation of two vaccine dose during an interval of six weeks. The reaction to the vaccine (considering possible adverse effects) was evaluated in a sample of the population vaccinated and were got blood samples for a serologic study covering three of the populations included in the investigation.

The results obtained show a very satisfactory acceptance of the vaccine. The coverage (colocation of vaccine dose) was set on 80% of the population. 1222 people received the first dose and 1039 the second one. The adverse effects were identified by a telephonic survey to 289 of the vaccinated population (statistical sampling). While 60/289 (21%) indicated no symptom, 229/289 (79%) mentioned local complaint in the place of the tap, and in this cases pain was the most frequent symptom.

The immunological study (224/94 first and second samples) revealed that the 15.6% of the vaccinated people had levels of immuno globulins previously to the vaccine colocation. An important finding was the marked increased of antibodies for some immuno globulins, after de vaccine colocation.

Besides, it was conducted a survey about life conditions to the whole population included in the study. The more critical conditions –related to lower percentages of coverage reached–, were revealed by the patients assigned to Health Centers, while the presence of rodents was mentioned as a significant problem by the vaccinated population.

Key Words: Vaccine – Leptospirosis – acceptance – immunology – life conditions

FUNDAMENTACIÓN

La leptospirosis es considerada la zoonosis más difundida en el mundo, transmitida por espiroquetas del género *Leptospira*. Tiene como reservorios fundamentales a los roedores y animales domésticos y reconoce como áreas geográficas de distribución tanto zonas rurales como urbanas.

La presentación clínica más común se asemeja a un cuadro gripal (con fiebre, cefaleas, artralgias y mialgias), pero pueden presentarse, si bien de modo poco frecuente, cuadros graves con falla renal y hepática, distrés pulmonar y muerte. La naturaleza inespecífica de los síntomas o a la presentación subclínica, sumada a la necesidad de toma de varias muestras para efectuar diagnóstico serológico y la subnotificación de casos, tornan difícil el conocimiento de la real incidencia de esta patología.

El ser humano contrae la enfermedad a través del contacto con agua, alimentos, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados con leptospirosis, a través de lesiones de la piel o membranas mucosas.

En áreas rurales el contagio se asocia habitualmente a trabajos de agricultura o ganadería que favorecen una mayor exposición de los sujetos, en tanto que en zonas urbanas, esta problemática se presenta mayoritariamente en contextos de pobreza con condiciones de vida inadecuadas (hacinamiento, falta de acceso a agua potable, servicios sanitarios deficientes, etc.) a la vez cuando no es excluyente de estos contextos. En efecto, autores como Barcellos (1), advierten que las fuentes medioambientales de riesgo y las áreas de alta incidencia de enfermedad, raramente coinciden en el espacio, proponiendo en tal sentido incorporar la perspectiva de análisis espacial para explicar los riesgos de enfermar, mediante la integración de datos sociales, demográficos y medioambientales. En la investigación que emprenden acerca de los riesgos asociados a condiciones ambientales durante el brote de leptospirosis acaecido en 1996 en la región oeste de Río de Janeiro, donde utilizaron el Sistema de Información Geográfica, concluyen que las mayores tasas de incidencia fueron verificadas dentro de áreas sometidas a inundación como así también en torno de áreas con acumulación de basura.

Según informes del Ministerio de Salud, en Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis *“es el contacto prolongado con inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupacio-*

nes rurales también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones facilitan la proliferación de los roedores y la propagación de las leptospirosis en una comunidad humana al poner en contacto más cercano la bacteria y sus huéspedes animales con las personas” (2p.8). En el período 2005-2011 se notificaron 2122 casos al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, Ministerio de Vigilancia Clínica, registrándose un pico de notificación durante 2007 debido al brote ocurrido en las provincias de Santa Fe y Entre Ríos, derivado de las inundaciones. En 2010 y 2011, el mayor número de casos reportados en el país correspondieron a las provincias de Santa Fe y Entre Ríos.

En Rosario, se llevó a cabo un estudio (Balpará, Corallo, Porcasi, Lamfri) acerca de las variables medioambientales que pudieran estar relacionadas con el brote de leptospirosis acaecido durante 2007, con el objeto de desarrollar un mapa de riesgo epidemiológico. En dicho estudio se concluyó que la cercanía a zonas inundadas, anegadas, como así también el contenido de humedad de la vegetación y del suelo constituyeron las variables principales para la construcción del mapa de riesgo. Reconociendo el aporte de la Epidemiología Panorámica, los autores se alaban no obstante, la necesidad de *“incorporar al análisis la siguiente información disponible: densidad poblacional, índice de condiciones saludables, localización de basurales, localización de lotes baldíos, trampeo de roedores, entre otras; como también investigar los casos ocurridos distantes de las zonas inundadas/anegadas”* (3p.9).

En lo atinente a estrategias de prevención de la problemática, la vacunación a grupos de riesgo constituye una de las medidas de protección más eficaces en el hombre para evitar la infección, conjuntamente con intervenciones dirigidas al saneamiento ambiental y aseguramiento de medidas de protección para los grupos de trabajadores expuestos. La inmunización humana contra serovares específicos se ha utilizado con buenos resultados en Cuba, Italia, Japón, Polonia, Israel, Francia, Rusia y China.

En nuestro país se cuenta con la vacuna cubana Vax-SPIRAL que contempla en su composición a los serogrupos *Canicola* serovar *canicola*, *Icterohaemorrhagiae*, serovar *Copenhageni*, y *Pomona*, Serovar *Mozdok*. En un estudio fase II(4) que evaluó reactividad, se constató que se trataba de una vacuna segura y muy poco reactiva para adultos humanos, siendo los principales signos y síntomas reportados la fiebre, dolor local en el sitio de inyección

y malestar general.

La eficacia y seguridad de esta vacuna, fue evaluada en un estudio publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública(5) en 2004, evidenciándose una eficacia del 78,1%; involucró 101.832 personas con seguimiento a 12 meses. En otro estudio (6) desarrollado en el 2000 con grupos en riesgo de la provincia de Olguín, Cuba, se demostró una efectividad del 97,3%.

No obstante estos antecedentes, el Ministerio de Salud de la Nación no ha tomado a la decisión de incorporar la vacuna en forma sistemática, fundamentalmente en virtud de las escasas experiencias nacionales de aplicación de la vacuna, hecho que plantea interrogantes respecto de la aceptabilidad de la misma por parte de la población.

En efecto, en nuestro país se llevaron a cabo dos experiencias de inmunización con la utilización de la vacuna cubana, una en Entre Ríos y otra en el Gran Buenos Aires. En ninguna de las intervenciones fue posible asegurar la colocación de la segunda dosis en un porcentaje que permitiera producir conocimiento sobre la vacuna ni se logró tampoco un registro sistemático de la intervención. Uno de los supuestos respecto de las razones de la no concurrencia a la aplicación de la segunda dosis, giraba en torno a la emergencia de dolor local en la zona de aplicación, síntoma que podría haber desalentado a los usuarios a completar la cobertura del esquema. En síntesis, no fue factible realizar un adecuado monitoreo de los potenciales eventos adversos derivados de la inmunización, como así tampoco de sus potenciales beneficios en el contexto nacional.

En tal sentido, se considera relevante poder desarrollar un estudio evaluativo que contribuya a la toma de decisiones y sistematización de estrategias preventivas en el sector salud con relación a esta problemática. Dicho estudio evaluativo, debe contemplar diversas dimensiones: la disposición de la población a completar el esquema de vacunación y la aceptabilidad con respecto a tal/es medida/s preventiva/s; las condiciones de vida que podrían propiciar el potencial contagio, la capacidad operativa del propio sistema de salud para acercar la vacuna a los usuarios en tiempo y forma adecuados a sus necesidades y para asegurar el seguimiento clínico epidemiológico en el tiempo; el comportamiento inmunológico de la población que accediera al esquema completo de vacunación, identificando su posible exposición previa al agente causal de la leptospirosis, como así tam-

bi n modificaciones del perfil inmunol gico a lo largo del proceso de inmunizaci n.

OBJETIVOS

General:

- Evaluar la aceptabilidad de la vacuna contra la leptospirosis, reactogenicidad, comportamiento inmunol gico y vigilancia cl nico-epidemiol gica en la poblaci n de dos barrios de la regi n Sur de la provincia de Santa Fe y en dos grupos laborales de riesgo durante el periodo octubre 2012-octubre 2014.

Espec ficos:

- Describir las caracter sticas sociodemogr ficas de la poblaci n inmunizada y condiciones de vida seg n: caracter sticas de la vivienda, del entorno medio-ambiental, h bitos de vida y factores de riesgo presentes en los procesos de trabajo de los sujetos destinatarios.

- Estimar la cobertura de vacunaci n alcanzada en la poblaci n incluida en el estudio.

- Identificar eventos adversos derivados de la colocaci n de la vacuna.

- Caracterizar el comportamiento inmunol gico de los pacientes mediante dosaje de anticuerpos previos a la inmunizaci n y posterior a la misma.

- Valorar en la poblaci n inmunizada la emergencia de posibles casos de enfermedad mediante seguimiento cl nico epidemiol gico.

ESTRATEGIA METODOL GICA

Se trata de un estudio evaluativo desarrollado en dos grupos poblacionales aleda os a Centros de Salud y dos grupos laborales de riesgo.

Poblaci n en estudio

El presente estudio est dirigido a poblaci n adulta entre 18 y 65 a os, expuesta a riesgo de infecci n de leptospirosis, considerando exposici n vinculada a condiciones medioambientales en el lugar de residencia y/o a actividad laboral. A tal efecto se focaliz el estudio en las reas de influencia de los CS Mangrullo y Remanso Valerio. Dichas reas son aleda as a las costas del r o Paran , (con actividad de pesca de los pobladores, uso recreativo de las aguas, condiciones deficitarias de urbanizaci n, de las viviendas, y fuentes de contaminaci n peridomiciliarias ligadas a acumulaci n de basura y aguas estancadas, volcado de residuos de cereal en las v as f rreas, circulaci n de animales dom sticos callejeros, y presencia significativa de roedores) La condici n de adscripci n al

sistema de salud de los pobladores del rea de influencia de estos Centros facilita el consentimiento de los sujetos a la vez que el proceso de seguimiento de dos a os previsto en la investigaci n.

Adem s se incorporaron al estudio trabajadores nucleados en el sindicato de barrido y limpieza con sede en la ciudad de Rosario como tambi n profesionales veterinarios vinculados a la atenci n de animales de compa a, de producci n y aquellos abocados al trabajo en tambos, pertenecientes a los Colegios Veterinarios de la ciudad de Rosario y de Venado Tuerto.

Todos los participantes completaron un formulario de consentimiento informado previo a la intervenci n para garantizar la decisi n voluntaria de enrolamiento en el presente estudio.

Criterios de inclusi n:

- Individuos de ambos sexos mayores de 18 a os, adscriptos a los centros de salud de la zona que brinden su consentimiento de participaci n.

- Trabajadores nucleados en el sindicato de barrido y limpieza.

- Veterinarios

Criterios de exclusi n:

Embarazadas, individuos con antecedentes de enfermedades cr nicas descompensadas (asma bronquial, cardiopat a isqu mica, hepatopat as y nefropat as graves) inmunodeprimidos; enfermedad infecciosa aguda en el momento de aplicaci n de la vacuna y antecedentes de tratamiento inmunosupresor. Enfermedades del sistema hematopoy tico.

Captaci n de la poblaci n

En primera instancia se procedi a una amplia difusi n de la intervenci n a trav s de los medios de comunicaci n locales (radio, diarios, etc.)

Se realizaron Jornadas de sensibilizaci n previas a la vacunaci n en los dos espacios barriales, con participaci n del propio equipo de APS y de vecinos de la zona.

Para el caso de los veterinarios se trabaj con integrantes de los Colegios Profesionales de Veterinarios, quienes asumieron la tarea de sensibilizaci n y captaci n de la poblaci n.

Para el caso de los trabajadores de barrido y limpieza se acord la intervenci n con los actores del gremio correspondiente.

Intervenci n

En el momento de la aplicaci n de la primera dosis de vacuna(a) se administr un cuestionario con preguntas cerradas, Encuesta de Condiciones de Vida

que releva información acerca de aspectos socio-demográficos, laborales, hábitos de vida, características de la vivienda; y condiciones de saneamiento ambiental (b). Se procedió también a la toma de una muestra de sangre para el caso de la población de Centros de Salud y profesionales de ambos Colegios de Veterinarios, a efectos de evaluar inmunidad previa a leptospirosis. El tipo de serología realizada consistió en un enzoinmunoensayo en fase sólida (ELISA), que permite determinar IgG e IgM (Vanasco et al., 2007) (7). Ambos enzoinmunoensayos detectan anticuerpos específicos anti-leptospiras, sin poder diferenciar cuáles es la variedad o variedades de leptospiras reaccionantes.

Se evaluó reactividad en la población inmunizada. Para el caso de la población adscrita a los centros de salud y para los profesionales veterinarios de Rosario, dicha evaluación se dirigió al total de la población. Mientras que, para el caso de población de trabajadores nucleados en el sindicato de Barrido y Limpieza, la evaluación se realizó a una muestra (muestreo simple al azar) de 170 personas (Precisión 0,05.-Confianza 0,95.) A tal efecto se contactó a los individuos inmunizados en forma telefónica y se relevaron las posibles consultas a los servicios de salud, dentro de los siete días posteriores a la aplicación de la primera dosis con el fin de detectar posibles efectos adversos derivados de la aplicación de la vacuna. Esta información se volcó en un registro específico – para el caso de grupos laborales de riesgo denominado “Planilla de Eventos Adversos”, y para el caso de usuarios de los Centros de Salud “Planilla de Seguimiento Clínico”, que se adjuntó a la respectiva historia clínica. Transcurridas seis semanas desde la aplicación de la primera dosis, se procedió a la aplicación de la segunda dosis de vacuna. En esa instancia se reinterrogó sobre el surgimiento de posibles eventos adversos derivados de la inmunización que hubieran aparecido a posteriori de la aplicación de la primera dosis. Se completó la intervención con la extracción de una segunda muestra de sangre a partir de los 21 días de la segunda dosis de vacuna para caracterizar el comportamiento inmunológico de la población.

Se prevé un seguimiento clínico-epidemiológico durante 2 años a partir de la colocación de la primera dosis de la vacuna, con el fin de relevar la aparición de potenciales casos de la enfermedad. Para ello, se contará con el Sistema Municipal y Provincial de Vigilancia Epidemiológica y se seguirá el protocolo de

actuación definido por el Ministerio de Salud de la Provincia.

CRONOGRAMA:

Octubre 2012– Noviembre de 2014:

Semana 1: Aplicación de primera dosis de vacuna, extracción de primera muestra de sangre, almacenamiento y administración de encuesta de condiciones de vida.

Semana 2: Evaluación de reactividad en la población vacunada.

Semanas 3 a 6: Carga de datos de encuesta.

Semana 6: Aplicación de segunda dosis. Búsqueda activa de la población que no concurre y cita para la extracción de la segunda muestra de sangre.

Semana 9 y 10: Extracción de la segunda muestra de sangre. Búsqueda activa de la población que no concurre.

Semana 11 y 12: Elaboración de Informe de avance.

Semana 9 hasta fin del estudio (Noviembre de 2014): Seguimiento de la población inmunizada para identificar emergencia de casos de leptospirosis.

Noviembre 2014 – Diciembre de 2014: Análisis de resultados, interpretación, redacción del informe final, comunicación de hallazgos y transferencia de resultados en distintos niveles del Sistema de salud.

RESULTADOS

Se aplicó una primera dosis de vacuna contra leptospirosis a un total de 1222 personas. La población destinataria la constituyeron pacientes y grupos familiares adscritos a los Centros de Salud (CS) Mangrullo y Remanso Valerio; veterinarios asociados a los Colegios Profesionales de Rosario y Venado Tuerto, y trabajadores pertenecientes al sindicato de Barrido y Limpieza. Luego, se aplicó la segunda dosis correspondiente, a 1030 personas (84% de los que recibieron la primera aplicación). (Tabla 1)

Se llevó a cabo además un estudio de serología con el objeto de caracterizar el comportamiento inmunológico de los pacientes, para lo cual se incluyó específicamente a la población de los CS y de profesionales veterinarios. Se realizó ELISA IgM e IgG, según protocolo del Kit LEPTO ELISA IgM y LEPTO ELISA IgG producidos por el INER “Dr. E. Coni” (ANLIS-UNL).

De este modo junto con la primera dosis de vacuna se extrajo la primera muestra de sangre a la totalidad de los vacunados incluidos en el estudio

serológico (224). A partir de la tercera semana de la segunda dosis de vacuna, se llevó a cabo la segunda muestra de sangre; en esta oportunidad se concretó la extracción en menos de la mitad (91) de los usuarios que realizaron la primera muestra. (Tabla 2)

REACTOGENICIDAD

Se evaluaron los posibles efectos adversos posteriores a la colocación de la primera dosis de vacuna mediante una encuesta telefónica. Se totalizaron

289 encuestas distribuidas según se muestra en la siguiente tabla. (Tabla 3)

El relevamiento dio como resultado que 60/289 (21%) de los encuestados refirieron no presentar ningún signo ni síntoma. En tanto 229/289 (79%) sí lo presentaron, síntomas locales y dentro de éstos, el dolor en el sitio de aplicación de la vacuna fue el más frecuente. (Tabla 4)

Tabla 1: Número de vacunados por población

Población	1ª Dosis	2ª Dosis	% población que recibió 2º dosis
CS El Mangrullo	31	17	54.8
CS Remanso Valerio	88	44	50.0
Col. de Veterinarios	105	81	77.1
Sindicato de B. y L.	1037	911	87.8
Total	1261	1053	83.5

Tabla 2: Número de muestras de sangre por población

Población	1ª Muestra	2ª Muestra
CS El Mangrullo	31	12
CS Remanso Valerio	88	24
Col. de Veterinarios	105	55
Sindicato	0	0
Total	224	91

Tabla 3: Distribución de encuestas telefónicas de las poblaciones vacunadas

Grupos encuestadosE	ncuestados (frecuencia)
CS Mangrullo	26 encuestados
CS Remanso Valerio	36 encuestados
Colegio de Veterinarios Rosario	57 encuestados
Trabajadores Barrido y Limpieza	170 encuestados
Total	289 encuestados

Tabla 4: Reactogenicidad: Dolor local

Población						
		CS "El Mangrullo"	"Remanso Valerio"	Veterinarios	Sindicato	Total
Dolor	Si	19 (73%)	28 (78%)	53 (93%)	129 (76%)	229 (79%)
local	No	7 (27%)	8 (22%)	4 (7%)	41 (24%)	60 (21%)
Total		26 (100%)	36 (100%)	57 (100%)	170 (100%)	289 (100%)

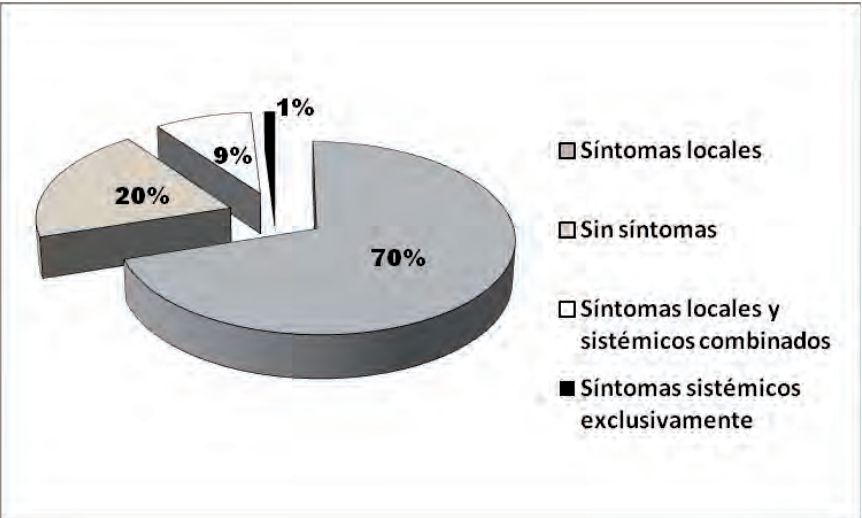
S lo 17 de los vacunados que tuvieron dolor local tambi n presentaron induraci n en el sitio de aplicaci n de la vacuna. En tanto 25/258 (9%) de los vacunados, refirieron s ntomas sist micos (febr cula, fiebre, malestar general, cefaleas, prurito o rash) asociados con efectos locales. Por ltimo, dos personas manifestaron s ntomas sist micos exclu-

sivamente.

Ninguno de los encuestados refiri s ntomas tales como lipotimia, n useas y v mitos, o absceso y necrosis en el sitio de puncci n. (Gr fico 1)

Para aquellos encuestados que presentaron alg n tipo de reactogenicidad posterior a la aplicaci n

Gr fico 1: Tipo de sintomatolog a posterior a la vacunaci n (n=289)



de la vacuna, se indag respecto de la necesidad de consulta m dica que hubieran ocasionado los s ntomas. Se encontr que s lo el 5% de la poblaci n que refiri alg n s ntoma (11/231) requiri de dicha consulta.

COMPORTAMIENTO INMUNOL GICO

Se analizaron 315 muestras de suero pertenecientes a 224 individuos: 224 primeras muestras ob-

tenidas inmediatamente antes de la inmunizaci n con la vacuna antileptospir sica Vax-SPIRAL® y 91 segundas muestras, comprendidas entre 50 y 244 das despu s de la vacunaci n. Todas ellas se procesaron por duplicado mediante ELISA IgM e IgG, seg n protocolo del Kit LEPTO ELISA IgM y LEPTO ELISA IgG, producidos por el INER "Dr. E. Coni" (ANLIS-UNL). Los resultados de cada uno de ellos se expresaron como el promedio de las densidades pticas (DO) de

las dos lecturas de los duplicados y se consideraron positivos cuando superaron el valor de corte determinado para cada ELISA según protocolo. Ambos ELISAs son cualitativos y no es posible determinar títulos de anticuerpos, por ello para poder evaluar el aumento de anticuerpos se definió un criterio arbitrario en base a las DO obtenidas en las lecturas.

Los resultados de los ELISAs obtenidos para cada inmunoglobulina y tipo de muestra se detallan en la Tabla 5.

Si se considera como resultado positivo a cualquiera de los ELISAs (IgM o IgG), el total de primeras muestras que resultaron positivas fue de 35 (15,6%), mientras que en el caso de las segundas muestras fue de 67 (73,6%).

Se evaluó en cada paciente la “seroconversión” y el “aumento de anticuerpos” IgM e IgG, entre la 1ª muestra obtenida al momento de la primera dosis vacunal (nivel basal) y la 2ª muestra obtenida a partir de los 21 días de la segunda dosis de vacuna.

Se definió como seroconversión a IgM o IgG aquellos individuos cuyos resultados de ELISA IgM o IgG respectivamente, pasaron de negativo a positivo entre ambas muestras. Se denominó seroconversión total, cuando ocurrió seroconversión a una o ambas

inmunoglobulinas.

Se definió como “bajo aumento de anticuerpos” cuando se observó un aumento en las densidades ópticas de 0,1 a 0,9 DO y un “alto aumento de anticuerpos” cuando el aumento de DO fue mayor de 0,9. Es importante resaltar que este criterio se usó tanto en muestras positivas como negativas, para poder medir el comportamiento inmunológico tanto en aquellos pacientes que no llegaron a seroconvertir porque ya resultaban positivos en la primera muestra o aquellos donde el aumento fue insuficiente para generar la seroconversión. Se denominó aumento total de anticuerpos, cuando ocurrió aumento de DO frente a una o ambas inmunoglobulinas.

Se analizó la seroconversión y el grado de aumento de anticuerpos IgM e IgG luego de la vacunación, de los 91 individuos que poseen 2 muestras. El **aumento total de anticuerpos (IgM y/o IgG)** se encontró en el **97,8%** de los casos (89/91 muestras). (Tabla 6)

Nota: La columna del aumento como de seroconversión de IgM y/o IgG, no es igual a la suma de los aumentos parciales, porque resultan de considerar “aumento” cuando ocurrió en al menos una de las dos inmunoglobulinas para cada individuo, pudiendo

Tabla 5: Resultados de serología de las muestras antes (1º muestras, n=224) y después (2º muestras, n=91) de la vacunación (2012-2013)

	IgM	IgG	IgM e IgG	LISA
1ª muestra positiva	21/224 (9,4%)	16/224 (7,1%)	2/224 (0,9%)	35/224* (15,6%)
2ª muestra positiva	53/91 (58,2%)	53/91 (58,2%)	39/91 (42,8%)	67/91 (73,6%)

* Los totales resultan de la suma de muestras reactivas a IgM e IgG, restando el número de muestras con resultado positivo a ambas inmunoglobulinas para evitar el doble conteo en estos casos.

Tabla 6. Aumento y seroconversión de anticuerpos, IgM, IgG y/o ambos, en las 91 individuos con muestras pareadas.

	IgM	IgG	IgM y/o IgG
Seroconversión	50 (54,9%)	47 (51,6%)	63 (69,2 %)
Bajo Aumento	9 (10,5%)	19 (20,9%)	27 (29,7%)
Alto Aumento	76 (83,5%)	55 (60,4%)	83 (91,2%)
Aumento total	85 (93,4%)	74 (81,3%)	89 (97,8%)

aumentar en algunos casos una, en otros, otra o cada una de las categorías.

Sin embargo, cuando se analizó la **seroconversión** luego de la vacunación, 34 muestras seroconvirtieron a IgM e IgG (37,3%), 16 lo hicieron sólo a IgM (17,6%), 13 muestras sólo a IgG (14,3%) y la seroconversión total fue del 69,2% (63 muestras). Dentro de las muestras que seroconvirtieron, 5 ya tenían resultado positivo en IgG o IgM en su primera muestra y lo hicieron a la otra inmunoglobulina en la segunda muestra. Hubo 25 muestras que no seroconvirtieron a ninguna inmunoglobulina, sin embargo, en 23 de ellas se observó aumento en la densidad óptica (DO) entre la primera y segunda muestra. Esto explica que la seroconversión observada haya sido elevada aunque menos que el aumento total de anticuerpos.

Por último, se evaluó el aumento total de anticuerpos y seroconversión discriminando por el tiempo transcurrido entre la vacunación y la obtención de la

2ª muestra. Se recibieron muestras de entre 50 y 244 días posteriores a la vacunación, y se dividieron en las siguientes categorías: muestras extraídas entre los 50 y 90 días, 91 y 120 días, y más de 120 días.

El porcentaje de muestras con seroconversión tanto a IgM como a IgG aumenta entre los 91 y 120 días para luego disminuir a valores similares en ambas inmunoglobulinas.

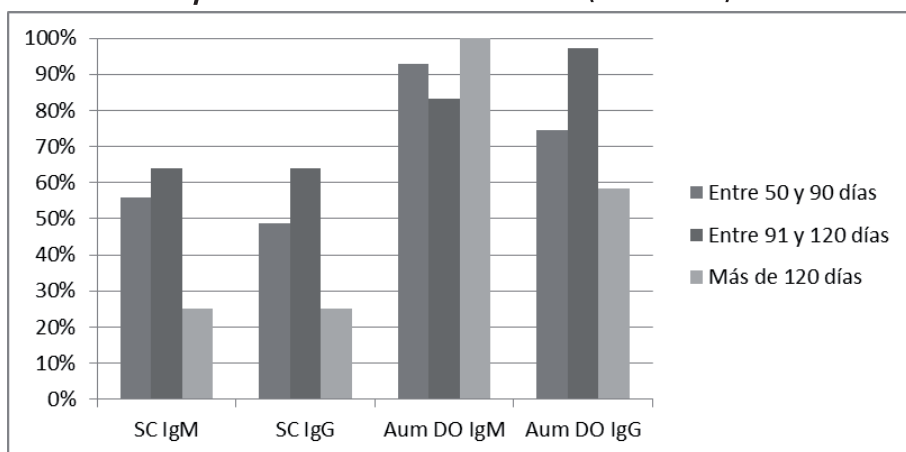
En cuanto al aumento de la densidad óptica (DO). Se observa un comportamiento opuesto entre IgM e IgG, siendo esperable la mayor respuesta de IgM en las muestras de 60 a 90 días y más de 120 días.

Los resultados se observan en el gráfico 2.

SEGUIMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

El seguimiento de la población vacunada se llevó a cabo hasta cumplidos los dos años de la colocación de la primera dosis de vacuna. Hasta la fecha se notificaron y estudiaron a tres de los vacunados

Gráfico 2. Porcentaje de muestras con seroconversión (SC) y con aumento de densidad óptica (Aum DO) en IgM e IgG, discriminado por días entre vacunación y toma de muestra. Gran Rosario (2012-2013)



que presentaron sintomatología. Dos de ellos manifestaron síndrome febril de varios días de evolución, descartándose mediante pruebas de laboratorio la emergencia de leptospirosis. Otro de los vacunados debió ser internado por un síndrome de Guillain-Barré. En este paciente no se pudo concluir la posible relación con la vacuna.

DISCUSIÓN

En primer lugar resulta de relevancia considerar los alcances del presente estudio. Se trata de

la primera experiencia en el país de colocación de vacuna contra leptospirosis en población enrolada para su seguimiento. Por otro lado la evaluación de la intervención contempla con profundidad todos los aspectos relacionados con la vacuna: aceptabilidad, reactogenicidad, comportamiento inmunológico y monitoreo clínico epidemiológico. El seguimiento de la población vacunada se extendió a dos años. En los estudios llevados a cabo en países donde la vacunación se realiza en forma sistemática, se evalúa en un año el alcance de la inmunidad. En nuestro ámbito

y por tratarse de una experiencia inédita, el seguimiento se extendió a dos años, tendiente a detectar la emergencia de la enfermedad en la población de vacunados.

En términos generales la **aceptabilidad** de la vacuna resultó altamente favorable, debido a la cobertura alcanzada y a la baja **reactogenicidad**.

La segunda dosis se logró colocar en el 84% de la población que realizó la primera vacuna. No obstante, cabe consignar diferencias significativas al interior de las distintas poblaciones enroladas en el estudio. Las poblaciones de veterinarios y de trabajadores de barrido y limpieza lograron cumplimentar el esquema de dos dosis en un alto porcentaje (88%), mientras que en los pacientes adscritos a los Centros Salud, sólo la mitad de los que recibieron la primera vacuna, completaron las dos dosis.

Para la selección de los dos centros de salud se priorizaron las condiciones socio-sanitarias y de urbanización deficitarias y la cercanía al río, así como el antecedente de la aparición de casos de leptospirosis en la última inundación. Si bien en estas barriadas la pesca suele constituirse en un trabajo frecuente con la consecuente exposición al riesgo de contraer leptospirosis, las gestiones para convocar a los pescadores fundamentalmente en El Mangrullo, resultaron insuficientes. Sólo accedieron a la vacuna 20 de ellos, 16 en el Remanso Valerio y 4 en el Mangrullo. A los posibles errores en la estrategia de convocatoria, cabe considerar de qué modo condiciones laborales precarias como las de las poblaciones adscritas a los Centros de Salud, redundan en perfiles de mayor vulnerabilidad psico-social que se traduce en posibilidades diferenciales de apropiación de comportamientos preventivos. En contrapartida, poblaciones expuestas a riesgo laboral, pero con condiciones laborales formales logran dar consistencia a conductas de prevención del riesgo, tal el caso de los empleados de barrido y limpieza y los profesionales veterinarios.

El otro atributo de la vacuna que facilitó la adherencia al esquema de dos dosis, lo constituyó la escasa reactogenicidad referida por todas las poblaciones de vacunados. Mientras el 20% no refirió presentar ningún signo ni síntoma, el 70% sólo manifestó dolor local pasajero en el sitio de la aplicación. Otros efectos de escasa jerarquía relevados lo constituyeron el eritema y el calor local en el sitio de punción. Por último, síntomas sistémicos como la fiebre, la fiebre y el malestar general asociados o no a dolor local

se relevaron en un 10% de los vacunados.

El análisis del **comportamiento inmunológico** permitió conocer los títulos de inmunoglobulinas previas a la vacunación. El 15,6% de las muestras de serología resultaron positivas al inicio del estudio, es muy probable que el resultado obedezca a la presencia de infección previa con leptospira. En este título queda pendiente la individualización de los vacunados con serología positiva previa y su relación con la exposición que derivó en el contacto con leptospira. Se analizará en cada uno de ellos, las condiciones laborales, los hábitos, el contacto con roedores, el lugar y el tipo de residencia entre otros posibles riesgos.

Otro hallazgo de importancia lo constituyó el **marcado aumento** de anticuerpos para una inmunoglobulina o para ambas posterior a la vacuna, ya sea en población sin títulos previos como en los individuos con antecedentes de contacto con leptospira. De los 91 vacunados en los que se pudo comparar la inmunidad pre y pos vacuna, 89 de ellos aumentaron los niveles de anticuerpos.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron similares e incluso mejores a los documentados en los países donde la aplicación de la vacuna se realiza en forma sistemática. Las mayores proporciones de aumento de anticuerpos obtenidas en este trabajo pueden ser debidas a una mayor sensibilidad de los métodos de ELISA aplicados. La seroconversión a una u otra inmunoglobulina fue elevada (69,2%) y superior al 45% obtenido por Martínez y col. (2005). La diferencia podría deberse a la incorporación del ELISA IgM, ya que si sólo se considerase el porcentaje de seroconversión a IgG (51,6%) los valores serían comparables. Tanto el incremento de anticuerpos como la seroconversión obtenida estarían relacionados con la capacidad inmunológica de la vacuna.

En este punto resta por realizar un análisis individualizado con el objeto de relacionar, procedencia y condiciones de vida con comportamiento inmunológico.

Otra línea de indagación que requiere de futuros estudios, estaría orientada a la evaluación de la durabilidad de los anticuerpos en el tiempo derivados de la colocación de la vacuna. Esta información resulta de relevancia para la elaboración del cronograma de vacunación en caso que se decida contar con la disponibilidad de la vacuna en nuestro país.

La aplicación de la vacuna se complementó con la administración de una **encuesta de condiciones de vida**. Los datos relevados muestran diferencias

significativas entre las distintas poblaciones incluidas en el estudio.

Las condiciones de mayor criticidad la manifestaron los pacientes adscriptos a los centros de salud, donde se registraron mayores índices de viviendas precarias, hacinamiento y deficientes servicios sanitarios, tales como recolección de residuos, ausencia de agua segura y conexión clandestina a la red de energía eléctrica. También en estos grupos poblacionales prevalecen las actividades laborales informales y niveles de escolaridad bajos. Paradójicamente, en los grupos que revisten alto riesgo de exposición para contraer leptospirosis y podrán beneficiarse con la vacuna, es donde se logra menor cobertura.

Con relación a la presencia de roedores, todos los grupos poblacionales refirieron encontrarlos en las inmediaciones de las viviendas. Puntualmente para el caso de los vacunados adscriptos a los centros de salud, los roedores dentro de la vivienda constituyen un problema de jerarquía.

Por último, es pertinente rescatar la importancia de implementar trabajos de evaluación de tecnologías en tanto contribuyen a la producción de información necesaria para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

NOTAS FINALES

a. El esquema de administración de la vacuna es de dos dosis de 0,5 ml administradas por vía intramuscular profunda en el músculo deltoides, con un intervalo de 6 semanas entre ambas dosis.

b. Cabe aclarar que la Encuesta de Condiciones de vida estuvo dirigida exclusivamente a las poblaciones de los centros de salud, los veterinarios del Colegio Profesional de Rosario y los trabajadores de barrio y limpieza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barcellos C. O lugar do caso: leptospirose e riscos associados a condições ambientais durante o surto de 1996 na Zona Oeste do Rio de Janeiro. *Cad. Saude Publica* (online). 2001, vol. 17, supl, pp 59-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700014>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Integrado de Vigilancia. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, N° 119. Mayo 2012.
3. Corallo L; Balparda L; Porcasi X; Lamfri M. Desarrollo de un mapa de riesgo epidemiológico de leptospirosis en la ciudad de Rosario utilizando datos

provenientes de sensores remotos y de la infraestructura de datos espaciales de Rosario. <http://www.selper-mexico.org.mx/XT%20PDF/EPIDEMIOLOGIA/EPIDEM-14.pdf>.

4. Martínez R et al. Reactogenicidad de la vacuna cubana trivalente contra la leptospirosis humana en un ensayo clínico fase II. *VacMonitor*. 2001. Enero-Marzo. 10 (1) 1-7.
5. Martínez R et al. Eficacia y seguridad de una vacuna contra la leptospirosis en Cuba. *Rev.Panam.Salud Pública*. 2004. 15 (4) : 249-255.
6. Martínez R et al. Evaluación de la efectividad de una nueva vacuna contra la leptospirosis humana en grupos de riesgo. *Rev.Panam.Salud Pública*. 2000. 8 (6) 385-392.
7. Vanasco NB, Lottersberger J, Schmeling MF, Gardner IA, Tarabla HD. Diagnóstico de leptospirosis: evaluación de un ensayo inmunoenzimático en fase II en diferentes etapas de la enfermedad. *Rev. Panam Salud Pública*. 2007; 21 (6): 388-95.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Informe sobre Leptospirosis en la República Argentina. 2006. CCLA – AAVLD. Fundación Mundo Sano. Bs. As., Argentina. 54 pp.
- Martínez Sánchez, R.; Pérez Sierra, A.; Obregón Fuentes, A. M.; Rodríguez González, I.; Baly Gil, A.; Barón Suárez, M.; Rodríguez Silveira, J.; Bermond Gastón, D. Reactogenicidad e inmunogenicidad de la vacuna cubana inactivada trivalente contra la leptospirosis humana según diferentes esquemas. *Rev Cubana Med Trop* 54(1): 37-43, ND. 2002 Apr.
- Martínez I., Martínez R., Zamora Y., Rodríguez JE, Fernández C., Obregón A. Respuesta de anticuerpos IgG antileptospira en individuos inmunizados con vax-SPIRAL. *Rev. Cubana Med. Trop.* 2005; 57 (1): 32-7.
- Zunino E. Pizarro R. Leptospirosis. Puesta al día. *Rev. Chil.infectol.v.24 n.3.* Santiago. Jun.2007.
- Agudelo-Florez P. Restrepo-Jaramillo B. Arboleda Naranjo M. Situación de la leptospirosis en el Urab antioqueño colombiano: estudio seroepidemiológico y factores de riesgo en población general urbana. *Cad. Saude Publica* (online). 2007, vol.23, n9, pp2094-2102. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900017>
- Rodríguez I. Martínez R. Zamora Y. Rodríguez JE. Fernández C. Obregón AM. Respuesta de anticuerpos IgG antileptospira en individuos inmunizados con vax-SPIRAL. *Rev. Cuba.med.trop*; 57(1), ene-abr.2005.
- Obregón AM. Martínez G. Martínez R. Llop A.

Rodríguez I. Rodríguez J. Fernández C. Respuesta serológica por ELISA y MAT en voluntarios cubanos vacunados con vax-SPIRAL. Rev. Cuba.med.trop; 56(2), mayo-ago.2004.

Accesibilidad a estudios de Resonancia Magnética Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012.*

Quadri, Andrea ¹

RESUMEN

El acceso a la atención en salud reconoce múltiples determinaciones. El acceso a tecnología de alta complejidad en el marco de la estrategia de atención primaria podría señalar diferenciales de acceso particulares. El objetivo del presente trabajo consiste en analizar la accesibilidad en términos de utilización de alta complejidad, de pacientes a los que se les solicitó Resonancia magnética nuclear (RMN) en consultorios del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario durante el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012 Rosario, y su relación con la condición de cobertura por obra social y especialidad que prescribe.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se utilizaron fuentes secundarias de información provenientes de datos del sistema informático del área de Auditoría del CEMAR y de registros de realización de RMN del área de Diagnóstico por imágenes. Los principales resultados

consisten en el hallazgo de diferenciales de acceso a la realización de RMN. Según dichos hallazgos, los pacientes con obra social tienen mayores probabilidades de no realizarlos, si bien los que acceden a realizarlos lo efectivizan en mejores tiempos comparados con el grupo sin cobertura social. Considerando la dimensión temporal de accesibilidad en el grupo que realizó la RMN, se constata, que en más de la mitad de los pacientes, la realización excede los tiempos establecidos como máximos para cada nivel de priorización temporal. En cuanto a los resultados según servicio solicitante, se observa que los pacientes atendidos por el servicio de traumatología, tienen mayores chances de realizar los estudios en tiempos inadecuados, en tanto que los atendidos por el servicio de ginecología y oncología tienen mayores chances de realizarlos en tiempos adecuados.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud / Tecnología de biomédica / Atención ambulatoria.

1.-Médica Generalista. Miembro del área de Auditoría del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ABSTRACT

Access to health services admit multiple determinants. Access to high complexity technologies in the primary care strategies framework could show particular access variances. The purpose of this work is to analyze accessibility in terms of high complexity services utilization, by patients with Magnetical Resonance Imaging (MRI) requests, in consulting rooms from Ambulatory Medical Specialties Centre (CEMAR) depending on Public Health Secretary of Rosario City Municipality, during the period between July of 2011 and June 2012, and its connection to health insurance coverage condition and requesting specialty.

This is an observational, cross-sectional, descriptive study where secondary information sources were used. These sources come from the informatic system data of Auditing Area, and records of performed MRI in Diagnostic-radiology Area in CEMAR. The main results achieved are the finding of access variances to MRI performances. According to those findings, in patients with health insurance coverage is more likely not to undergo to MRI, but those who do, performs it in less time than those patients without health insurance coverage. Regarding the temporal dimension of accessibility on the group that underwent to MRI, can be verified that in more than a half, the procedure is performed in more time than the maximum established for each level of time prioritization. On the other hand, the results concerning to requesting specialty, it was observed that patients from traumatology service have more chances to undergo to MRI in an inadequate time, whereas patients from oncology and gynecology have more chances to undergo to MRI in an adequate time.

Key words: Accessibility to health services – biomedical technology – outpatient care

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la problemática del acceso a la alta tecnología de diagnóstico por imágenes en particular Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en el marco del sistema público de salud de la Municipalidad de Rosario y en particular en el ámbito del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). El interés en este abordaje radica en la importancia de producir conocimiento respecto de las trayectorias realizadas por los pacientes atendidos en el sistema de salud público en

el proceso de búsqueda de atención especializada y utilización de tecnología diagnóstica de alta complejidad a fin de identificar obstáculos y facilitadores en el acceso a estudios de alta tecnología sanitaria diagnóstica y analizarlos a la luz de los lineamientos político-sanitarios de integralidad, equidad y universalidad sostenidos por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP-MR), en el marco de la constitución actual del sistema sanitario nacional. Por este medio se busca efectuar contribuciones concretas que permitan visibilizar nudos críticos en el proceso de atención de pacientes ambulatorios al momento de acceder a niveles mayores de complejidad dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como así también considerar posibles mecanismos tendientes a su superación.

CONTEXTO

En sistemas de Salud como el de Argentina la característica dominante de coexistencia de establecimientos de salud sin una planificación y programación coordinada, tanto entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, como hacia el interior de cada uno de ellos, trae como consecuencia la fragmentación de la atención generando, además de ineficiencia en el uso de recursos y duplicación de la atención, importantes limitaciones a la hora de garantizar la continuidad de atención, entendiendo a la misma como la asistencia a un problema determinado de salud de un usuario en todos los niveles del sistema sanitario que requiera(1), lo que incluye el acceso a tecnología de alta complejidad tanto para procedimientos diagnósticos como para la realización de tratamientos.

En el municipio de Rosario el sistema público de salud está constituido por efectores que corresponden a diferentes dependencias administrativas: provincial y municipal. Ambas administraciones reconocen como marco político-sanitario la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En lo que atañe al Subsector público municipal, la Secretaría de Salud Pública de Rosario implementó en el año 2003, el Proyecto de Adscripción de Ciudadanos a través de Equipos de Referencia (a); con el objetivo de garantizar equidad en el acceso a los niveles de mayor complejidad. En dicho proyecto se privilegió el primer nivel de atención como puerta de entrada y nivel de referencia de los pacientes. Es así que en la actualidad la red de salud municipal está conformada por efectores que se organizan en tres niveles de aten-

ción, según la especialización técnica y complejidad tecnológica que poseen para la atención de los problemas de salud/enfermedad de la población. El primer nivel de atención que se propone como puerta de entrada al sistema y sitio de atención de problemas de salud/enfermedad prevalentes está constituido por 51 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos estratégicamente en todo el municipio, organizados distritalmente y coordinados por la Dirección de Centros de Salud (b). El segundo nivel de atención contempla consultas médicas y prácticas especializadas. Está constituido por: tres hospitales que cuentan con internación, un servicio de Internación Domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) efector dedicado exclusivamente a la atención de pacientes adultos que nuclea consultorios externos especializados que anteriormente a su creación funcionaban en el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Ivarez”. El tercer nivel que concentra la mayor sub-especialización técnica profesional y la alta complejidad tecnológica está constituido por el Hospital de Niños “Vctor J. Vilela” (HNVJV) y el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Ivarez” (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

CEMAR: Lógica organizacional

Estructura: El CEMAR -institución donde ancla la presente investigación- constituye en la red de servicios, el efector de segundo nivel con mayor número de consultas médicas especializadas (c). En el año 2012, se realizaron 67286 consultas a las distintas especialidades que allí se concentran. Cuenta además con servicio de odontología, cirugía ambulatoria, kinesioterapia, rehabilitación y un servicio de diagnóstico por imágenes en el que se realizan radiografías, ecografías y senografías.

Distritalización: Las derivaciones que recibe este efector provienen de todos los distritos de la ciudad dada la diversidad de especialidades que concentra. Al interior del CEMAR los profesionales tienen distritos de atención asignados, a fin de favorecer el intercambio distrital con los equipos de los CAPS.

Asignación de turnos: Debido a que es un efector dedicado a la consulta ambulatoria que no cuenta

con consulta de guardia ni de demanda espontánea, todas las atenciones deberán realizarse con turno previamente asignado. Esta lógica pretende mejorar la atención de la población favoreciendo la distribución de horas de consultorio, como así también la disponibilidad de historias clínicas en tiempo y forma para el momento de la consulta.

La asignación de turnos para los pacientes derivados desde el primer nivel se realiza telefónicamente a los CAPS, de modo que el paciente concurre a la consulta con su turno asignado. Para el caso de pacientes recitados en el CEMAR se les puede asignar turno desde el CAPS o en el propio CEMAR. Finalmente, las derivaciones del tercer nivel de atención pueden provenir de atenciones de guardia o de externalizaciones y se gestionan los turnos desde el HECA al momento del alta. En teoría no se otorgan turnos a pacientes que soliciten espontáneamente una consulta especializada, modalidad histórica en la atención sanitaria y que aún persiste con fuerte vigencia en el subsector privado. De hecho, la organización actual del sistema de salud municipal, tiende a desalentar esta modalidad de acceso a la atención especializada, por considerar que atenta contra la equidad en el acceso y en muchos casos produce efectos de fragmentación impactando en la integralidad de los procesos de atención. Sin embargo algunos pacientes acceden de este modo, facilitado muchas veces por circuitos informales.

En los hechos se constatan también atenciones a pacientes que acceden sin turno asignado. Esta situación puede afectar también la continuidad de atención dado que no sólo no quedan registradas en el sistema de registro informático, sino que muchas veces tampoco quedan registradas en la historia clínica.

ACCESO A ALTA COMPLEJIDAD

Los pacientes atendidos en CEMAR tienen garantizado el acceso a estudios de diagnósticos por imágenes de baja/mediana complejidad (radiografías, ecografías) que sean solicitados en la consulta. En aquellos casos en que el paciente requiera un estudio de imágenes de alta complejidad, tal como la Resonancia Magnética entre otras, la misma es autorizada solo en el caso de tratarse de pacientes carentes de cobertura social, efectivizándose el estudio en un Resonador propio de la red municipal. Por el contrario, si se trata de pacientes con cobertura social, es tarea del área de Auditoría gestionar la derivación a

su Obra Social correspondiente (d). Esta restricción se debe fundamentalmente a la necesidad de racionalizar el uso de la tecnología existente considerando no solo los costos que esta prestación representa para el sistema público de salud y que la posibilidad de que el Estado recupere económicamente las prestaciones realizadas a personas con cobertura de obra social no ha sido de las experiencias más exitosas en nuestro medio (2), sino también a la necesidad de priorizar a la población sin cobertura a fin de poder realizarlos en tiempo y forma. La práctica demuestra que se desencadenan diversas posibilidades de recorridos a la hora de gestionar, el paciente o sus familiares, su atención en la obra social para la realización de la Resonancia Magnética. Puede acontecer que estos pacientes desconozcan tener cobertura de obra social, que estando en conocimiento de tenerla, no se hayan afiliado a ella o no puedan afrontar los costos de los co-seguros, situaciones todas estas que hacen peligrar la continuidad de su atención, al intentar derivarlos a su obra social para efectivizar dichos estudios.

Por otro lado, si se centra la mirada en aquellos pacientes usuarios del sistema público de salud carentes de cobertura, también podrán encontrarse diferentes perfiles en el acceso a la Resonancia Magnética dependiendo de factores organizacionales que involucran:

- el nivel desde el cual se derivó al paciente al especialista que solicita el estudio,
- si la consulta con el especialista se realizó con turno asignado previamente o sin turno,
- la condición de estar adscripto o no al primer nivel de atención y
- la especialidad que solicita el estudio entre otros.

MARCO TEÓRICO

Acceso, accesibilidad, utilización de los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud es una cualidad de la calidad de atención referida a la interacción entre la población con necesidades de salud y el sistema de salud (3). Esta interacción se da en un contexto en el que las políticas públicas constituyen un factor de peso tanto en las condiciones socio-sanitarias de la población, como así también en la configuración de la oferta de servicios del sistema de salud de que se trate (4). Se trata de un término polisémico, en tanto su empleo puede referir tanto

a un aspecto del sistema de salud que posibilita u obstaculiza que las personas lleguen a los servicios necesarios para que se pueda establecer un primer contacto (5), como así también al acceso real a los servicios y a la utilización de los mismos (6,7). En términos generales existe coincidencia en considerar que el acceso y utilización de los servicios de salud está determinado por un lado por la oferta de servicios de salud en cuanto a las características de recursos específicos y organizacionales; y por otro lado por las características de la población a la que está asignado en términos demográficos, socioeconómicos, culturales y a las necesidades de salud. (3,4,7).

Ya desde Alma Ata se establece la diferencia entre accesibilidad y cobertura por considerar que este término delimita la existencia de servicios sanitarios en relación con cantidad de población, y el aprovechamiento de los servicios depende de que sean accesibles, considerando los patrones de utilización como un indicador de accesibilidad (7 p.67-68).

Las dimensiones clásicas aplicadas a accesibilidad a la atención en salud, geográfica, económica, socioculturales y funcionales u organizacionales (7) se han ido redefiniendo y profundizando. Particularmente el documento de OPS Renovación de Atención Primaria en las Américas señala la necesidad de trabajar con una perspectiva intercultural y de género la provisión de servicios de salud y como así también la responsabilidad de detectar barreras culturales, económicas, institucionales y legales que impidan que determinados grupos socioeconómicos de la población puedan acceder a la utilización de los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (8). La no discriminación y el acceso a la información son dimensiones incluidas desde la perspectiva del derecho a la salud por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas como variables a tener en cuenta para garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a todas las personas (9).

La atención en salud constituye según Mario Testa una serie de acciones específicas, concatenadas, con diferente grado de agregación, teniendo como punto de partida las necesidades de las personas como demandas actuales o potenciales (10 p.183). Este proceso que comprende tanto el primer contacto de un usuario con los servicios de salud en el momento de búsqueda de resolución de sus necesidades, como así también los caminos recorridos por él en el sistema en busca de la resolución de esa

necesidad es definido por Jesus W y Assis M como acceso (6). Estos autores retoman el desarrollo de Giovannella y Fleury respecto a las dimensiones de acceso, que incluyen aspectos mencionados por otros autores como localización de los servicios, disponibilidad, modos de organización y costos económicos pero desde una mirada que entiende que el acceso a los servicios de salud implica una relación entre el conjunto de obstáculos en la búsqueda de la atención de la salud y la capacidad de la población para superarlos (11). Es necesario destacar que la accesibilidad no constituye una característica propia del primer nivel de atención, en tanto todos los niveles de servicios deben estar accesibles, reconociendo que los requisitos son diferentes para el primer nivel de atención, en tanto constituye la puerta de entrada a los servicios de salud, que para los niveles de mayor complejidad (5).

Proceso de atención: Coordinación asistencial y continuidad de la atención

La trayectoria por los circuitos de atención, tanto si requiere del pasaje de un paciente por distintos niveles de complejidad, como si requiere del involucramiento de diferentes efectores de salud, plantea como riesgo frecuente la fragmentación en los procesos de atención. Se entiende por fragmentación la existencia simultánea de unidades o establecimientos de salud en un sistema de salud que operan de manera no integrada (8). Esta característica del sistema de salud se manifiesta en la falta de coordinación y comunicación entre los servicios de salud y entre niveles de atención generando duplicación de oferta de atención de salud, ineficiente utilización de recursos en algunos casos, provisión de la atención en el lugar menos apropiado -como es el caso de atenciones en guardias hospitalarias de problemas que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención- y una distribución territorial de los efectores que podría resultar inequitativa al no contemplar las características, distribución y necesidades de salud poblacionales (características socio-demográficas, población urbana o rural, estrategias de reproducción social, etc.).

Las consecuencias de la fragmentación del sistema de salud se traducen en falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad de atención ya sea por demanda de atención que no obtiene respuesta, conocida como demanda insatisfecha, por la prolongación de tiempo para obtener un turno, por la existencia de listas de espera, por la realización tardía de derivacio-

nes como así también por la entrega de servicios con enfoques programáticos reducidos (programas verticales). Otras consecuencias de importancia atribuibles a la fragmentación (entre otros factores) aluden a la menor posibilidad de contar con un equipo o institución de referencia en el primer nivel de atención, y a la trayectoria de pacientes que para solucionar un único episodio de salud debieron realizar múltiples consultas para su atención con diversos prestadores y a la inexistencia de transferencia de información clínica entre niveles de atención o entre diferentes prestadores (12).

Esta problemática, que comparte Argentina con otros países de Latinoamérica, es tratada en la literatura sanitaria por diversos autores que desarrollan conceptos como coordinación asistencial entre niveles de atención y continuidad de atención. Se trata de desarrollos teóricos que tienen como horizonte profundizar en mecanismos que promuevan la atención integral (12,13,14,15). Tanto el concepto de coordinación asistencial entre niveles de atención como el de continuidad asistencial aluden a la lógica de atención como un continuo para el paciente. La coordinación asistencial refiere a la articulación desde la gestión, de los servicios que requiere sucesivamente el paciente para la atención de un mismo problema de salud, y es definida por Terraza Nuñez y otros como "la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos" (13 p.486). La atención integrada ser a para estos autores, el punto máximo de coordinación asistencial. La continuidad asistencial refiere al resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como "el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo" (13 p.486).

En función de lo descripto hasta el momento es necesario señalar que, si bien la conexión de servicios sanitarios a través de la transferencia de información y la sincronización de los servicios son condiciones necesarias para que la atención se brinde en el momento y el lugar adecuados, es indispensable como elemento previo a la coordinación asistencial la existencia de un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes (13). En términos de la macrogestión se trata de la definición de los lineamientos político-sanitarios para todo el sistema sanitario, en términos de la me-

sogestión, la definición de lógicas organizacionales institucionales acordes con dichos lineamientos, y finalmente en términos de la microgestión se trata de la construcción de un proyecto diagnóstico/terapéutico en el sentido en que lo propone Wagner de Sousa Campos al referirse a la función de los profesionales de referencia de un paciente (16). Según este autor dichos profesionales serían responsables de la construcción de un proyecto terapéutico individual una vez arribado a un diagnóstico, considerando al paciente como sujeto y ya no como objeto de intervención y apelando para el desarrollo de dicho proyecto a herramientas de intervención que exceden largamente las de la clínica tradicional.

En lo que respecta al cumplimiento de circuitos organizacionales coordinados y normatizados, Mario Testa sostiene que podrá dar respuesta eficaz y eficiente al acceso y a la atención de la población, considerando que dicha normatización tenga el eje puesto en las necesidades de los pacientes y no sólo en las necesidades organizacionales de los servicios. Vale decir que el cumplimiento de normas organizacionales favorecerá el acceso y atención eficiente; de hecho la ausencia de reglas podrá también atentar contra las posibilidades de atención de ese paciente. Sin embargo, atendiendo a la complejidad de los problemas de salud, reconoce la necesidad de considerar situaciones que requieran circuitos singulares que excedan las posibilidades de esa normatización (10).

En todos los casos, la integración de los servicios de salud aparece como una propuesta para superar los resultados deletéreos de la fragmentación a través de una oferta de servicios organizados de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, acorde a sus necesidades a lo largo del tiempo (12).

En el marco de esta perspectiva se considera que la presente investigación, cuyo foco está puesto en indagar en torno al acceso a estudios de alta complejidad -lo que involucra intervenciones de diferentes unidades asistenciales, y pasaje de pacientes a través de diferentes niveles de complejidad- puede constituir una aproximación para valorar la eficacia de la red de servicios en términos de integración y coordinación asistencial.

Tecnología Sanitaria. Resonancia Magnética

La atención sanitaria ha estado marcada a partir del siglo XX por el desarrollo científico-tecnológico traducido concretamente en productos como medi-

camentos, vacunas, implantes, instrumental, ortopedias y aparatología tendiente a mejorar los procedimientos clínicos de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación, de atención sanitaria y de promoción de la salud dirigidos a la población. Denominadas por Merhy tecnologías duras (17 pp.65-66), constituyen conjuntamente con los dispositivos organizacionales de los servicios de salud el campo de las llamadas tecnologías sanitarias. Al respecto, Mario Testa señala en su libro *Pensar en salud* (18 pp 171-172) que la forma organizativa no sólo es parte de la tecnología, sino que es la que da significación social a la misma, por constituir en conjunto el proceso de trabajo.

En lo que hace al campo del diagnóstico por imágenes, la radiología, la ecografía, la tomografía computada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) constituyen en la actualidad un pilar de la práctica clínica en la atención de la salud de la población.

En particular la Resonancia Magnética Nuclear constituye una tecnología desarrollada a partir de investigaciones en el campo de la física fundamentalmente durante la década del 70 que le valiera en el año 2003 el otorgamiento del premio Nobel de fisiología y medicina al estadounidense Paul Lauterbur y al británico sir Peter Mansfield, quienes con sus desarrollos investigativos permiten la aplicación de la técnica de la resonancia al campo de la clínica médica. (19) Constituye una metodología diagnóstica que ha evidenciado ventajas importantes respecto de las tecnologías de imágenes utilizadas hasta su aparición, entre las que se destaca la tomografía computada. En efecto, resulta valiosa su capacidad de generar imágenes tomográficas del cuerpo sin el uso de radiación ionizante; permite obtener imágenes en múltiples planos sin necesidad de mover al paciente alcanzando altos niveles de resolución por contraste sin inyección de agentes radiológicos iodados de contraste.

Se trata de una tecnología de alta aplicabilidad en el campo de la neurología y de la traumatología. De hecho, constituye el método de elección para caracterizar tamaño, contornos y extensión de tumores primarios y secundarios de Sistema Nervioso Central. También ha evidenciado utilidad en la identificación de lesiones isquémicas precoces y malformaciones vasculares, esclerosis múltiple y trastornos de mielinización, lesiones estructurales en lóbulos temporales en pacientes con epilepsia parcial compleja, etc. Por otra parte es el método de elección para el estudio no invasivo de columna vertebral y tiene especial

utilidad en el estudio no invasivo del sistema articular (desgarros meniscales, traumas de tejidos blandos, osteocondritis disecante, etc. en rodilla; desgarros degenerativos del manguito rotador en hombro; necrosis vascular y displasias acetabulares en cadera). Se reconocen también algunas aplicaciones específicas en patologías abdomino-pélvicas, considerándose de alto valor para la estadificación de procesos malignos. (20,21)

Por lo tanto, el acceso efectivo a esta tecnología, configura un momento clave en el proceso de atención de tal modo que su interrupción o interferencia producida por ejemplo por prolongación de tiempos en el acceso a la misma o por cambio de la institución de salud de referencia puede reportar consecuencias perjudiciales para la salud del paciente al que le ha sido solicitado.

OBJETIVOS

General

- Caracterizar la accesibilidad de pacientes ambulatorios atendidos durante el periodo comprendido entre julio de 2011 y junio 2012 a estudios de RNM prescritos por especialistas del CEMAR y autorizados por el área de Auditoría y su relación con la condición de cobertura por obra social y servicio solicitante.

Específicos

- Describir perfil de pacientes que requirieron RNM según: características sociodemográficas (edad; sexo; pertenencia distrital del domicilio) y socio-sanitarias (cobertura de Obra Social y diagnóstico que motiva la solicitud).
- Describir factores socio-organizacionales involucrados en los circuitos de acceso a los estudios (adscripción en el primer nivel de atención, nivel de atención que solicita turno con especialista, servicio que solicita el estudio, criterios de prioridad/urgencia, intervenciones realizadas desde auditoría).
- Establecer para este grupo de pacientes condiciones de accesibilidad en términos de utilización, accesibilidad temporal y organizacional.
- Comparar condiciones de accesibilidad a RNM según servicio solicitante.
- Comparar condiciones de accesibilidad a RNM en pacientes con y sin obra social.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La orientación general de la estrategia metodológica

se enmarca en la metodología cuantitativa, mediante un diseño observacional, descriptivo, transversal. El universo estuvo constituido por pacientes del sistema público de salud municipal con prescripciones autorizadas desde el área de Auditoría del CEMAR para la realización de RNM durante el periodo julio de 2011 a junio de 2012. Se estratificó en función de la variable tenencia de obra social, configurándose así dos grupos de pacientes: con y sin obra social; y según el servicio solicitante.

Se trabajó a partir de fuentes secundarias, específicamente cada una de las solicitudes de estudios de alta complejidad que se reciben en el área de Auditoría del CEMAR. Dichas solicitudes son codificadas y cargadas en una Base de Datos correspondiente al Sistema Informático de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Datatech) reuniendo la siguiente información: fecha de prescripción- sexo- edad- domicilio- adscripción al primer nivel de atención- nivel de atención que deriva al especialista- servicio solicitante- diagnóstico que motiva el pedido- obra social- efectivización del estudio- fecha de realización del estudio - intervenciones de auditoría. Se obtuvo además información de listados de estudios realizados, confeccionados por el área de diagnóstico por imágenes del HECA.

Se consideraron como variables: Perfil del paciente, que alude a características socio-demográficas clásicas tales como sexo, edad, distrito donde se ubica el domicilio y características socio-sanitarias tales como diagnóstico que motiva la solicitud del pedido y tenencia de Obra Social; Factores socio-organizacionales del sistema de salud, que considera aspectos de la oferta de servicios de salud que podrían actuar como favorecedores u obstaculizadores del acceso a los estudios (adscripción a 1er nivel de atención, nivel de complejidad que deriva al especialista, servicio solicitante, criterio de urgencia, intervenciones realizadas desde el área de auditoría del CEMAR para la gestión del estudio); Accesibilidad a estudios de alta complejidad (RNM), que refiere a la posibilidad concreta de un usuario del sistema de salud pública municipal de realizarse un estudio de alta complejidad sin una demora temporal que exceda 30 días para estudios solicitados sin criterio de urgencia, 20 días para solicitudes priorizadas y 10 días para solicitudes con criterio de urgencia.

Los datos recolectados fueron codificados y cargados en una planilla de Microsoft Excel 2010, para su posterior procesamiento y análisis con los

programas estadísticos SPSS (versión 11.5) y SAS (versión 9.1). Para el análisis específico de los datos, se trabajó con variables cualitativas, estableciendo frecuencias y porcentajes. Se evaluó la asociación entre variables correspondientes a perfil de pacientes, accesibilidad y las correspondientes a factores organizacionales. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango, mínimos y máximos). Se dividió a la población en dos estratos según contasen o no cobertura de obra social. Se identificó, para cada estrato: edad, sexo, distrito, descripción, nivel de atención que deriva al especialista, servicio solicitante y diagnósticos. En cada estrato se estableció el porcentaje que efectivizó el estudio y el que no lo efectivizó, estimando para el caso de los que lo efectivizaron el tiempo promedio de demora para la realización. En relación al lugar de realización se consideró para cada estrato si se realizó en el sector público o privado. Para realizar las comparaciones entre variables se calculó la razón de

prevalencia (RP) para valorar la existencia de asociación y su magnitud. Se aplicaron los siguientes tests estadísticos: Chi-cuadrado de Pearson, T-Student y análisis de la variancia. En todos los casos se utilizó un nivel de significación del 5% ($=0,05$). Para la descripción gráfica de las variables se utilizaron histogramas, gráficos de sectores, barras y box plots.

Se construyó un índice de accesibilidad/utilización seleccionando los siguientes indicadores:

- **Adecuación temporal:** construida a partir de relación entre las variables tiempo entre la prescripción y la realización del estudio en días y priorización. Se asignó 10 puntos a tiempo adecuado que corresponde a la realización del estudio en un plazo menor o igual al establecido para cada priorización; se establecieron 8 puntos para moderadamente inadecuado, considerándose como límite máximo un 50 % más del tiempo estipulado para la realización. Finalmente se consideró tiempo excesivamente inadecuado con un puntaje de 6, a aquellos cuya realización excediera el límite del 50 % más del tiempo estipulado. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Escala de Adecuación temporal en la realización de RMN según priorización

Tiempo entre la prescripción y la realización			
Priorización	Adecuado (10 pts.)	Moderadamente inadecuado (8 pts.)	Excesivamente inadecuado (6 pts.)
Urgentes	Menor o igual a 10 días	Entre 11 y 15 días	16 días o más
Priorizadas	Menor o igual a 20 días	Entre 21 y 30 días	31 días o más
Sin priorizar	Menor o igual a 30 días	Entre 31 y 45 días	45 días o más

Fuente: Elaboración propia

- **Condición de Descripción:** Se consideraron para esta variable dos puntajes:
 Adscripto: 6 puntos
 No adscripto: 5 puntos
- **Tipo de Intervenciones:** Se trata de acciones realizadas desde auditoría con el objetivo de gestionar la viabilidad para la realización de los estudios. Se otorgó mayor puntaje a aquellos casos en los que no se realizó ninguna intervención, y puntajes decrecientes de acuerdo con la complejidad/multiplicidad de intervenciones implementadas desde auditoría considerando que existe una relación entre la cantidad y tipo de intervenciones realizadas y el grado de obstáculo para el acceso a los estudios.
- Sin intervención
- Relevamiento de información filiatoria y socio-

sanitaria con paciente o familiar

- Auditoría de historia clínica
- Derivación a Obra Social
- Interconsulta con prescriptor y/o con CAPS
- Intervención especial con Obra Social

De la combinatoria de las tres variables recién descritas (Adecuación temporal; condición de descripción y tipo de intervenciones) deriva el siguiente índice de accesibilidad: (Cuadro 2)

Se aplicó el índice de accesibilidad considerando el estrato de pacientes con y sin obra social, y los servicios prescriptores. Para valorar las asociaciones estadísticas se consideraron las frecuencias acumuladas en el valor Accesibilidad Adecuada versus el resto.

Cuadro 2. Índice de accesibilidad

Accesibilidad	Puntaje
Adecuada	21 23 pts.
Escasamente inadecuada	18 20 pts.
Moderadamente inadecuada	15 17 pts.
Inadecuada	12 14 pts.

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

La información obtenida corresponde a 1006 pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012, a quienes se les solicitaron estudios de Resonancia Magnética Nuclear. Se excluyeron 5 pacientes con edades comprendidas entre los 9 y los 12 años que quedan fuera de los objetivos de este estudio, resultando así una población de 1001 pacientes.

Características sociodemográficas

De la población estudiada un 58,8% (589) de los pacientes correspondió al sexo femenino y un 41,2% (412) al sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de $41 \pm 14,3$ con una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 82 años.

Teniendo en cuenta el lugar de residencia de los pacientes se encontró que el 97,6% (982) pertenecían a la localidad de Rosario mientras que el 2,4% (24) a otras localidades. Analizando la distribución distrital en el grupo de 978 pacientes que residen en la ciudad de Rosario, se encontró que el mayor porcentaje correspondía al Distrito Sudoeste, dato atribuible al hecho de que el CEMAR constituye el principal centro de derivación de los doce CAPS de ese Distrito. Si bien en el caso del Distrito Centro también se cumple esta condición, solo se cuenta allí con un CAPS.

Considerando la condición de cobertura social, se encontró que el 89,9% (904) de los pacientes atendidos carecen de obra social mientras que el 10,1% (102) cuenta con ella.

También se indagó específicamente la obra social de pertenencia para las 102 personas que poseen cobertura, encontrándose que los porcentajes más altos corresponden a PAMI con un 22,5% (23), OSPECOM con un 14,7% (15) y OSEAC con un 11,8% (12).

Características socio-organizativas

La adscripción al primer nivel de atención constituye uno de los objetivos del sistema de salud en el marco de la estrategia de atención primaria. Concebida como el vínculo estable entre los usuarios y un equipo profesional correspondiente al primer nivel de atención, la adscripción configura un eje fundamental orientado a garantizar equidad en el acceso a los niveles de mayor complejidad del sistema de atención.

Al respecto, se encontró que el 83,2% (833/1001) de la población en estudio estaba adscrita y el 16,8% (168/1001) no lo estaba. Se indagó además respecto del tipo de efectores al que se encontraban adscriptos los pacientes, hallándose que el 91,1% (759/833) estaban adscriptos a equipos de referencia de CAPS y el 8,9% (74/833) en el primer nivel hospitalario. Cabe consignar que la adscripción al primer nivel hospitalario supone una referencia estable con un médico en particular del efector, a diferencia del dispositivo de adscripción en CAPS que supone la vinculación con un equipo de referencia constituido a punto de partida de las necesidades de salud del paciente, con el objetivo de garantizar una perspectiva integral en los procesos de atención. En efecto, además de los integrantes nucleares de estos equipos (médico y enfermero como profesionales responsables) y en función de las necesidades del proyecto terapéutico pueden incorporarse a la estrategia otros trabajadores del CAPS como psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, administrativos, etc.

Se consideró en particular la relación entre la localidad de residencia del paciente y su condición de adscrito al sistema, encontrándose que para el caso de Rosario alrededor de un 15% (149/978) de pacientes no se encontraban adscriptos. Con respecto a los pacientes adscriptos de otras localidades (4 pacientes), se trata en general de usuarios de locali-

dades lindantes que conforman el Gran Rosario y que pueden tener como referente de atención Centros de Salud cercanos de la ciudad de Rosario.

En particular, para los pacientes de la ciudad de Rosario (978) se analizó la relación entre el distrito de pertenencia de los pacientes y la condición de adscripción, encontrándose que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,18$, Test Chi cuadrado). El porcentaje más alto de pacientes tanto para el grupo de adscriptos (829/978) como de no adscriptos (149/978), corresponde al Distrito Sudoeste (24,7% y 24,2% respectivamente) seguido por el Distrito Oeste (18,0% y 18,8%). Se mantiene en ambos casos conjuntamente con el Distrito Sur (24,7 y 24,2%), similar proporción de pacientes en ambos grupos.. Un mayor porcentaje en el grupo de adscriptos en relación con los no adscriptos presentaron los Distritos Norte (12,9% y 7,4%) y Noroeste (17,1% y 12,8%). Por el contrario, para el caso del Distrito Centro, resulta llamativo que el porcentaje relativo de pacientes no adscriptos (20%) duplica al de adscriptos (10,9%).

En relación a la condición de adscripción y la cobertura por obra social, un 74,5 % de los pacientes que cuentan con obra social (76/102) se encuentran adscriptos al sistema de salud en el primer nivel de atención, dado que la atención en el primer nivel no se encuentra restringida para personas con cobertura social, y un 25,5% (26/102) cuenta con cobertura y no está adscripto al sistema accediendo directamente a la consulta especializada. Del grupo de pacientes sin obra social, un 15,8 % (142/899) no se encuentra adscripto al sistema. Respecto del origen de la derivación a la consulta especializada en el CEMAR para este grupo de pacientes, se encontró que 71/142 provienen del 3er nivel HECA, 46/142 de consultorios de 2º nivel, 12/142 de CAPS provinciales y 13/142 por otro efector. Sería necesario profundizar en el estudio y conocimiento de las características de este grupo en particular dado que podría tratarse de situaciones de inaccesibilidad al primer nivel de atención de grupos vulnerables, de pacientes que provienen de otras localidades o que siendo de Rosario tienen su atención en el primer nivel en efectores provinciales, o bien de pacientes usuarios del circuito privado de atención médica.

En lo que refiere a los Servicios que solicitaron estudios de resonancia, se encontró que el mayor porcentaje de solicitudes correspondieron al Servicio de Traumatología (47,6%), 476/1001seguido por

Neurología 23,9 % 239/1001, concentrando entre ambos alrededor del 70 % de las prescripciones. Les siguen en orden de frecuencia Cirugía con 13,6 %; Oncología 6,2%; Ginecología 4,7% y Otros 4 % [Incluye urología (18), otorrinolaringología (7), gastroenterología (7), reumatología (5), endocrinología (2), oftalmología (1) y flebología (1)]

Con respecto a los diagnósticos registrados en las solicitudes de RNM, cabe señalar que dicho registro es en general de baja exhaustividad, enunciado de modo muy general y no según la codificación de CIE10. Este sistema clasificatorio es el utilizado por la Dirección de Estadística de Salud para la carga de datos, razón por la que la información cargada en la base de datos resulta de la interpretación del diagnóstico planteado en el registro y traducido por quienes realizan la carga de datos.

A los fines del presente estudio se partió de 236 categorías diagnósticas encontradas en la base de datos que fueron reagrupadas según regímenes anatómica explorada, siguiendo criterios similares a los encontrados en estudios antecedentes sobre el tema (22) (Tabla 1)

La distribución de diagnóstico topográfico según Servicio Solicitante, se corresponden con la especificidad del Servicio; 66,4% a SNC para el 100% de Neurología, 98% a Columna y Aparato Locomotor para el total de Traumatología y 71,7% a Abdomen y pelvis para Ginecología.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se muestra la distribución de pacientes con y sin cobertura social según servicio solicitante. En base a la evidencia encontrada se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre el servicio solicitante y la cobertura por Obra Social. ($p=0,02$) Así existe un 71% más chance de que los pacientes del Servicio de Traumatología tengan cobertura social en comparación con el resto de los servicios. (RP: 1,71: 1.17-2.49 – Int. Confianza 95%)

Analizando la relación entre el Servicio que solicitó las Resonancias y la condición de adscripción de los pacientes, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$). Así, los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Traumatología, tienen un 84% más de probabilidades de no estar adscriptos al sistema de salud en comparación con los otros servicios. (RP= 1.84: 1.38-2.45) (Tabla 3)

En la organización del sistema de atención, la circulación o derivación entre el primer, segundo y

Tabla 1. Distribución de frecuencias según diagnóstico previo o presunto

Diagnóstico	Frecuencia	%
Problemas del Aparato locomotor: incluye: Traumatismos de miembros, trastornos de los tendones, artropatías, trastornos musculares y de sistema nervioso periférico.	360	36,0%
Problemas de la Columna vertebral dorsalgia, lumbalgia, escoliosis discopatía, radiculopatía y trastornos de los plexos nerviosos.	297	29,7%
Problemas del Sistema Nervioso Central que incluye: cefalea, migraña, enfermedades cerebrovasculares, tumores benignos y malignos, mareos, convulsiones, epilepsia, trastornos mentales, parálisis cerebral, trastornos extrapiramidales, otros trastornos del sistema nervioso central y otros trastornos del encéfalo.	193	19,4%
Problemas de Abdomen y pelvis que incluye: litiasis urinaria, tumores de órganos genitales femeninos y masculinos, tumores de órganos del aparato digestivo, malformaciones congénitas del tórax y renales	73	7,3%
Problemas de Tórax que incluye: tumores malignos mamarios y tumores benignos y malignos de bronquios y pulmones.	20	2,0%
Problemas de Cabeza y cuello (excluye columna cervical) que incluye tumores benignos y malignos de esta región, y enfermedades del oído.	16	1,6%
Otros que incluye: malformaciones congénitas, tumoraciones benignas y malignas sin especificar sitio, trastornos metabólicos y hallazgos anormales en estudios de diagnóstico por imágenes.	19	1,9%
Mal definidos incluyeron todas aquellas solicitudes cargadas como "Consulta y fichado" y que remiten a prescripciones en las que no se puede inferir un diagnóstico, ya sea por la insuficiencia de datos o bien porque la letra resulta incomprensible.	21	2,1%
Total	999	100

Nota: 2 registros sin información

tercer nivel de atención se encuentra normatizado. El acceso a consultas con especialistas de segundo nivel siempre debe realizarse con un turno programado y provenir de un efector municipal.

Se consideró la distribución de pacientes según hayan asistido a la consulta con el especialista con un turno asignado previamente o sin turno. Se encontró que casi el 95% de los pacientes accedió a la consulta especializada con turnos

previamente asignados.

Se analizó en particular la distribución de pacientes según tuvieran turnos asignados o no para la consulta en el Servicio en que se originó la solicitud de RNM, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,025$). Así, el Servicio de Traumatología tiene 155% más de probabilidades de que los pacientes consultantes lleguen sin turno asignado que en el caso del resto de los servicios. (RP = 2.55: 1.44-4.52)

Tabla 2. Servicio solicitante y cobertura de Obra social

Servicio Solicitante	Obra Social		
		sin obra social	con obra social
TRAUMATOLOGÍA	n	414	62
	%	46,1%	60,8%
NEUROLOGÍA	n	225	14
	%	25,0%	13,8%
CIRUGÍA	n	120	16
	%	13,3%	15,7%
ONCOLOGÍA	n	59	3
	%	6,6%	2,9%
GINECOLOGÍA	n	45	2
	%	5,0%	1,9%
OTROS	n	36	5
	%	4,0%	4,9%
Total	n	899	102
	%	100%	100%

Tabla 3. Servicio solicitante y Adscripción

Servicio Solicitante	Adscripción		
		No adscripto	Si adscripto
TRAUMATOLOGÍA	n	105	371
	%	62,5%	44,5%
NEUROLOGÍA	n	18	221
	%	10,7%	26,5%
CIRUGÍA	n	27	109
	%	16,1%	13.1%
ONCOLOGÍA	n	11	51
	%	6,6%	6.1%
GINECOLOGÍA	n	6	41
	%	3,6%	5,0%
OTRAS	n	1	40
	%	0,5%	4,8%
TOTAL	n	168	833
	%	100%	100%

Se analizó además la relación entre el nivel de derivación del que provienen los pacientes y la condición de adscripción de los mismos encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el

nivel de atención que deriva y la condición de adscripto ($p < 0,0001$, Test Irwin Fisher).

De este modo, puede observarse que el mayor peso relativo en el grupo de no adscriptos, corresponde a derivaciones realizadas desde el tercer nivel acumulando un porcentaje del 50.6%, siguiendo en orden de frecuencia el segundo nivel de atención con un 31%, y finalmente el primer nivel con un 8,3% del total. Un pequeño número de no adscriptos proviene de otras derivaciones constituyendo el 10.1%.

La distribución de porcentajes al interior de los estratos con y sin obra social muestra un incremento en el porcentaje pacientes derivados del tercer nivel con obra social (19,7 %) en relación con el porcentaje de pacientes derivados por ese mismo nivel sin cobertura de obra social (15,4 %), comportamiento que se observa también en el grupo derivado de otros efectores no especificados que crece de un 3,2 a un 4,9%. Por el contrario, tanto el segundo nivel como el primer nivel, presentan porcentajes decrecientes entre los estratos sin y con obra social siendo de 31.7 % a 29.4 % y de 29.8 % a 46 % respectivamente.

Se analizó además la variable Intervenciones de auditoría que remite a las diversas estrategias implementadas desde dicha área para garantizar la realización de los estudios. Se consideran allí intervenciones desarrolladas al interior de la propia red de servicios incluyendo la comunicación con los médicos prescriptores, la comunicación con los Centros de Salud de referencia de los pacientes y la revisión de Historias Clínicas; intervenciones que involucran la comunicación directa con el paciente o familiar para completar o ampliar información referida a la situación clínica de los mismos, como así también a temas referidos a la cobertura por obra social y recursos con que cuentan los pacientes y grupo de pertenencia para gestionar el estudio. Finalmente, las denominadas intervenciones intersectoriales aluden a gestiones realizadas ante las obras sociales a fin de articular un circuito que garantice la realización del estudio en ese subsector.

Un dato de relevancia que surge del análisis es que solo en el 12,7% (127/1000) de los casos no se realizaron intervenciones desde Auditoría para dar viabilidad al estudio. (1 registro sin dato)

Si se analizan separadamente el grupo de pacientes con y sin obra social, este porcentaje resulta del 0% para el primer grupo que en todos los casos requirieron alguna intervención; y del 14,2 % (128/898) para el caso de usuarios carentes de cobertura. Por

su parte de este grupo de usuarios en los que no se realizó ninguna intervención de auditoría, 111/128 efectivizaron el estudio. Queda el interrogante respecto de si en el caso de los 17/128 pacientes que no pudieron efectivizar la resonancia, hubo una valoración desajustada desde Auditoría respecto de la necesidad de intervenciones que dieran viabilidad a la práctica prescripta.

Resulta de interés observar que analizando las modalidades de intervención de Auditoría, en un 60,8% (608/1000) la misma consistió exclusivamente en el relevamiento directo con el paciente o familiar de información filiatoria y/o socio-sanitaria. En cambio en un 26,4% (264/1000) se desarrollaron intervenciones múltiples para otorgar viabilidad al estudio (revisión de historias clínicas, comunicación con el prescriptor, comunicación con profesionales del CAPS, intervenciones especiales con la Obra Social, gestiones con efectores provinciales, entre otras).

Un aspecto central a considerar en el estudio fue el atinente a los tiempos transcurridos para la realización del estudio desde su indicación, considerando la prioridad temporal asignada en la solicitud. Esto es, la indicación de la RMN podía tener según criterios del prescriptor, carácter urgente, lo que implica un tiempo potencial de demora hasta su realización inferior a 10 días; priorizado, lo que implica un tiempo de demora hasta su realización no mayor a 20 días, o no priorizado, casos en los cuales se admita hasta su realización una demora no mayor a 30 días.

En tabla 4, se observa la distribución de las solicitudes según priorización efectuada por el prescriptor, encontrándose que más del 90% eran caracterizadas como sin priorización admitiendo una espera no superior a los 30 días.

Se relevó para toda la población en estudio si se había realizado o no la resonancia solicitada encontrándose que en un 13,5% de los casos no se había efectuado. El 1,7% de los casos, consignados como "no se sabe" corresponden en su mayoría (14 de 17) a pacientes con cobertura que fueron derivados a su obra social. (Tabla 5)

Se analizó la distribución de pacientes que realizaron y no realizaron el estudio en función del Servicio que lo había solicitado, encontrándose que para todos los servicios el porcentaje de realización osciló en un rango que va de 83,3 a 88,5%.

Analizando el grupo particular de los 135 pacientes que no realizaron el estudio se encontró que en su mayoría, 115/135 (85,2%) eran adscriptos mientras

Tabla 4. Priorizaci n

Respuestas	Frecuencia	%
sin prioridad	905	91,2
urgente	50	5
priorizada	38	3,8
Total	993	100

Tabla 5. Realizaci n del estudio

REALIZACI N DE RMN	Frecuencia	%
SI	849	84,9%
NO	135	13,5%
No se sabe	16	1,6%
Total	1000	100%

que 20 pacientes no lo eran. En relaci n a los diagn sticos, los porcentajes m s altos correspondieron (al igual que en la poblaci n general de pacientes bajo estudio) a: Problem ticas de columna (27,4%); Problem ticas de Sistema Nervioso Central (17,7%) y de Aparato locomotor (37%).

Se consider particularmente el grupo de pacientes que contaba con cobertura social a fin de determinar cu ntos de ellos efectivizaron los estudios solicitados. Se encontr que en un 36,6 % de los casos, los pacientes no pudieron realizar los estudios prescritos. (Gr fico 1)

En lo que refiere al grupo de pacientes que carece de cobertura, se encontr que s lo en un 11% de los casos no se efectu el estudio. (Gr fico 2)

Se analiz la relaci n entre la condici n de cobertura social y la realizaci n del estudio, encontr ndose que existen diferencias estad sticamente significativas ($p < 0,0001$), as , los pacientes que cuentan con cobertura social tienen 3,8 veces m s chances de no realizar el estudio que aquellos que carecen de cobertura (Ver tabla 6) (RP: 3.84 rango 2,82 5,23. IC: 95%)

Se evalu tambi n la cantidad de tiempo transcurrido entre la prescripci n y la realizaci n de los estudios, encontr ndose un promedio general de demora

de $45,9 \pm 19,9$ das, hecho a destacar si se considera que el plazo m ximo esperable de realizaci n es de 30 das para aquellas solicitudes que no cuentan con prioridad. (Tabla 7)

En Gr fico 3 se observa la distribuci n de pacientes seg n rangos de tiempo de demora para realizaci n del estudio.

Se analiz el tiempo de demora para la realizaci n de los estudios considerando el grado de priorizaci n establecido por los prescriptores, encontr ndose promedios de tiempo de demora que exceden el lmite m ximo esperado para cada grupo. (Tabla 8)

Tal como puede observarse en el gr fico 4, si se considera por ejemplo el grupo de solicitudes Urgentes, se encuentra que el valor de la mediana es de 17 das, lo que indica que en m s del 50% de los casos se excedi el tiempo m ximo esperable de realizaci n. En efecto, en s lo 12 casos de 49 (24,5%), el estudio pudo realizarse en tiempos adecuados. Para el grupo de solicitudes priorizadas, el valor de la mediana es de 32 das, en tanto que en 10 de 34 casos (29,4%) se realizaron los estudios en tiempo adecuado. Para el grupo de los no priorizados, la mediana result en 48 das, y en 120 casos (15,9%) se realiz el estudio en tiempo correcto.

Se analiz tambi n la distribuci n de los tiempos

Gráfico 1. Pacientes con cobertura social según realización del estudio

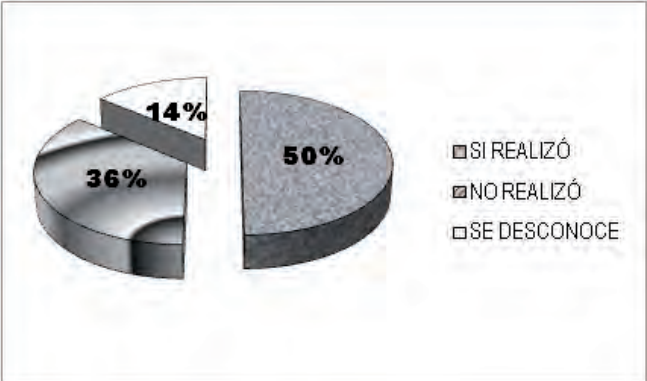


Gráfico 2. Pacientes sin cobertura social según realización del estudio (n= 899)

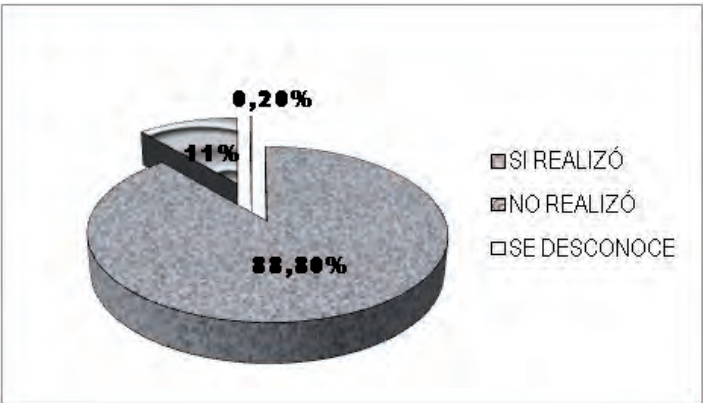


Tabla 6. Realización de RNM y Obra Social

Realización de RNM		Obra Social		Total
		sin obra social	con obra social	
si	n	798	51	849
	%	94,0%	6,0%	100%
no	n	98	37	135
	%	72,6%	27,4%	100%
no se sabe	n	2	14	16
	%	12,5%	87,5%	100%

Nota: 1 registro sin información

de demora en la realización de RNM en función del servicio que prescribió el estudio (Tabla 9). Para ello, se consideraron dos grupos según la efectivización

del estudio se hubiera realizado en tiempo adecuado o no. Se encontró una asociación estadística significativa entre la condición de prescripción por parte del

Tabla 7. Cantidad de días entre la prescripción y realización

N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
845	0	176	45,9	19,9

Nota: 4 registros sin información

Gráfico 3. Distribución de pacientes según días transcurridos entre la prescripción y la realización de las resonancias

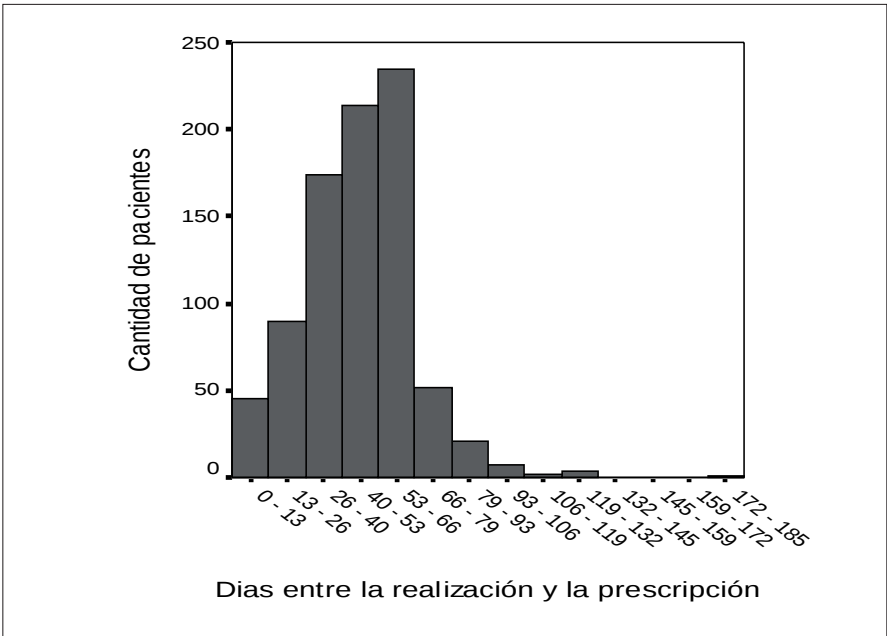


Tabla 8. Priorización y días entre la realización y la prescripción

Priorización	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Sin prioridad	754	0	176	48,2	18,7
Urgente	49	3	45	18,4	10,2
Priorizada	34	1	88	34,7	20,8

Nota: 8 registros sin datos de priorización

Servicio de Oncología (RP= 0.77; 0.73-0.94) y Ginecología (RP= 0.74; 0.58-0.95) y las mayores probabilidades de realizar el estudio en tiempo adecuado. Para el caso del Servicio de Traumatología, se encontró un 10% más de probabilidades de realizar el estudio en tiempo inadecuado. (RP= 1.10; 1.04-1.17) Se analizó la relación entre la condición de cobertura social y la adecuación o demora temporal para la realización de RNM (Tabla 10) encontrándose

una asociación estadísticamente significativa entre pacientes sin obra social y tiempo inadecuado de realización del estudio (RP: 1,44 Rango 1.14-1.81 IC 95%) de modo tal que la tenencia de cobertura social aumenta un 44% las chances de realización del estudio en tiempos adecuados. Considerando el grupo de pacientes que efectivizó el estudio, se indagó el efector de realización del mismo, encontrándose que en el 95,6% de los casos

(812/849), las resonancias se realizaron en un efector público de alta complejidad (HECA).

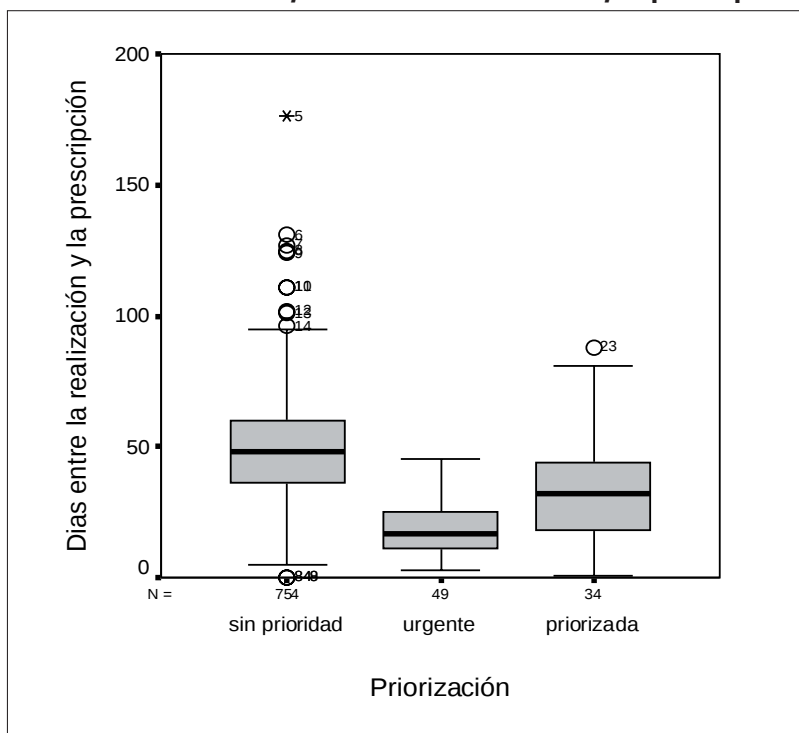
Observando en particular, el grupo de pacientes con cobertura social que realizara el estudio se encontró que en el 61% (31/51) de los casos, el mismo se efectuó en un prestador privado a través de la obra social; el 39% restante (20/51) lo realizó en HECA por haberse considerado desde Auditoría que constituía una mejor opción para este momento de

su proceso de atención.

Analizando temporalmente la efectivización de los estudios y su relación con el efector de realización, se encontró que para el grupo que hizo la RNM en el sector público solo 4/20 lo hicieron en tiempo adecuado, mientras que para el grupo de los que los efectivizaron en el sector privado esta relación fue de 17/31.

Se aplicó el índice de accesibilidad al total de pa-

Gráfico 4. Priorización y días entre la realización y la prescripción



cientes que realizaron el estudio (849). Se excluyeron 12 casos en los cuales faltaba información de alguna de las variables con las que se armó el índice, quedando un total de 837 pacientes.

En Tabla 11 se observa la distribución de los pacientes según el grado de accesibilidad a los estudios. Como puede observarse alrededor de un 25% de pacientes encontraron importantes dificultades para el acceso a los estudios, esto sumado a los 135 pacientes que directamente no pudieron realizar el estudio.

En Gráfico 5 se observa la distribución de los pacientes según los puntajes asignados con el índice de Accesibilidad.

Se analizó el grado de accesibilidad y su relación

con la tenencia o no de cobertura social, encontrándose una asociación estadísticamente significativa, de modo que la condición de contar con obra social se asocia con mayor probabilidad de tener un acceso inadecuado a este estudio de alta complejidad. (Tabla 12) (RP: 1,14 : 1,07- 1,22)

Se analizaron además los valores que tomaba el índice de accesibilidad en función de los diferentes Servicios que solicitaron las resonancias, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0.001$) En efecto, los pacientes de los Servicios de Traumatología (RP= 1.06: 1.00-1.13) y Cirugía (RP= 1.07: 1.00-1.15), tuvieron mayores chances de tener accesibilidad inadecuada, en comparación con

Tabla 9. Servicio solicitante y tiempo entre prescripción y realización

Servicio	Adecuaci n				Total	
	Tiempo inadecuado		Tiempo adecuado			
	n	%	n	%	n	%
Oncolog a	35	64,8%	19	35,2%	54	100%
Neurolog a	174	84,0%	33	16,0%	207	100%
Cirug a	95	87,2%	14	12,8%	109	100%
Ginecolog a	25	62,5%	15	37,5%	40	100%
Traumatolog a	346	87,4%	50	12,6%	396	100%
Otros	24	68,6%	11	31,4%	35	100%

Tabla 10. Cobertura social y adecuación temporal

COBERTURA SOCIAL	Adecuación temporal				Total	
					n	%
	Tiempo inadecuado		Tiempo adecuado			
	n	%	n	%		
Con Obra Social	30	58,8%	21	41,2%	51	100%
Sin Obra Social	669	84,7%	121	15,3%	790	100%

los pacientes de los otros Servicios. Por su parte, los pacientes abordados en el Servicio de Oncología tienen más probabilidades de alcanzar accesibilidad adecuada en comparación con los demás servicios. (RP= 0.82: 0.69-0.98) (Tabla 13)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El punto de partida de la presente investigación tuvo que ver con una preocupación en torno a la accesibilidad a la alta tecnología y posibles inequidades que se estuvieran presentando en este acceso en el marco de un sistema público de salud que plantea como principios rectores la universalidad, la equidad y la integralidad de la atención.

En tal sentido los hallazgos obtenidos en el estudio podrán estar evidenciando patrones diferenciales de acceso y utilización de la alta complejidad. En primer lugar, resulta preocupante que alrededor del

14% (135) de los pacientes que requieren de estos estudios, no pudieron realizarlos. En una mirada particular de ese grupo de pacientes, se encontró que la condición de contar con cobertura social, terminaba resultando en una mayor probabilidad de no efectivizar el estudio. En su mayoría (113/135) se trata de usuarios adscriptos al primer nivel de atención en el sistema público municipal de salud, lo que pone de relieve la insuficiencia de garantizar la universalidad en el acceso al primer nivel de atención pero no a los demás niveles, a la vez que devela como posibles nudos problemáticos dificultades marcadas en la coordinación intersectorial que se hacen visibles en la instancia de pasaje de los pacientes de un sub-sector a otro en el marco de su proceso de atención.

Por otro lado, a diferencia entre los pacientes que sí lograron efectivizar el estudio, también se advierten patrones diferenciales de acceso y utilización de

Tabla 11. Accesibilidad en pacientes que concretaron RNM

Accesibilidad	Frecuencia	%
Adecuada (21-23 pts.)	129	15.4
Escasamente inadecuada (18-20 pts.)	506	60.4
Moderadamente inadecuada (15-17 pts.)	137	16.4
Inadecuada (12-14 pts.)	65	7.8
TOTAL	837	100

Gráfico 5. Distribución de pacientes según valores que toma el índice de accesibilidad

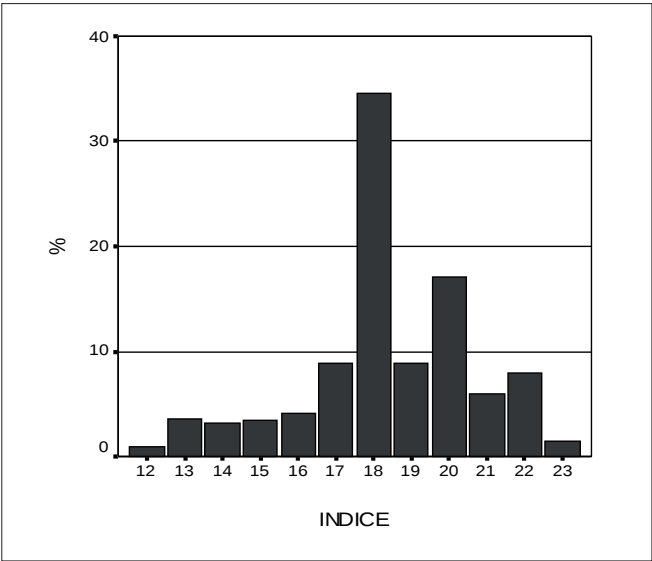


Tabla 12. Accesibilidad y Obra Social

Accesibilidad	OBRA SOCIAL			
	Sin obra social		Con obra social	
	n	%	n	%
Inadecuada	61	7,7%	4	8,2%
Moderadamente inadecuada	123	15,6%	14	28,6%
Escasamente inadecuada	477	60,6%	29	59,2%
Adecuado	127	16,1%	2	4,0%
TOTAL	788	100%	49	100%

la alta complejidad, vinculados fundamentalmente a la variable tiempo. En términos generales, se encontró un desfase temporal para la realización de los estudios en todas las modalidades de solicitudes (urgentes, priorizadas y sin priorizar); así el porcen-

taje de estudios realizados en tiempos acordes a la priorización establecida fue de solo el 24,5% para solicitudes consideradas urgentes; de 29,4% para las priorizadas y del 15,9% para las no priorizadas.

A la vez, se encontró que los pacientes con

cobertura de Obra Social tienen menor chance de realizar los estudios, si bien para el grupo que logra efectivizarlos, los tiempos de realización parecen más adecuados, esto es con menor demora desde la prescripción. La razón que posiblemente subyace a este hallazgo consistiría en que el efector de realización del estudio predominante en estos casos, es el

efector privado contratado por la Obra Social, donde los tiempos en el otorgamiento de turnos para RNM se reducen considerablemente en comparación con los tiempos en el sector público. De este modo, el proceso de atención del paciente con cobertura social encuentra un punto crítico al momento de requerir

Tabla 13. Distribución de adecuación de accesibilidad según Servicio Solicitante

Accesibilidad		Servicio Solicitante					
		ONCOLOGÍA	NEUROLOGÍA	CIRURGÍA	GINECOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA	OTRAS
Inadecuada	n	6	22	11	3	20	3
	%	11,1%	10,8%	10,1%	7,5%	5,0%	8,8%
Moderadamente inadecuada	n	14	33	20	6	57	6
	%	25,9%	16,2%	18,4%	15%	14,5%	17,6%
Escasamente inadecuada	n	18	118	67	19	267	16
	%	33,4%	57,8%	61,4%	47,5%	67,8%	47,1%
Adecuada	n	16	31	11	12	50	9
	%	29,6%	15,2%	10,1%	30,0%	12,7%	26,5%
TOTAL	n	54	204	109	40	394	34
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

el pasaje de un subsector a otro, - momento que requiere en la mayoría de los casos múltiples intervenciones de Auditor a sumadas a las propias gestiones que debe realizar el paciente ante la obra social- pero una vez ingresado al circuito de la obra social de pertenencia, el acceso a estudios de alta complejidad aparece a con menos tiempo de demora.

En una mirada más integral de la accesibilidad, que contemple las diversas dimensiones en juego, los pacientes con Obra Social que se atienden en el Sistema público, ven un tanto más comprometidas sus posibilidades de acceso y utilización de la alta complejidad. De hecho, constituyen el grupo con más chance de no realizar el estudio, o bien con marcadas dificultades para acceder a los mismos; paradójicamente aunque en un 75% de los casos se trata de usuarios adscriptos al sistema público de salud, esta doble afiliación no redunde en mejores posibilidades concretas de utilización de la alta complejidad.

El análisis pormenorizado de los Servicios que prescriben resonancias, permite identificar una dinámica particular en el caso del Servicio de Traumatología, en el cual se visualiza la tendencia a encontrar un perfil de consultantes que cuentan con cobertura social, no adscriptos al sistema de salud y que llegan a la consulta sin turnos asignados desde la institución. Si bien esta condición es compartida por otros servicios, la mayor concentración de este perfil de consultantes en el Servicio de Traumatología plantea la necesidad de revisar procesos de gestión institucional que podrían dar lugar a esta situación; fundamentalmente para poder discriminar si las razones que operan están en un modo de acceso de población que no encuentra garantizada su atención por los circuitos formales que propone el sistema público de salud, o bien si se trata de mecanismos encubiertos de financiamiento de alta tecnología por parte del sector público, en pacientes que desarrollan su

proceso de atención en el circuito privado o de obras sociales. En efecto, la búsqueda de circuitos alternativos de acceso a la alta tecnología en pacientes del subsector privado o de obras sociales, puede deberse tanto a los costos derivados de su utilización como a la restricción que puede devenir de los procesos de auditoría de estos subsectores. En tal sentido, podrá pensarse que es una cuestión pendiente la evaluación sistemática de los procesos de atención que concluyen en la indicación de estos estudios, habida cuenta que en muchas ocasiones, se trata de prescripciones que parecieran intentar sustituir las insuficiencias de procesos de atención fragmentados, discontinuos, con intervenciones de múltiples profesionales, con duplicación de circuitos y de estudios, etc.

Por su parte, la efectivización de los estudios no guarda relación con el servicio que lo prescribe, encontrándose porcentajes similares de realización de resonancias para todos los servicios.

Otra asignatura pendiente que se evidencia a partir de este trabajo, se vincula a la imposibilidad de recuperar información confiable respecto de los diagnósticos previos o presuntivos que justifican la solicitud de las resonancias. Este obstáculo se debe por un lado al hecho de que los profesionales prescriptores no utilizan los códigos de clasificación de enfermedades utilizados en el sistema informático de la Secretaría de Salud Pública (CIE 10). De este modo, la codificación para la carga involucra una interpretación de un operador administrativo del diagnóstico volcado por el médico. Por otro lado, muchos prescriptores no registran ningún tipo de diagnóstico, con lo cual, el mismo resulta de una reconstrucción efectuada desde Auditoría en base a la lectura de antecedentes registrados en historia clínica.

Retomando la problemática de la demora en la realización de estudios, se pudieron constatar inequidades en el ajuste temporal para la realización de las resonancias entre los diferentes servicios. Así, Servicios como Oncología y Ginecología tienen mayores chances de efectivizar las resonancias en tiempos adecuados a diferencia de Traumatología que evidencian mayor tendencia a realizar los estudios en tiempos inadecuados.

La aplicación del índice de accesibilidad devela que solo el 15,4% de pacientes logran una adecuada accesibilidad a las resonancias magnéticas, si bien alrededor de un 60 % no encuentran obstáculos graves en este acceso. Se constituye un desafío para la gestión, profundizar el análisis en torno al 25% res-

tante de pacientes que según esta escala encuentra severas dificultades para su acceso. Otro aspecto que reconfirma la aplicación de este índice refiere a los mayores obstáculos de accesibilidad/utilización en el caso de usuarios con cobertura social. Con respecto a los Servicios prescriptores, el índice aplicado refuerza los hallazgos que fueron surgiendo respecto a las diversas dificultades de acceso en los pacientes del Servicio de Traumatología y en contrapartida, se evidenciaron las mejores chances de acceso para los pacientes atendidos por el Servicio de Oncología.

NOTAS FINALES

a. Los principios rectores del mismo fueron: garantizar la Equidad, la Responsabilización Territorial, la Integralidad de las prácticas, y la transformación de la lógica del modelo de atención hacia uno más humanizado, que propicie el vínculo como recurso terapéutico, atendiendo a la necesidad del ahora no más paciente, sino Sujeto implicado activamente en su proceso salud enfermedad; todos ellos referidos tanto al 1er nivel de atención, como a los de mayor complejidad. Documento Interno de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

b. Creada por Decreto 0769 el 15 de Mayo de 1990 como Dirección de Atención Primaria de la Salud, dicha denominación fue un indicador de la tensión existente en el sistema de salud entre APS como estrategia o como nivel de atención. En la práctica, en Rosario, referirse a APS significa referirse al Primer nivel de atención, y así ser mencionado en este trabajo aclarando cuando se alude a APS como estrategia. Posteriormente, el ejecutivo municipal modifica la denominación por decreto N° 2378 del 18 de noviembre de 2010 pasando la misma a denominarse Dirección de Centros de Salud.

c. Los servicios del HECA destinan una carga de horas profesionales a consulta en CEMAR.

d. Una situación particular se presenta en relación a los usuarios con cobertura de Medicina Prepaga debido a que no se encuentran registrados en padrones de ANSES ni de Superintendencia de Servicios de Salud, por lo cual no pueden ser identificados siendo tratados en la práctica como pacientes sin cobertura. Por tal motivo, en muchos casos, efectúan estudios de alta complejidad en el subsector público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Forti S. La APS como ordenadora del Sistema de Salud: Ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Documento elaborado en el marco del Inter-cambio EUROsocial Salud III.2-2.09: El primer nivel de atención como puerta de al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina. Coordinación Técnica: Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz) [Internet citado 05 oct 2013] Disponible en: <http://biblioteca.programaueurosocioal.eu/PDF/Salud/Salud10.pdf>
- 2 Belmartino S. Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Salud Colectiva*. 2005; 1(2): 155-171.
- 3 Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N°534. OPS, 1992 en Díaz A, Huerta A, Rodríguez A, Telesco C. La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización. Acerca de un centro de salud de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Revista Investigaciones en Salud*. 2001; (3) 1 y 2:111-130.
- 4 Aday L., Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* [Internet]. 1974 [citado 05 feb 2012]; 9 (3): 208-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436074>
- 5 Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Brasília: UNESCO, Ministerio da Saúde; 2002.
- 6 Jesus WLA, Assis MMA. Revisión sistemática sobre el concepto de acceso a los servicios de salud: contribuciones del planeamiento. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):161-170.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud [Internet]. Alma-Ata-URSS; 1978. [citado 26 oct 2010]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/alma_atta/declaracion.pdf
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
- 9 Ase I., Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*. 2009; 5(1): 27-47
- 10 Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso salud). Buenos Aires: Editorial Lugar; 1995.
- 11 Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198
- 12 Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010 [citado 10 noviembre 2012] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf>
- 13 Terraza Nuez R, Vargas Lorenzo I, Viquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2006 [citado 4 Jul 04]; 20(6): 485-495. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsa/v20n6/revision.pdf>
- 14 Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez P rez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, Ferran Mercadé M, Colomés Figuera L, Viquez Navarrete ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. [Internet]. 2010 [citado 12 dic 2011]; 84 (4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400003&script=sci_arttext&lng=pt
- 15 Mendoza-Sassi R, Boria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 12 dic 2011]; 17(4):819-832. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
- 16 Wagner de Sousa Campos G. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 17 Merhy EE. Salud, cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
- 18) Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- 19 Canals M. Historia de la Resonancia magnética de Fourier a Lauterbur y Mansfield: en ciencias, nadie sabe para quién trabaja. *Rev. chil. radiol.* [Internet] 2008 [citado 5 enero 2013]; 14(1):39-45. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082008000100009&lng=es. doi: 10.4067/S0717-93082008000100009.
- 20 Delgado JA, Resonancia Magnética. Algunas aplicaciones básicas. *Rev CES Medicina* [Internet] 1994

[citado 10 diciembre 2012]; 8(1): 111-112. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2275/1589>

21 Superintendencia de servicios de salud. Utilidad de la Resonancia Magnética Nuclear en el diagnóstico de patología de columna y médula espinal [Internet] 2010 [citado 18 noviembre 2012]; Disponible en: http://www.iecs.org.ar/iecs-frame-visor-publicaciones.php?cod_publicacion=83&archivo_pdf=20040517115553_.pdf&origen_publicacion=publicaciones

22 Almazán C, Moharra M, Espallargues M. Estudio de las indicaciones y adecuación de las exploraciones de tomografía computarizada y resonancia magnética en la atención primaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Junio 2005 (BR01/2005)

La pérdida de un hijo. Vivir y convivir en su proceso de morir en el domicilio.

Andreatta, Maricel ¹

RESUMEN

Esta investigación se centró en el grupo familiar que vive y convive con el proceso de morir de un niño/a adolescente atendido por el servicio de internación domiciliar pediátrica de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el período 2009-2010.

La estrategia metodológica se inscribe en la investigación cualitativa. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante y la entrevista. Se adoptó el método comparativo constante para el análisis de los datos. Se entrevistó a las madres, al considerarlas con el rol de mayor responsabilidad en el cuidado del niño/a adolescente enfermo y del grupo familiar, es quien mejor puede dar cuenta de las vivencias e impacto en la vida cotidiana del proceso de morir de uno de sus miembros. -Resultados: Se destacan como hallazgos las vivencias de estar 24 hs en estado de alerta, el registro de suspensión de la propia vida, las dificultades en el tránsito escolar de los otros niños, las rupturas de pareja acaecidas, como indicadores del impacto subjetivo que supone a estas familias el tránsito por la experiencia de con-

vivir con un niño en proceso de morir. Se concluye en la necesidad de reflexionar y debatir políticas públicas respecto del contexto de muerte digna para toda persona que padece una enfermedad terminal, principalmente en aquellas familias vulnerables que están por fuera del mercado laboral y viven de la asistencia y prestaciones sociales. Es necesario que las políticas públicas de salud y los equipos médicos, prioricen medidas destinadas al bienestar del paciente y su familia respetando sus decisiones y no motivadas por el afán de abaratar costos hospitalarios poniendo en detrimento la salud física y psíquica de los cuidadores.

Palabras clave: Internación domiciliar/proceso de morir/ rol de la familia.

¹ Licenciada en Trabajo social, integrante del Servicio de Internación Domiciliar Pediátrica de la Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ABSTRACT

This research focused on the family group living with the dying process of a child / teenager dressed by the pediatric home care service of the Municipality of Rosario in 2009-2010.

Methodology: The methodology is framed in qualitative logic. The techniques of data collection were participant observation and interviews. The constant comparative method of analysis of data was adopted. We interviewed mothers, whose role of greater responsibility in caring for the sick child / adolescent and family group, ranks as the best person to account for the experiences and impact on the daily lives of the dying process of one of its members.

Results: It highlights as findings the experiences of being 24 hours on standby, suspension of registration of one's life, difficulties in the education of other children, couples ruptures, all indicators of subjective impact resulting of the experience of these families of living with a child dying process. We conclude on the need to reflect and discuss public policies regarding the context of dignified death for anyone who has a terminal illness, especially in those vulnerable families who are outside the labor market and living on social assistance and benefits. It is necessary that public health policy and medical teams, prioritize measures for the welfare of the patient and family respecting their decisions and not motivated by the desire to lower hospital costs putting detrimental physical and mental health of caregivers.

Key Words: home care - Dying process - role of the family.

INTRODUCCIÓN

Desde mi práctica profesional en el Servicio de Internación Domiciliaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, he podido aproximarme a un acontecer poco estudiado como es la vida cotidiana de familias en las que uno de sus miembros, un niño enfermo crónico, se encuentra en proceso de morir. Es así que la enfermedad del niño irrumpe en la cotidianidad de su grupo familiar, produciendo cambios drásticos en su espacio, tiempo y organización.

El contexto en que se desarrolla la vida cotidiana de estas familias es la pobreza. La mayoría de los progenitores se encuentra por fuera del mercado laboral, no pudiendo cubrir las necesidades básicas, entre ellas, una vivienda digna para poder alojar al niño

enfermo hasta su muerte. Sus ingresos económicos provienen generalmente de trabajos informales que realizan los padres como albañiles, vendedores ambulantes, o pequeño comercio familiar en el domicilio (kiosco). En muchos casos son familias beneficiarias de subsidios estatales como la prestación universal por hijo, pensión por discapacidad, tarjeta de ciudadanía y Nutrir Más. Grupos familiares que conforman lo que Minujin y Kessler (1), Miguel Murmis y Silvio Feldman (2) llaman "pobres estructurales", que son los pobres de larga data. En los contextos de pobreza, la familia suele convertirse en un valor refugio como dice Ana Pampliega de Quiroga (3) depositaria de la identidad individual y social, con múltiples exigencias adaptativas, donde la restricción en las posibilidades de ingreso y permanencia en el mercado laboral formal e informal, va produciendo cambios en la organización material, sin cambiar el modelo de familia nuclear, aunque aparezcan materialmente nuevas formas.

Como Trabajadora Social de este servicio, en sucesivas visitas realizadas en los domicilios y en el Hospital de Niños V. J. Vilela, comencé a observar que la organización de la vida cotidiana de estas familias giraba en torno a la enfermedad del niño, principalmente en las madres como sostenedoras plenas de los cuidados del hijo enfermo y de la casa.

Eran ellas las primordiales cuidadoras del hijo tanto en el hogar como en el hospital cuando el niño era internado. Eran las depositarias de las instrucciones para el manejo de aparatos tecnológicos, niveles de alarmas, suministro de medicación, etc., situación que se complicaba en aquellas que tenían un hijo con una enfermedad crónica evolutiva terminal, donde la demanda de cuidados requería de toda su atención todos los días. Complejidad ligada al impacto emocional que supone en cada una de ellas, el observar y sentir el deterioro del cuerpo del hijo por el avance de su enfermedad, sumado a las responsabilidades cotidianas por las tareas domésticas, la atención de los otros hijos y de la pareja.

Partiendo de la compleja situación de vida cotidiana en estos grupos familiares, (principalmente en la madre que es la portavoz en esta investigación) donde uno de sus miembros se encuentra transitando por el proceso del morir, surgieron las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo es el desarrollo del día a día en estos grupos familiares conviviendo con uno de sus miembros que se encuentra en proceso de muerte? ¿Qué

cambios se producen en la organizaci3n familiar?
 ¿Qu3 impactos se rastrean en su subjetividad? ¿Qu3
 vnculos colaboran como sost3n ante esta situaci3n?
 ¿Afecta la falta de ingresos econ3micos en este es-
 cenario del morir?

SERVICIO DE INTERNACI3N DOMICILIARIA

El Servicio de Internaci3n Domiciliaria constituye un dispositivo de atenci3n integrado en el marco de los Servicios Ambulatorios de la red de salud p3blica municipal. Mario Rovere, (4) lo concibe como “un servicio que forma parte de una pol3tica de innovaci3n, nica ciudad del pa3s que ofrece esta opci3n en el mbito de la salud p3blica. Se relaciona e interact3a con los hospitales municipales y centros de atenci3n primaria, con la finalidad de lograr la recuperaci3n y rehabilitaci3n del estado de salud del paciente en su propio domicilio. La implementaci3n y aplicaci3n de este servicio es de vital importancia en la construcci3n de un sujeto comprometido en el ejercicio del derecho a la salud, fomentando su capacidad de autocuidado a la vez que se implica y educa al grupo familiar en la dupla salud-enfermedad y sus posibles complicaciones.”

Fue creado en el a3o 1998 por la Direcci3n General de Servicios de Salud, operando en la red de salud p3blica desde 1992. En sus comienzos se insert3 en el Hospital de Emergencia Clemente Alvarez y la atenci3n solo se dirig3a a pacientes adultos. En 1994 se crea el Servicio de Internaci3n Domiciliaria para pacientes Pedi3tricos, ingresando Neonatos a partir de 1995, teniendo como lugar de anclaje un consultorio del Hospital de Ni3os Victor J. Vilela.

En 1998 se crea el Departamento unific3ndose las dos3reas de adulto y pediatria, no solo en referencia al espacio f3sico sino tambi3n en lo administrativo, funcionando en el Centro de Especialidades M3dicas Ambulatoria de Rosario (CEMAR), donde contin3a hasta el d3a de hoy.

Esta alternativa asistencial de salud integral, est3 ligada a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa. Es una pr3ctica que apunta a estar m3s cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepci3n moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos t3cnicos de actualidad para lograr una prestaci3n ambulatoria cuyo objetivo fundamental es resguardar la autonom3a y calidad de vida (a). Se trata de una modalidad de atenci3n que interact3a permanentemente con los

efectores de los distintos niveles de la red de salud, recepcionando a los pacientes para su atenci3n por el servicio, y derivando al mismo luego de ser dado de alta. Su estructura organizativa incluye un jefe de departamento y dos3reas bien definidas, la de adultos y la pedi3trica, coordinada cada una de ellas por m3dicos. Ambos coordinadores tienen a su cargo la organizaci3n, funcionamiento, coordinaci3n y supervisi3n de los profesionales que conforman cada equipo multidisciplinario.

La disponibilidad de camas en el servicio es de 60, n3mero que va cambiando durante el a3o. En poca invernal el3rea pedi3trica presenta mayor demanda, llegando a ingresar un promedio de 40 ni3os para atenci3n en el domicilio. Con respecto al perfil de pacientes pedi3tricos, la jefa del3rea, Dra. Gabriela Faguaga, qui3n trabaja en el servicio desde su apertura se3ala que: “... en su comienzo los pacientes que ingresaban al servicio ten3an patolog3as agudas y sub agudas. En 1995 comienzan a admitirse neonatos para recuperaci3n nutricional, predominando con respecto a los pedi3tricos hasta 1998, a3o en que se equiparan ambos grupos. Desde el a3o 2000 se produce un punto de inflexi3n y la totalidad de los pacientes ingresados tienen patolog3as cr3nicas complejas. Son pluripatol3gicos, polimedicados, con dos3o m3s interconsultores de diversas especialidades en su seguimiento, con reinternaciones frecuentes ya sea por agudizaci3n de su patolog3a de base o para que se le realicen estudios m3s complejos, etc. Son pacientes que necesitan frecuencia en el seguimiento en el domicilio”.(b)

Todos son menores de 18 a3os y se encuentran residiendo en la ciudad Rosario. Los diagn3sticos principales a partir del 2000 seg3n registros de Trabajo Social (c) consisten en Malformaciones Cong3nitas, Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia Criptog3nica, hidrocefalia, encefalopat3a, Sme. de West, etc.). Enfermedades del Sistema Respiratorio, Enfermedades End3crinas, Neoplasias, Sida, etc.

Al momento del ingreso o en el transcurso de la internaci3n domiciliaria, seg3n su patolog3a requieren de los siguientes elementos tecnol3gicos:

Bomba de infusi3n: (para alimentaci3n enteral o parenteral) Es un equipo que est3 destinado al suministro de alimentos y medicamentos. Permite a trav3s de su programaci3n, medir par3metros tales como volumen a infundir y selecci3n de tiempo para dosificar con exactitud soluciones que deben suministrarse al paciente (leche o medicamentos). Posee

una serie de alarmas. Requiere de conexión a electricidad y agua potable en el domicilio.

Aspiradores: Equipamiento para extraer las secreciones de las vías respiratorias en pacientes que presentan afecciones respiratorias. Necesita conexión a electricidad.

Tubo de Oxígeno con mochila de oxígeno: para pacientes con déficit de oxigenación. La mochila de oxígeno permite el traslado del paciente por un tiempo de dos horas.

Nebulizadores: para liberar las vías respiratorias. Es necesaria la conexión eléctrica en el domicilio.

Bi-PAP: Es un aparato que insufla presión positiva en las vías respiratorias. Su aplicación mejora la función pulmonar y la oxigenación. Requerimiento de conexión eléctrica en el hogar.

Monitor de apnea: Este monitor para uso en el hogar es una máquina portátil empleada para vigilar los latidos cardíacos y la respiración de un bebé después de su salida del hospital para su casa.

Camas ortopedicas: para una mejor movilidad del paciente.

Colchón anti-escaras: Para brindar confort al paciente que no se puede movilizar. Ayuda a evitar escaras. Es necesaria la conexión eléctrica.

Durante el período enero 2009 / diciembre 2010, se atendieron 33 pacientes, de los cuales fallecieron 11 pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, como también evolutivas terminales, recibiendo atención del servicio de internación domiciliaria hasta su fallecimiento en el hospital. (c)

Al momento de la admisión al Servicio se realizan una serie de valoraciones de orden clínico, habitacional, (tipo de construcción y acceso a servicios básicos de agua y electricidad); y familiar (contenidos familiares, niveles de alarma, etc.) tendientes a establecer si hay condiciones de viabilidad para el desarrollo de la internación domiciliaria. El familiar a cargo del niño debe brindar su consentimiento escrito para esta modalidad de atención.

Para el ingreso del paciente al servicio, el cuidador principal o los cuidadores del niño, reciben un adiestramiento que varía según la patología del paciente, siendo sus aspectos comunes: manejo de bomba infusora, monitor de apnea, control de oxígeno, respirador para asistencia mecánica, cambio de sonda nasogástrica, de traqueostomía, suministrar medicación, aspirar, nebulizar, pautas de alarma ante una emergencia y realización de curso de reanimación.

El equipo profesional que realiza el seguimiento de los niños en el domicilio es multidisciplinario, integrado por médicos pediatras, enfermeros, kinesiólogos, trabajador social y fonoaudiólogo. El proceso de trabajo cotidiano se centra en la educación de la familia para el cuidado del niño, como así también de acuerdo al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, el abordaje de los aspectos físico, psíquico, social y espiritual manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

El espacio físico de encuentro del equipo está localizado en el primer subsuelo del edificio del CEMAR, lugar de donde se parte hacia los domicilios. El traslado se realiza en vehículos de particulares contratados por la Secretaría de Salud para este fin. Todo el servicio de internación domiciliaria cuenta con ocho choferes y una ambulancia de traslado del Sies (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias).

Los recorridos se realizan de lunes a sábado, en el horario de 7 a 19 hs. dividido en dos turnos de 7 a 13 hs y de 13 a 19 hs. Las visitas a los pacientes son programadas por cada disciplina diariamente, siendo su frecuencia distinta entre un paciente y el otro según la patología de cada niño.

EXPERIENCIAS ANTECEDENTES EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Autores como Rosangela Minardi (5) plantean que la Hospitalización domiciliaria es una modalidad de atención que surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del hospital Montefiore, como una extensión del hospital hacia el domicilio. Las razones para crear esta nueva modalidad de atención eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano favorable a su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Norteamérica como en Europa, con estructura y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud. A partir de los años sesenta la internación domiciliaria comienza a funcionar en Canadá, orientada a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó una experiencia piloto en 1987, bautizada Hospital – Extra mural, que consistían en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. En Europa, el hospital de Tenon París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde en 1957, se estableció en la misma ciudad.

dad el *Sant Service*, organización no gubernamental sin fines de lucro prestando atención sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. La hospitalización domiciliaria (HD) fue reconocida en Francia en 1992 como una alternativa a la hospitalización tradicional,

Sin embargo la HD, tardó una década en empezar a desarrollarse en otros países de Europa. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de *Hospital Care at Home* (atención hospitalaria en el hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia con el nombre de *Ospedalizzazione a domicilio* recién en los años ochenta.

El desarrollo de la HD en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa *From Hospital to Home Health Care* (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

En la Argentina, según Cecilia Bosch y otros (6) las primeras experiencias de internación domiciliaria fueron producto de la extensión del hospital al domicilio, siendo los pioneros en esta modalidad el hospital de la comunidad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín.

En 1991 la Empresa en Casa conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprenden este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, obras sociales, mutuales y pacientes privados.

Hoy algunas de ellas forman parte de empresas de medicina prepaga, otras en cambio son parte de emprendimientos independientes con una cartera de clientes muy heterogénea de obras sociales, sanatorios o clínicas privadas e incluso desde el Estado mismo (PAMI y obras sociales provinciales).

Se encuentran agrupadas en la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) y su grado de organización, staff profesional y cobertura son muy diversas.

Los servicios de Internación Domiciliaria están regulados por normas de organización y funcionamiento, aprobadas por el Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación con fecha 29 de agosto del 2000 por Resolución 704/2000, como una de

las acciones del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, de la Dirección de Calidad de los Servicios dependiente del mencionado Ministerio.

En el sector público, son escasas las experiencias desarrollando esta modalidad de atención, siendo la Municipalidad de Rosario, uno de los organismos que implementó este servicio, constituyendo un dispositivo innovador.

ROL DE LA FAMILIA

Eloisa De Jong sostiene que la "familia configura una organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto-contexto" (7 p.11).

Estructura familiar, producida y productora de un sistema social de relaciones, donde cada una de ellas, cada sujeto que la integra da significado a estas relaciones desde sus condiciones concretas que se expresan en la vida cotidiana y desde su particular manera de pensar, sentir, valorar, de ser, de entender, de actuar. Es vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, marco desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, otorgando sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a la sexualidad, a la reproducción, a la socialización, al cuidado de sus miembros en relación a necesidades socio-culturales: de trabajo, alimentación, educación, vestido, vivienda, seguridad, como así también el proceso de salud-enfermedad.

Es en esta estructura que se mantiene la salud y se produce y desencadena la enfermedad, teniendo lugar el proceso de curación, rehabilitación y en muchos casos la muerte.

Con respecto a familias que conviven en el proceso de morir de uno de sus miembros, autores como Gómez Sancho sostienen que en el proceso de salud-enfermedad, en el de vivir-morir, la institución familia cumple habitualmente las siguientes funciones:

1-Función biológico-social. Se expresa en aquellos patrones que tienen que ver con la conducta re-

productiva; a n cuando la familia tambi n transmite una serie de valores de padres a hijos y de familia a familia, regidos por leyes sociales. Esta funci n es importante en el proceso salud- enfermedad, ya que la familia desde el punto de vista de su estructura y cantidad de componentes (nuclear, extensa o ampliada), es un factor importante a la hora de distribuir las tareas concernientes al cuidado del enfermo y al mantenimiento de todas sus funciones como ncleo familiar.

2- Funci n econ mica. Garantiza la integridad de sus miembros por medio de la satisfacci n de sus necesidades de consumo. En la atenci n a un enfermo, y especialmente en fase terminal, esta es una funci n importante. Como se sabe las enfermedades cr nicas degenerativas producen largos tiempos de hospitalizaci n y gran demanda de cuidados por parte de los familiares, situaci n que en muchos casos dificulta sostener la estabilidad en el puesto de trabajo de los integrantes de la familia, repercutiendo esto en disminuci n de ingresos econ micos tan necesarios para asumir las necesidades siempre crecientes de los enfermos y la familia en sentido general.

3- Funci n espiritual- cultural. Por medio de ella se forman b sicamente valores y sentimientos y se perpet a el amor y la solidaridad. En cuidados paliativos uno de los objetivos fundamentales es respetar la espiritualidad del paciente, aspecto este que emana de forma diferente en cada ncleo familiar.

El autor agrega que las familias atraviesan por crisis que se desarrollan en tres fases fundamentales:

- Desorganizaci n: debido al impacto que produce el diagn stico y el pron stico de la enfermedad. De golpe se interrumpen las tensiones vitales de la familia, los proyectos de futuro. Se produce una disgregaci n de la red de relaciones interpersonales y una confrontaci n a un entorno reducido.

- Recuperaci n- adaptaci n: la familia inicia su adaptaci n en aspectos concretos (distribuci n de trabajos y tareas) a nivel relacional (redefinici n de las relaciones interpersonales); se transforma en un elemento m s amplio de apoyo por parte de su entorno relacional, lo cual le ayuda en este proceso. Su actitud tiende a ser m s activa, despu s del shock inicial, se produce el inicio de la adaptaci n.

- Reorganizaci n: se inicia el nuevo equilibrio en funci n de la situaci n de la enfermedad y de sus consecuencias. Esta reorganizaci n ser m s compleja en el caso de las enfermedades en fase terminal

o que han dejado secuelas importantes en el miembro de la familia afectado. El equilibrio se encontrar en el respeto de las necesidades del enfermo, pero tambi n en el respeto de la independencia y la autoafirmaci n de cada uno de los miembros de la familia. (8 p. 365-366)

PROCESO DE MORIR

Concebir la muerte como un proceso supone transitar por fases que se modifican e integran constantemente hasta culminar en el evento final que es la muerte; concepci n que permite acompa ar a la persona enferma y a la familia en el trayecto que conduce a su fallecimiento y entierro. En esta investigaci n este proceso es analizado hasta el entierro del ni o fallecido.

Con respecto a este acontecer V. Thomas (9) dice que la muerte es un proceso, no un estado [...] no hay nada m s dif cil que situar en el tiempo, el trnsito de la vida a la muerte. A. Alizade sostiene: "Ir viviendo la muerte es ir aproxim ndose a un estado de vigilia, de curiosidad l cida, a una experiencia que no es nunca la experiencia de la muerte misma sino m s bien la experiencia de las vivencias de los tiempos previos a su advenimiento" (10 p. 56).

Morir en proceso es transitar por un duelo anticipatorio que es vivido por los enfermos y familiares, sobre todo en los casos de enfermedades terminales, duelo que ofrece a la personas implicadas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida. El proceso de duelo se inicia, no con la muerte del paciente, como es convencionalmente aceptado, sino con el diagn stico de la enfermedad fatal, y da pie a prepararse para la muerte, anticipando y viviendo d a d a las muchas p rdidas que la enfermedad obliga a afrontar. Es importante y til comprender que no existe una nica muerte del ser querido sino que d a d a se van muriendo partes entra bles, rasgos muy valorados- como el control y la independencia- y actitudes muy necesarias para los dem s - como la de acompa ar, decidir, y dar fortaleza. Por tanto, la familia debe, poco a poco, hacer varios duelos, esto es, ir aceptando esas peque as muertes que culminan en la muerte biol gica y total, adaptarse a ellas, "el reconocimiento de que la muerte terminar pronto una vida, pero no necesariamente una relaci n, puede llevar a los miembros de una familia a sentir, a hacer cosas y a planear, antes de que sea demasiado tarde" (11 p. 56).

En todo caso, desde esta perspectiva, el duelo anticipado es el primer acto de un proceso de dolor afectivo que culminar en duelo propiamente dicho

después de la muerte del ser querido, en una continuidad natural y sin intervalo. Mientras que en este último duelo el estado anímico que predomina en el doliente es el deprimido, en el duelo anticipado prima la angustia.

Un aspecto distinto es lo que Alizade (10) llama pre duelo, diferente del duelo anticipatorio que se acaba de analizar. Para esta autora el pre duelo consiste en que ha muerto el ser querido en estado de salud. El que está a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad hasta el punto que en algunos casos no se lo reconoce más, abriéndose un hiato taxativo entre el antes y el ahora. El cuerpo se presenta con sus metamorfosis insalubres.

Este proceso del morir también concierne al sobreviviente. Según el sociólogo Vincent Thomas,(9) debido a que en la relación entre moribundo y sobreviviente, el que muere (quizás en "mi" lugar o por "mi" causa) se lleva a la tumba una parte de "m" si se le profesaba afecto; también puede enriquecer la personalidad, si al exhalar su último suspiro, da muestras de sabiduría: hay, en efecto, muertos que transforman al sobreviviente, el moribundo es alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera: alguien que entra en una zona de no intervención o de insignificancia y obstaculiza el impulso de obrar.

Alizade (10) denomina pre-muerte al movimiento psicofísico que deriva de una amenaza, de un hecho que demuestra que la vida peligra (enfermedad, catástrofe natural, guerras, situaciones límite diversas). Varía en duración porque puede fluctuar desde un par de segundos (cuando la muerte es súbita pero da un margen de conciencia de su inminencia, como por ejemplo en un derrumbe), meses (en una enfermedad terminal con vaivenes de mejoría y empeoramiento) e incluso años cuando a raíz de un padecimiento se instala en la espera de la muerte, en un duelo de la muerte, que para los parientes es vivir en pre duelo.

Cuando el evento de la muerte en sí pudo ser anticipado, cuando en lugar de pánico y decisiones impulsivamente tomadas al final la persona tiene una buena muerte, con su dignidad respetada y su voluntad cumplida, acompañada y aliviada en su dolor y en su sufrimiento, quedar en el recuerdo de todos los involucrados una imagen triste pero tranquilizante, sin culpas ni remordimientos, que perdurar para siempre y tendrá efectos apacibles en la elaboración del duelo posterior.

ESPACIO DE MUERTE Y DESPEDIDA:

Una de las circunstancias que probablemente más ha influido en el concepto que la sociedad occidental tiene de la muerte es el lugar donde muere el hombre independientemente del tipo de muerte que le sobrevenga.

Aries Philippe (12) señala que la habitación del moribundo pasa de la casa al hospital, suplantando a las familias en tareas que ya no se sentían capaces de realizar ni tolerar; el hospital se convierte así en el lugar de la muerte solitaria. En este sentido menciona que, cuando la hospitalización de los enfermos terminales se hizo general, hasta la misma familia fue separada, retirándose a la muerte de la sociedad y descomprimiendo a la familia de un peso que no podía sostener.

Vincent Thomas (9) coincide en señalar que el hombre moderno nace en un hospital y también muere en un hospital, donde el enfermo es alejado de su familia y llevado a una institución que no se hace cargo de él sino de su enfermedad. Objeto aislado y transformado por técnicos que están consagrados a la defensa de la salud. De este modo, el morir se convierte en algo solitario e impersonal según Kubler Ross (13) porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia. Podría considerarse que las nuevas interdicciones de la muerte se oponen al retorno del cuerpo a la casa de los vivos. Cada vez se tolera menos cuando la defunción tiene lugar en la casa.

En el advenimiento de la muerte, luego de que enfermo, parientes y amigos transitaron por el proceso del morir, se preparan para la despedida. Al respecto plantea Isa Fonnegra: "Los seres humanos necesitamos ponerle fin a una relación, despedirnos, cerrar el ciclo vital antes de morir [...] El contacto físico, el abrazo, una caricia o una mirada, dicen tanto o más que las palabras y constituyen interacciones de profundo valor humano de las cuales los sobrevivientes jamás se arrepienten, más bien se lamentan de no haberlo hecho en vida." (11p. 129)

En cuanto al acto de la muerte todo sujeto tiene derecho a retirarse en buenas condiciones y a planear ciertos movimientos del ritual de la partida, acto de despedida. La oportunidad de decir adiós ofrece a los familiares y amigos gran alivio, momento en que se pueden compartir los grimas, reiterarse los afectos, perdonar fallas y heridas previas, abreviar las distancias afectivas y manifestar agradecimiento por lo

vivido y el dolor por tener que separarse.

RITOS FUNERARIOS

Los ritos (9) son todas las conductas corporales más o menos estereotipadas a veces codificadas e institucionalizadas, que se basan necesariamente en un conjunto complejo de símbolos y de creencias. Los ritos funerarios, comportamientos variados que reflejan los afectos más profundos y supuestamente guían al difunto en su destino post mortem, tienen como objetivo fundamental superar la angustia de muerte de los sobrevivientes.

Aunque el cadáver es siempre el centro de las prácticas, el ritual sólo toma en cuenta un destinatario: el individuo o la comunidad de sobrevivientes. Su función fundamental tal vez inconfesa, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos; aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar.

Ritos previos y ritos posteriores en el momento final marcan la importancia del suceso, como el oler, sentir, acariciar, limpiar, vestir, preparar al muerto para los funerales es parte de los que se plantea como aseo funerario para su posterior entierro.

Con respecto a este tema Aries (12) dice que el aseo funerario es un rito tradicional pero que su sentido ha cambiado. Antaño estaba destinado a fijar el cuerpo en la imagen ideal que se tenía entonces de la muerte, en la actitud del yacente que espera, cruzando las manos, la vida venidera. Fue en la época romana cuando se descubrió la belleza especial que la muerte imprime en el rostro humano, y los últimos cuidados tuvieron por objeto liberar esa belleza de las máscaras de la agonía. Tanto en un caso como en el otro, lo que se proponía fijar era una imagen de muerte: un cadáver bello, pero un cadáver al fin. En adelante el aseo funerario tiene por objeto enmascarar las apariencias de la muerte y conservar en el cuerpo los aspectos familiares y juveniles de la vida.

Escribe Vincent Thomas (9) que lavar el cadáver no satisface únicamente las exigencias de higiene y el decoro; equivale, para la imaginación, eliminar la suciedad de la muerte.

Llegada la etapa final de la presencia del cuerpo visible, luego de su despedida y aseo funerario, llega el momento de la despedida final de lo que está corporizado por medio del ritual de los funerales, velatorios y entierro. Los funerales son rituales donde se da un adiós formal, una oportunidad para los seres amados de estar juntos, en un adiós común después

de haberse producido la muerte.

Tal como plantea el antropólogo Vincent Thomas (9) con respecto a los espacios donde se desenvuelven los funerales, los lugares han cambiado, a los muertos ya no se los vela en su domicilio, y los cortejos fúnebres no atraviesan nuestras ciudades atestadas. Aparecen en cambio nuevos lugares, en especial los complejos funerarios que reúnen todos los espacios tan típicos. Hay en ellos una sala de recepción, una capilla para todos los cultos, un funerarium donde los cadáveres son tratados, conservados en cámaras frías y expuestas en salones particulares, un crematorio, un cementerio clásico. También negocios donde se venden ataúdes y diversos artículos funerarios, una floristería, y eventualmente un bar y un restaurante.

OBJETIVOS

General:

Explorar vida cotidiana de familias durante el proceso del morir de uno de los hijos, atendido por el Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica de la Municipalidad de Rosario en el período 2009-2010.

Específicos:

- 1- Describir las rutinas domésticas del grupo familiar que sostiene el dispositivo de internación domiciliaria.
- 2- Describir estrategias y formas de organización familiar implementadas para el afrontamiento de los cuidados del niño.
- 3- Identificar cambios en las rutinas domésticas producidos a partir de los eventos de internación hospitalaria.
- 4- Analizar el impacto subjetivo en los integrantes del grupo familiar derivado de la convivencia cotidiana en el proceso del morir.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se planteó un abordaje de tipo cualitativo, con técnicas de entrevistas y observación. Se seleccionaron como informantes clave a las madres de los niños, por considerar que por su rol de principal responsable del cuidado del niño y del grupo familiar es quien mejor puede dar cuenta de las vivencias e impacto en la vida cotidiana del grupo familiar del proceso de morir de uno de sus miembros. Se utilizó el Método Comparativo Constante (MCC) de Glasser y Strauss como estrategia de análisis, lo que posibilitó simultáneamente, codificar y analizar datos para desarrollar conceptos.

Para la captación de los datos se utilizó una planilla de registro en tres columnas. Un primer registro de datos - primera columna- va acompañado de comentarios que van surgiendo de la lectura del material - segunda columna-, así como de aspectos de la subjetividad del entrevistador, a los que luego se vuelve en un análisis que pone en juego los aspectos teóricos que fundamentan dicha lectura, donde surge la sensibilidad teórica (14) del investigador se van conformando categorías más alejadas de lo empírico y se inicia el proceso de conceptualización - tercer columna-.

En esta planilla se volcaron las desgrabaciones de las entrevistas, y también registros realizados de la observación participante.

RESULTADOS

El comienzo: Viviendo en el Escenario del Proceso del Morir

¿Cuál es la unidad de los contrarios entre vida y muerte? ¿Entre aceptar y negar la muerte? ¿Vivir en el hogar y en el hospital? En el proceso de esta investigación, luego de un ida y vuelta en espiral entre preguntas y respuestas, entre entrevistas y observación participante, puede sostenerse que la unidad de los polos opuestos, que se excluyen y a la vez se relacionan, se configura en el proceso del morir, ya que morir por una enfermedad terminal, es un acontecer en fases que se modifican e integran constantemente hasta culminar en el evento final que es la muerte.

Sujeto y situación

Como fue planteado anteriormente, son las madres las principales cuidadoras del hijo enfermo terminal. Además recaen sobre ellas las responsabilidades de los quehaceres domésticos, el mantenimiento y preservación de la salud de los hijos y de otros miembros de la familia, como la atención ante situaciones de enfermedad. En el caso de las mujeres entrevistadas en el presente estudio, siempre eran ellas las encargadas de la atención del hijo, tanto en la casa como en el hospital, siendo quienes reciben las prescripciones y normatividad médica y las que eran consultadas sobre estas acciones. (Cuadro 1)

Los ingresos económicos provienen de los trabajos que realiza el hombre, ausentándose del hogar durante el transcurso del día, se trata habitualmente de trabajos informales. Todos los grupos familiares son perceptores de beneficios provenientes del gobierno

como la prestación universal por hijo con discapacidad, plan nutricional y tarjeta de ciudadanía.

La situación

No me llore tanto que ya se va a dormir

No me llore tanto que ya se va a dormir.

Tranquilízate que la mamá está acá la mamá.

Cálmate que la ma, la mamá está acá la mamá.

Duérmete tranquilo que de tu lado jamás me irá.

Duérmete tranquilo que de ti no me olvidaré.

No me llore tanto que ya se va a dormir

No me llore tanto que ya se va a dormir.

La mamá, la mamá está acá la mamá.

Cantante Ricardo Mollo .

CD Canciones de Cuna.

El concepto de situación hace referencia al conjunto de relaciones y significaciones que hacen al escenario de la experiencia del sujeto. Esto incluye tanto los aspectos más inmediatos del entorno como los más mediatos, es decir, al contexto social general que siempre está presente y operante (15). ¿Cuál es la situación, el escenario de estas madres y familias? Su cotidianidad transitar entre dos espacios, su hogar (la casa), en un ritmo supeditado por la urgencia o emergencia de la enfermedad, y el hospital, el lugar de alojamiento de la dada madre-hijo. Vida cotidiana que ir moldeando subjetividades constituidas en torno a polos contrarios en continua transformación, el polo de la tristeza de saber que va a perder un hijo y la alegría de seguir teniendo, el dolor ante la enfermedad y el amor especial que despierta en ella su hijo enfermo, negando y aceptando la muerte de él, la satisfacción de estar en su casa y la mortificación por estar en el hospital, sentir que por cuidar a un hijo descuidan a los otros, todas situaciones que conforman el escenario, la vida cotidiana de estas madres en el tiempo del proceso de morir del hijo enfermo, protagonistas de una historia vincular y social, única e incomparable.

"Bueno esperarme la muerte de él, no me lo esperaba hasta el momento que había hablado con un pediatra y me dijo que él no iba a vivir mucho tiempo.... sentí que me tiraron un balde frío" (E4)

"Primero tenía miedo de aspirarla y de cambiarle las sondas, tenía miedo de lastimarla, pero bueno aprendí para poder estar también en mi casa con mi otro hijo" (E6)

"Yo estaba las 24 horas con ella...cuando una madre tiene un hijo así, le dedica su vida al hijo" (E2)

Cuadro 1: Situación socio familiar de los siete casos estudiados.

CASO	Grupo conviviente del niño	Escolaridad de la madre	Ingresos económicos	Edad de la madre al momento de la muerte	Edad del niño al momento de la muerte
1	Padre y madre; abuela paterna; hermano de 7 años	Secundaria completa	Madre: Pensi n por discapacidad del hijo. Ayuda económica programa nutrirm s. Padre: cobro subsidio por desempleo. Abuela: empleada doméstica	27	4 años
2	Padre y madre; 7 hermanos de entre 15 y años	Primaria incompleta	<u>Madre:</u> Pensi n por discapacidad del hijo. <u>Padre:</u> Alba il	31	7 años
3	Padre, madre, hermano de 8 años, amiga del padre	Secundaria completa	<u>Madre:</u> Ayuda económica programa nutrirm s. Padre: construcción	33	2 años
4	Madre y hermano de 3 años, abuelos, bisabuela, tía materna	Secundaria incompleta	<u>Madre:</u> asignación universal por hijos. Abuelos: Trabajo informal.	26	2 años
5	Madre y 3 hermanos	Secundaria incompleta	<u>Madre:</u> Empleada doméstica Padre: Cuota alimentaria por el hijo.	31	1 año
6	Padre, madre y hermano de 3 años	Secundaria incompleta	<u>Padre:</u> Alba il <u>Abuela:</u> Colaboraba con mercadería.	25	5 meses
7	Padre, madre, hermanos de 13,8,5 y 3 años	Primaria incompleta	Kiosco familiar en el domicilio <u>Madre:</u> Plan familiar	31	1 años

Como se observa, las madres participantes del estudio son mujeres jóvenes entre 25 y 33 años, que tienen otros hijos menores de edad. Todas saben leer y escribir. En relación a su estado civil, la mayor vive con su pareja, a diferencia de dos que estaban solas al momento del fallecimiento del hijo, una por quedar viuda y la otra por estar separada. Todas son amas de casa, a excepción de dos, que además de cuidar a su hijo tenían que trabajar, una como empleada y otra como comerciante. En tres de los siete casos estudiados, las mujeres dejaron de trabajar cuando nació su hijo enfermo para poder atenderlo. En uno de los casos, un padre que contaba con un trabajo estable, fue despedido dada sus reiteradas inasistencias motivadas por las reiteradas internaciones del hijo.

La cotidianidad

El análisis de la vida cotidiana de las familias en estudio se realizó a partir del momento en que el niño enfermo ingresa al servicio de Internación domiciliar hasta su fallecimiento y entierro. Como ya fue mencionado anteriormente, al momento del ingreso al Servicio, las madres son entrenadas con respecto a los cuidados y atención del hijo en el hogar. A fin de dimensionar lo que implican los procesos de cuidado

en domicilio, se presentaron las indicaciones efectuadas a la progenitora para la atención en el domicilio del hijo de cinco años de edad con diagnóstico de desnutrición crónica, inmunizada con antecedentes de encefalopatía crónica no evolutiva, postmeningitis neonatal, hidrocefalia valvulada, hipertensión pulmonar moderada, pubertad precoz, traqueostomizada y gastrostomizada, con indicación de oxígeno cuando lo requiera. Su seguimiento clínico se realizara, en el

domicilio por el equipo de internación domiciliaria, y en el hospital de niños por cuidados paliativos, neurología, gastroenterología, neumonología, nutrición y cardiología.

Las indicaciones a realizarse durante las 24 hs. todos los días son:

- (1) Control de O2.
- (2) Controlar Satürometría
- (3) Kinesiología 2 veces por día por profesional, y por la madre si es necesario más durante el día.
- (4) Sabutamol 2 puff x día c/ 6 horas.
- (5) Budesonide c/12 hs.
- (6) Ranitidina c/12 hs.
- (7) Baclofeno c/ 8 hs.
- (8) Diacepan a la noche.
- (9) Fenobarbital c/12 hs.
- (10) Furseimida c/ 6 horas.
- (11) Jarabe de morfina c/4 horas
- (12) Leche maternizada c/3 horas.
- (13) Dieta hipercalórica licuada almuerzo y cena
- (14) Lactulón c/ 6 horas.
- (15) Amoxicilina c/8 horas.
- (16) Amoxi-claurilánico c/ 8 horas.
- (17) Ibuprofeno si hace fiebre
- (19) Paracetamol c/ 6 horas.
- (20) Controlar de no quedarse sin guantes, sondas, set biomax, gasas, y TQT en el domicilio. El cambio de TQT, ante una urgencia lo cambia la madre, sino en el hospital cada 15 días.

En todos los casos las madres son las encargadas de aspirar y nebulizar al hijo varias veces al día, algunas realizaban kinesiología respiratoria, cambio de traqueotomía y de sonda en el domicilio, conocimientos que eran enseñados y supervisados por los profesionales de internación domiciliaria cuando concurrían al domicilio a atender al paciente.

Al inicio de los cuidados domiciliarios, estas prácticas situaban a las madres ante el polo del miedo, de la inseguridad, de la imposibilidad, pero ante la necesidad de atender al hijo y de estar en su casa, transformaban el miedo en seguridad, en posibilidad como lo expresan estas entrevistas.

"Al principio hacer todas esas cosas me dio terror, mucho miedo..... con el paso de los meses y con las internaciones, uno aprende a hacer un montón de cosas para atenderlo a él" (E 3).

Uno de los hallazgos que surgió de las entrevistas es el sentimiento por parte de ellas de vivir entre dos lugares, de estar divididas en dos partes:

"Yo vivía más en el hospital que en mi propia casa, yo venía a mi casa como de vacaciones, o sea que venía dos o tres días" (E 1).

"No podía estar dividida en dos partes, entre la casa y el hospital" (E 2).

Estar en casa- Familia en situación de emergencia

Otra vez la noche...es el martillo de la fiebre en las sienes bien vendadas del niño. -Madre ¡El pájaro amarillo! ¡Las mariposas negras y moradas! -Duerme, hijo mío. Y la manita oprime Madre junto al lecho. -¡O flor de fuego! Quién ha de helarte, flor de sangre, dime? Hay en la pobre alcoba olor de espiro: Fuera la redonda luna que blanquea cúpula y torre a la ciudad sombría....

Antología Poética de Antonio Machado

"Muchas cosas no podés hacer en la casa porque tenía que estar pendiente de A." (E.3)

"Todo giraba alrededor de él, estar todo el tiempo pendiente de él" (E. 4).

"Entonces dejaba de hacer un motón de cosas para atenderlo a él" (E. 5).

Cuando la madre está en la casa con el hijo enfermo, el desenvolvimiento que adquiere su día a día, supone el estar las 24 hs. dedicadas, pendientes de él, como manifestaron las entrevistadas. Vida cotidiana de 24 hs. ocupadas para el hijo, habitadas por un conjunto multitudinario de hechos, de objetos, de actividades, de vínculos, relacionados con la atención del mismo, conviviendo con tubo de oxígeno, aspirador, nebulizador, bomba infusora, sondas, gasas, guantes y medicación, donde el interactuar cotidiano se desarrolla en el escenario de la enfermedad, recibiendo a los distintos profesionales que ingresan al domicilio para atender al hijo, recibiendo a la ambulancia ante una situación de emergencia, realizando acciones como la de alimentarlo por bomba, aspirarlo, nebulizarlo, dar medicamentos, etc.

"No es lo mismo un chico que está sano, que vos lo ponés en el cochecito y ya está, le diste de comer, le diste la teta o la mamadera y ya está, te olvidas. No es lo mismo. Tiene más urgencia de atención un chico que es crónico, que tenés que fijarte, que tenés que aspirarlo, fijarte de la leche, el goteo y un montón

de cosas que por ahí se te complican" (E3).

"Todo me iba mal con ella, cada vez empeoraba más la enfermedad... no podía manejarla con ella como antes por la calle, llevarla para todo lados porque teníamos que estar con el oxígeno, aparte los mocos, las secreciones, teníamos que estar con un aparato" (E2).

Madres que están 24 hs. en estado de alerta, por si se presenta la emergencia, (la irrupción de una convulsión, una broncoaspiración, o un paro cardíaco).

"Él aparte de un montón de patologías, tenía el problema de las convulsiones, y uno tenía que estar alerta, yo por lo menos particularmente lo miraba, lo observaba mucho.....yo lo tenía que mirar muy fino, porque a veces podía ser que él estaba moviéndose, o se estaba moviendo porque tenía una convulsión. El problema de él es que primero tenía una bomba, que yo tenía que estar muy alerta de que no se aspirara, de que no le cayera de golpe la leche, de que no se parara..... tenía que estar alerta todo el tiempo. De noche le tenés que dar la medicación, no te puedes quedar dormida porque la medicación se la tenés que dar a horario. No puedes decir, ay espero un rato más, total es una aspirina, no... eran anticonvulsivos y un montón de cosas más" (E3)

Circunstancias que hacen que estén preparadas para salir corriendo ante la presencia de la emergencia

"Yo sabía que en cualquier momento tenía que armar los bolsos e irme de vuelta al hospital si se descomponía" (E1)

"Estábamos en la casa y por ahí de golpe teníamos que salir corriendo al hospital" (E.3)

"Le decía a mis hijos que ese peso vamos a dejarlo por la dudas si le pasa algo a S. y tendríamos que salir corriendo" (E.5)

Como se observa en estas entrevistas, esta situación de alerta también afectaba a los otros miembros de la familia que igualmente tenían que estar preparados por si se presentaba la emergencia en el hogar y madre e hijo tuvieran que salir corriendo al hospital, acontecer que los pone en una situación de emergencia. Ana Quiroga desarrolla el concepto de emergencia social definiéndolo como *"... la modificación súbita y significativa de las condiciones materiales y sociales de existencia de una comunidad, y al impacto que dicha modificación provoca en sus miembros. La situación emergencia coloca a los integrantes de la comunidad ante una circunstancia de*

cambio agudo, frente a lo cual las formas habituales de organización y respuesta resultan insuficientes o inadecuadas, ya que se ha producido una ruptura de la cotidianidad. La población queda sometida a una exigencia adaptativa masiva, a una redefinición inmediata de pautas de conductas. Esto implica una estructuración y re estructuración de los marcos de referencia que permite interpretar su circunstancia y guiar la acción". Es así que las familias estudiadas, transitan por una emergencia familiar, viviendo situaciones de fuerte impacto emocional, constituyéndose en **familias en situación de emergencia**.

"Cuando le agarraban las convulsiones hasta que llegaba la ambulancia, no paraba de soplarla, de darle aire, estaba desesperada, y mi esposo se quedaba paralizado, no reaccionaba" (E.6).

"Mis hijos... la cara de miedo que tenían, de que le pase algo ahí y no saber qué hacer ellos, y yo" (E5).

Grupo familiar que está en continuo movimiento de desestructuración de conductas cotidianas y de estructuración de nuevas, como condición para estar preparados para cuando emerja lo vertiginoso, la amenaza, que puede producir una modificación súbita en la organización familiar, con una fuerte repercusión en cada uno de ellos.

"Me acuerdo que nos agarraba de madrugada, con fiebre y convulsionando y tenía que salir corriendo al hospital" (E 5)

Indudablemente las precarias condiciones materiales, las fallas en el suministro de luz eléctrica adecuada, (derivadas muchas veces de la situación de estar conectados clandestinamente, con cortes de luz que se producen con frecuencia), servicio que es imprescindible, instala otra dimensión de dramatismo ante la irrupción de la emergencia en los grupos familiares en contextos de pobreza.

"Con los cortes de luz, por ahí yo tenía que salir rajando cuando estaba con la bomba o con los moquitos, que se la tenía que aspirar, que tenía que ir a la casa de una tía que este con luz porque mayormente es eso, la luz" (E 2).

"Me daba bronca porque cuando se cortaba la luz a las doce de la noche, yo tenía que estar con mi hijo en la vereda, ... eran las doce de la noche, que yo no conseguía remise, no conseguía colectivo, para trasladarme con él" (...) "tenía que estar en la vereda con mi hijo haciéndole viento"..... Eso sí me daba bronca, que él no esté bien, eso me daba bronca, él no me podía decir que tenía calor o que tenía frío, porque este invierno se cortó la luz 24 hs y no sabíamos cómo

hacer para que esté calentito" (E 1) "

"La falta de plata me afectaba por si se descompone el nene... cómo hago?, salgo corriendo o en un remise, al menos los otros chicos estaban sanitos pero cómo hago para socorrer al nene que está enfermo?" (E 5).

Dos tendencias contrapuestas se pueden identificar en estas familias:

a- Tendencia centrípeta: se expresa a través de una extrema cohesión de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que ellos realizan, en el hogar, están dadas en función del enfermo, todo gira alrededor de él, convirtiéndose en el centro de las interacciones del vínculo familiar, y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia. Autores como Jaramillo (11) sostienen que es bastante común observar el fenómeno llamado actitud Bunker en familias donde hay un enfermo terminal, como es expresado por estas entrevistadas.

"No lo dejaba salir afuera....los tenía a todos cambiaditos, bañaditos, juntitos. No sabían lo que era una vereda, no sabían lo que era salir a la calle" (E.5)

"Con M. no salíamos a la calle, no la sacaba, no quería que mis vecinos la vean para que no me pregunten que tenía" (E.6)

"No, no lo saqué a pasear, me privé un montón de cosas, porque pensé que el frío le iba a hacer mal, que el sol le iba a hacer mal, entonces vivíamos ahí encerrados, no conocimos lo que es un paseo en el parque" (E2)

b- Tendencia centrífuga: fuerza que se presenta desde la emergencia, y/o la internación, sacando del eje de rotación, del hogar, a la dada madre-hijo. Esta separación produce dos efectos en el grupo familiar: por un lado aleja a todos los miembros de la cotidianidad de la casa, del eje de rotación que hasta ese momento era centrípeta,

"Cuando estaba internada, ahí dividíamos a los chicos. Mi hermana se quedaba con una, mi mamá se quedaba con el más grande y el más chico era la pelea porque nadie lo quería porque es muy terrible" (E.5).

"A mi hijo A. lo cuidaron muchas personas, la madrina un tiempo, después lo cuidó una vecina, después los familiares de mi marido" (E1).

Estas situaciones acontecieron en aquellas familias constituidas por madres solas, o donde el padre estaba ausente gran parte del día por el trabajo.

Por otro lado, se producen cambios en la organización familiar, con adjudicación y asunción de roles, donde hermanos mayores cuidaban de los menores.

"Cuando A. estaba internada en el hospital, mis otros hijos se cuidaban entre ellos....cuando estuve mucho tiempo en el hospital con A. mi hija mayor me ayudó mucho con el cuidado de los hermanos....a pesar de que ella también tenía a su bebé" (E2)

"Cuando quedaba internada con mi hija, la mayor se hacía cargo de cuidar a sus hermanos más chicos y de llevarlos a la escuela porque mi esposo trabajaba todo el día" (E7)

La desorganización: *"mis hijos no hubieran perdido la escuela" (E.2) "el otro día me dijo, mami cuando vos faltés, yo me hago el puré de papá" (E 5),* la ansiedad, y la labilidad emocional *"vivíamos discutiendo con mi esposo, porque él no me ayudaba en nada con los cuidados de M." (E 6),* son situaciones inherentes a este movimiento con dos tendencias.

Los grupos familiares estudiados viven en un tiempo y ritmo inciertos, vertiginosos, emergentes de este proceso. Su cotidianidad se altera, la enfermedad invade el espacio familiar. Transitan por la experiencia de observar y sentir, día tras día, el deterioro de un cuerpo enfermo de uno de sus miembros, las pérdidas de vida por el avance de la enfermedad, donde cada uno de ellos, desde su subjetividad, su edad, su comprensión de lo que está aconteciendo, interactúan entre ellos y con el que padece.

"La nena decía vamos a comprarle un andador así camina, y yo le decía que no sabía si iba a poder caminar. Me decía por qué no mira fijo?, por qué no sonríe como los otros?, por qué no apretaba la mano? yo le explicaba que era por su temita neurológico" (E 4)

"Si, mi hija me preguntaba por qué usaba sonda y yo le conté, y un día estábamos mirando un programa del cable que pasaron de los chicos que tienen problemas y ella me dijo "mira mami igual que M., tiene un cosito en la nariz para tomar la leche" Y....sí, le dije yo, "M. es igual" dice, "pero yo lo quiero igual porque es mi hermanito"(E 5).

El miedo, el alerta

Las familias estudiadas experimentan intensas emociones en este tiempo, siendo el miedo la manifestación recurrente en su cotidianidad, que coloca a las madres en estado de alerta, de hipervigilancia, en una exigencia de adaptación, que le permita actuar ante la presencia de la amenaza, de la urgencia.

"Yo siempre tenía preparado un bolsito con ropa mía y de mi hija por si teníamos que internarnos" (E 7).

"Muchas veces mis hijos tuvieron miedo, cuando

le agarraban las convulsiones, me veían llorar y temblaban de miedo, porque S. se encogía todo y quedaba morado” (E 5),

.....“Por ahí él empezaba a toser y yo tenía miedo que empezara a vomitar, tenía miedo que se aspirara, que si tenía moco lo tenía que controlar, de que si tenía un quejido, sea quejido nada más, y que no llegue a pasar lo peor” (E.3).

Estar en alerta es una respuesta al miedo ante la amenaza objetiva de descompensación del hijo, y/o que ocurra lo negado, que es el fallecimiento en el domicilio, como recién fue manifestado “que llegue a pasar lo peor”.

Tres de las madres entrevistadas, registraban en su historia personal vivencias de muertes anteriores, que de algún modo irrumpen desde lo siniestro en el presente escenario del morir, produciendo angustia y miedo.

“Sí, lloraba durante la enfermedad de M, porque se me juntaban todos los pensamientos de la muerte de mi marido, que estuvo internado, eh... todo lo que me había pasado, desde que... no quiero llorar, un papelón... fueron muchas cosas las que me pasó y me angustiaba...

E- ¿Qué edad tenías cuando fallecieron tus otros chicos?

Tenía... 18 con el primero que falleció, con la nena y 19, y M. tenía un mellizo que murió ni bien nació. Mi idea siempre era la de tener cuatro hijos.....

Mi esposo falleció en un accidente de auto cuando venía del trabajo a casa en Rosario.....

E- ¿Y sueños, pesadillas, tuviste?

Sí, tuve una pesadilla una semana antes que le pase eso a M. Si, tuve una pesadilla, que fue que estaba yo en el hospital. No era una pesadilla fue un sueño así como real y... había soñado con mi marido y... soñé que estábamos en una plaza estaba, este... la mamá de L. estaba Sandra, estaba mi marido, estaba yo y estaba con M. y... si, soñé que mi marido me dijo que lo llevaba a M. a hacer y ... y yo le dije que sí, pero después mi marido se lo llevaba, se iba, se iba lejos, lejos y Sandra me dice “andá a fijarte que tu marido se lo lleva muy lejos al nene” y eso si fue una pesadilla que me pasó porque cuando yo veía que él se lo llevaba a M y pasó así entre unos árboles y yo también me fui y ya cuando pasamos los árboles me había encontrado con el cementerio y ya ahí no lo ví más, ni a mi marido ni a M y me acuerdo que me había despertado llorando y lo tenía al lado a M y lo alcé y lo abrazaba y lloraba porque parecía tan real el sueño,

era tan feo...(E 4).

Estar en el hospital

Durante siglos los hospitales estuvieron en manos de la iglesia, la mayoría de los pacientes que se atendían eran personas pobres y sin recursos, muchas veces sin familias que les atendieran en sus hogares. A partir de los Siglos XV –XVI esta situación cambia y la responsabilidad de la institución hospitalaria pasa a manos del Estado. Con una tecnificación y una deshumanización creciente, comienza a verse el hospital como un lugar donde se cura o se prolonga la vida. Llegado el Siglo XX, donde la tecnología y la industria imperan, la esperanza de vida del ser humano se ha duplicado. La sociedad va desterrando poco a poco el fantasma de la muerte, si no se habla de ella, si no se ve, no existe, y envía al moribundo al hospital para alejar la muerte del seno de la familia, se desplaza progresivamente el proceso del morir del hogar y la familia hacia el médico y los hospitales (16). El hospital, que es otro de los espacios de vida cotidiana donde se despliega el vínculo madre-hijo, es sentido como un lugar de internación también para las madres.

“Me decían: queda internado y lloraba porque sabía que quedaba internada”(E.1).

La ansiedad y la angustia, que en sí misma generaba la enfermedad del hijo, se ven acrecentadas cuando se hace necesario el ingreso hospitalario del niño, establecimiento que presentificaba el estado de enfermedad del hijo, reinstalando las preguntas respecto de su tiempo de vida. Así el hospital se configura como el lugar del miedo intenso.

“Cuando internaban a M. me agarraba mucho miedo porque no sabía que iba a pasar con ella” (E 6).

“El problema que tenía cuando lo tenía internado a él es que no podía dormir por las noches. Y en el hospital no sé, aparte, no sé por qué pero en los últimos tiempos ahí en el hospital tenía mucho miedo, me agarraba mucho pánico. Me despertaba a cada rato y lo miraba, a ver si estaba respirando. En mi casa no, no sentía eso, el nene era común y como que yo me sentía que al nene acá, lo protegía, pero en el hospital no sé por qué me agarraba ese miedo, yo no dormía bien... tenía miedo a que le pasara algo” (E 4)

“Porque vos..., no estás preparado para perder a tu hijo y vos vivís en ese ambiente, estás en el hospital y ves muchas mamás, ves cuando pasan esas cosas así que los chicos fallecen y decís que no tenés palabras, porque no hay palabras para ese dolor.... yo

siempre decía ojalá que a mí no me toque porque no estoy libre... no estás preparado pero sabés que tu hijo también va a fallecer”(E2)

Miedo que adquirir a mayor envergadura cuando el hijo ingresaba a terapia intensiva. Estas unidades se representan en las entrevistadas como el espacio de un saber técnico, de una verdad específica, donde se cuenta con medios e instrumental especiales, a veces significados como indicios de una muerte muy probable, y que en cada una de estas madres, puede ser una instancia de duelo anticipatorio.

“Cuando entraba a terapia me agarraba mucho, pero mucho miedo, porque no sabía que iba a pasar con M.”(E 6).

“No sabía si me lo iban a meter en terapia o que le estaba pasando, o no me querían decir la verdad y eso me desesperaba. Y ver que el estaba ahí en una cama me desesperaba, ver que no podía hacer nada yo”(E 5).

El escenario del hospital vivido como amenazante, favorece la emergencia de síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales, reflejo de una drama interna, constituida en este escenario:

Las Pesadillas: “s, mis sueños eran horribles, en terapia me acuerdo que una vez me dijeron que S. estaba en estado de coma, que no se iba a levantar, y lo soñé en un cajoncito, y lo soñé muerto y desde esa noche no me moví de terapia, viví pendiente de terapia, y me decían andate a dormir, a comer, y yo decía que de ahí no me movía”(E5)

“una noche soñé que mi hija se despedía de mí... estaba parada en la cuna del hospital y me saludaba con su manito levantada”(E7).

Cansancio: “estas todo el día cansada, todo el día fatigada, como que hice 1500 cosas y a lo mejor no hice nada....siento como somnolencia., y después me vengo a un profundo sueño, sueño, sueño, sueño, sueño, sueño, sueño que hasta el día de hoy tengo, si es por mí creo que las 24 horas duermo”(E1).

Dolores físicos: “además que yo no soy así de mostrar mucho los nervios. Había veces como que sentí a puntadas en el pecho eh... o como que me ahogaba, salí afuera para tomar aire.....Si, mientras estaba internado me sentí así. Me temblaban mucho las manos. (E 4).

Insomnio: “Si. hay veces que me costaba dormirme a la noche, me pongo a pensar, pensar, pensar, pensar y bueno, me costaba dormirme, (E1).

Comer y engordar: “si, el bajar de peso, o cuando iba al hospital engordaba y cuando estaba en mi

casa enflaquecía y a lo mejor cuando estaba en el hospital de tanta incertidumbre, de ver que no pasaba nada, comía, comía. Después al estar en mi casa, me hacía las cuatro comidas bien y bajaba de lo más bien. Pero llegaba al hospital y estaba re gorda.comía por los nervios”(E5).

“También de los nervios me la pasaba comiendo. Si, era una cosa que a lo mejor venía a mi casa a ver a mi nena un rato y comía acá, iba al hospital y comía y es como que no podía estar sino comía algo o... como que me descargaba asíme la pasaba comiendo”(E 7).

“Entonces yo que hacía, comía... comía, comía y comía y me llenaba con eso, con la comida, tampoco me llenaba, o sea, la ansiedad de no saber qué van a decir los médicos, y el que esto que lo otro, no te llenas nunca, o sea, yo la agarré por el lado de la comida, (E 1).

Fumar: “A todo esto cuando S. entró a terapia empecé a fumar porque yo antes no fumaba. Sentí en el cigarrillo tranquilidad, calmar la ansiedad”(E 5)

El sentimiento de abandono hacia los otros hijos también generaba inquietudes en ellas cuando quedaban internadas, produciendo mal humor, estados de intranquilidad, no solo apesadumbradas por la amenaza que configura el hospital, sino también por la preocupación de cómo estarían los otros hijos.

“No estaba tranquila, estaba pendiente de cuando me daban el alta o que S. se vaya bien recuperado cosa de no volver más, y poder estar con los chicos, apenas llegaba llamar para que me los traigan, estar en el hospital y tener todo así separado es horrible”. (E 5).

“Me ponía mal, estar en el hospital, sentía que descuidaba a mi hija, pero no porque yo quería, yo no podía...” “Y... impotencia... mucha impotencia....Por el tema de estar internado te quita mucho el tiempo, para muchas cosas.... Quizás... que se yo, si él no hubiese tenido tantas internaciones como las tuvo, que se yo, podría haber aprovechado el tiempo de estar tanto con él como con mi hija”(E 4).

“Y no, mal, malísimo, porque sentís que abandonas un hijo para estar cuidando otro hijo. Es una sensación horrible, porque vos decís “soy mamá de uno, y es mi deber cuidarlo, pero a la vez por cuidar este bebé estás abandonando otro hijo”(E 3.)

Los cuidados paliativos

De los siete casos investigados, el equipo de cuidados paliativos estuvo presente solo en un caso en

el momento de informar el diagnóstico, en los otros seis, se fue incorporando al proceso de atención con el avance de la enfermedad, momento de congoja en ambos padres, porque en la representación social se los asocia con los profesionales que intervienen cuando la muerte está cerca.

“Me acuerdo cuando el año pasado, en junio 3 días antes de mi cumpleaños que me hicieron esa reunión que me dijeron todas las cosas, yo estuve un mes llorando seguido, a lo mejor no adelante de los demás porque me decían vos sos fuerte, vos sos fuerte” (E 1).

“Cuando en la reunión las chicas de paliativos me dijeron que mi hija tenía una enfermedad que iba a ir avanzando, me shockeó, estuve muy mal en mi casa, lloraba” (E 6).

Con la incorporación de este equipo en el proceso del morir, se plantean dos modalidades de intervención, que conmocionan a los progenitores, una vinculada a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y otra relativa a la indicación de morfina al niño.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

La LET consiste en realidad en la adecuación proporcional del tratamiento, como consecuencia de la deliberación libre entre el paciente y el profesional, en el marco de una relación asistencial terapéutica que busca la participación y la mutua confianza. Trata de lograr la aceptación libre y participación del paciente o representante en el proceso de toma de decisiones en el tratamiento. Esto significa que el profesional, lejos de separarse del proceso de decisión, y de mantenerse en una neutralidad cómoda, decidir acompañar a la persona enferma y comprometerse con ella. La confianza, el compromiso y la responsabilidad que conlleva este modelo de proceso asistencial son entonces los factores clave que permiten seleccionar de forma cooperativa la mejor opción entre las disponibles, esto es, la LET (17).

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico es otra de las instancias de fuerte repercusión emocional, porque los padres son informados del avance de la enfermedad del hijo, y de las acciones que son convenientes a seguir cuando ingrese en fase final. Se propone que dado el pronóstico de terminalidad del hijo, existe la posibilidad de la limitación del esfuerzo terapéutico, y que para ello es necesario contar con la aceptación y acuerdo por parte de ellos y el equipo médico, para evitar que cuando el niño ingrese en la guardia del hospital en situación de muerte imminente,

o cuando está en fase final, o de agonía, no se le realicen tratamientos desproporcionados.

La aceptación por parte de los padres es rechazada en un principio, accediendo -en los casos estudiados-, cuando la enfermedad está avanzada, y/o en la etapa de la agonía para que no ingrese a terapia, o se le realicen prácticas invasivas. De los siete casos analizados, los siete padres firmaron este consentimiento.

La morfina

Ni la adormidera ni la mandragora
ni todos los adormecedores jugos de la naturaleza
te ayudarán a recuperar el dulce sueño.
(Otelo, tercer acto)

Con respecto a la morfina existen mitos y temores, por ejemplo considerar que el momento en que la suministran es indicativo de que ya la persona está muy mal, sistema de creencias que forma parte de la subjetividad de las madres en estudio, situándolas en la aflicción.

“Cuando le prescriben la morfina, pensé que mi hija se moría pronto” (E7).

Interviniendo como profesional tres madres me expresaron durante las visitas domiciliarias, que la morfina estaba matando al hijo desde que comenzaron a suministrarla, que su hijo estaba mal, culpabilizándola por su desmejora.

Las otras muertes

Otro escenario de fuerte impacto emocional, es la muerte del hijo de las amigas, las internadas, *“yo he llorado más con los hijos ajenos, el primer caso que a mí me pasó fue el de A., a mí me mató, yo creo que estuve 24 hs. seguidas llorando....con la muerte de A yo ya sabía lo que se me venía....(E1)*, la muerte del hijo de las amigas, las internadas, es un espejo por donde se refleja lo que va a ser su realidad, lo que va a acontecer, lo temido, doloroso, angustiante, pero a su vez este reflejo ayuda para comenzar a elaborar la pérdida, otra situación de duelo anticipatorio.

Eso que está en mi cabeza – Ambivalencia Afectiva

Vivir en el proceso de muerte del hijo, sitúa a las madres en una ambivalencia afectiva, transitando por sentimientos encontrados, mientras que por un lado desean que el hijo mejore y viva más tiempo, por otro lado se vuelve imperativo que deje de sufrir, negando ellas este sentimiento por considerarlo

moralmente inaceptable. Sentimiento que se vuelve pensamiento contradictorio, que está en su cabeza, en su subjetividad.

"Trataba de no pensar, así, el tema de la muerte, eh... trataba de pensar en otra cosa, en cosas de él. No, no.... no quería... pensar eso, en el tema de la muerte de mi hijo"(E5), no lo acepta "No, no lo acepté, que iba a morir...(E4), lo va aceptando "me lo venía imaginando muchas veces el fallecimiento... (E1)", lo acepta "y a la vez, cuando yo escuché como el oxígeno le entraba dije, no esto tiene que terminar ya, porque él no puede.....y sí, lo termina aceptando por él" (E3), lo sigue negando sabiendo que va a pasar "sabía que en algún momento iba a pasar, pero no lo quería aceptar"(E4).

No lo pienso, no lo acepto, pero lo voy aceptando, lo acepto pero lo sigo negando sabiendo que va a pasar, es una forma de pensamiento de contrarios, de negación y aceptación, de ambivalencia afectiva, que está en lucha, en movimiento dialéctico continuo.

Madres Situadas

Situarse es desde la perspectiva de la psicología social, un intento permanente de comunicación, de apropiación de sentidos, de conocimiento. Es tarea de un sujeto que desde la conciencia de su esencia social y de su temporalidad no se pierde a sí mismo, no se aliena en un presente fragmentado sin pasado, sin proyecto. Es tensión y lucha por no escindirse, para que la identidad preserve sus apoyaturas, conserve su contradicción de permanencia y cambio, su capacidad elaborativa, esa que nos da consistencia y continuidad como sujetos. El situarse es un aferramiento a la racionalidad, compromiso con una praxis que intenta no solo construir la historia, sino hacerla inteligible (18).

Situarse, que desde su hacer, pensar y sentir, estas madres construyen en el tiempo vida del hijo, una histórica, no deseada pero a la vez aceptada en un proceso que es irrepetible. Emergen desde un contexto de condiciones de pobreza, como sujetos de acción en una tarea concreta, con conocimiento, en un proceso de aprendizaje que les permite adaptarse activamente a la realidad, logrando de esta manera interactuar con un campo hegemónico como lo es el del universo médico.

"A mí me costó aprender cuatro meses. Cuatro meses me negué a hacer cualquier cosa. Cuando yo entré al hospital, y A. estuvo en sala dos meses, y ahí lo aspiraban, le hacían de todo. Todo lo que te-

nían que hacerle, le hacía, yo no quería saber absolutamente nada. A mí me preguntaban cómo eran las convulsiones, yo le decía que no le entendía nada de términos médicos, nada...cuando cayó en terapia por una neumonía hospitalaria, intrahospitalaria....entonces ahí yo dije no, yo lo aspiro. Estuve toda una noche pidiéndole a una enfermera que me ayude. Me enseñó y lo hice, y de ahí no paré, porque era yo la que lo tenía que hacer... vos como mamá sabes cuándo va a cambiar, cuando tiene algo, cuando la tos es diferente, o cuando tiene catarro, o si lo aspiras, si los mocos son espesos o no son espesos, de qué color, nada más que uno. Entonces ahí dije, esto lo manejo yo y empecé a manejarlo yo, pero al principio me dio terror. (E3).

"Entonces la doctora me trato de ignorante, yo le dije "pero es que yo nunca tuve una criatura enferma, es la primera vez" (E2).

"Como que tuve que aprender de golpe, o sea que tuve que aprender a defenderme...porque cuando nació T. yo le decía a los médicos todo que sí... entonces luego yo empecé con los por qué y para qué y esto y lo otro e informarme y preguntar a los 500 médicos que venían a la sala... y si no me quedaba conforme iba y preguntaba a otro" (E1).

Los vínculos

El hijo

"Tengo dos amores de mi vida, tengo dos amores hermosos, y uno nuevo, pero ese es especial, es único, irrepetible, y no lo vas a volver a tener más" (E3).

"Se crea un amor especial, distinto, es una experiencia, a la vez triste y a la vez hermosa. Te crea otras emociones" (E2).

Como dice la entrevistada es una experiencia triste pero a la vez hermosa, que crea otras emociones, distintas, especiales en este escenario del proceso del morir, sentimiento construido desde un proceso emocional creativo, nuevo, que ayuda a transitar por este escenario.

"Él me hizo crecer lo que los demás no pudieron. Me hizo madurar diferente y dejé de tenerle miedo a un montón de cosas. Yo siento que se me fue un hijo, y ya no tengo que temerle más nada, porque más nada me puede pasar que la muerte de un hijo" (E3).

"Lo que yo viví con ella no lo viví en mi vida, con ella a pesar del dolor de haberla perdido aprendí muchas cosas con ella. Aprendí a vivir todo lo que viví con ella"(E2).

"Yo antes vivía en una nube de limbo, aprendí a

ser madre de la peor manera... como que tuve que madurar de golpe, o sea tuve que aprender a defenderme....nunca pensé en tener que chocarme con un montón de médicos, un montón de significados que yo no conocía" (E1).

Aprenden a conocer las necesidades del hijo, descifrando sus movimientos, lenguaje, expresiones, comprendiendo que su llanto no solo puede ser expresión de hambre, sino también de dolor, de malestar, de cansancio, para poder ser la voz de él en el mundo externo, como expresión de satisfacción a la necesidad de ambos. Para que escuchen lo que está sintiendo el hijo con respecto a las prácticas médicas sobre su cuerpo.

"Éramos uno...yo pienso que todas las veces que me quejé en el hospital fue por las veces que él no se pudo quejar. Yo era la voz de él....Yo pienso que él y yo éramos uno" (E 1).

La Pareja

Con respecto al vínculo con la pareja y su participación en el cuidado del hijo, como expresa esta entrevistada: *"hay de todo"*.

"Y están los padres que las acompañan a las madres porque he conocido casos, de padres que las han acompañado a las madres, que han dormido en los bancos de afuera esperando a la mujer y al hijo a ver qué le decían del hijo, que esto, que el otro... hay de todo. Hay madres que han estado solas, que los padres nunca estuvieron, conoces de todo, pasas por todas las experiencias" (E1).

Como se observa hay distintas reacciones que tienen los padres con respecto al cuidado del hijo, y a la relación que establecen con su pareja ante esta situación.

"En eso de la enfermedad de A. pareciera que no fuéramos muy unidos pero sí, en eso sí, como que en eso nos sentimos acompañados los dos y siempre estuvimos los dos por ella. Muchos decían que muchas veces no estaba, que no aparecía, pero si él no estaba era porque tenía que trabajar para que A. no le faltara nada...yo tenía que cuidarla en la casa y él también ayudaba en la casa con sus cuidados" (E2).

"Mi esposo siempre atendió a mi hijita y a los otros hijos, nos turnábamos en los cuidados.....cuando caía internada con ella, él se quedaba solo con los otros chicos" (E7).

En otros casos, cuatro madres sintieron que la relación con ellos iba perdiendo fuerza, porque creían que todas las tareas a realizarse con los cuidados del

hijo recaían solamente en ellas.

"Con mi marido sí, con él si cambié mucho la relación, digamos de lo que éramos primero a lo que fue después. Con el tiempo se fue poniendo más áspera la relación, siempre peleábamos por cualquier cosa, que vos no me ayudás con los pañales, que no me ayudás con la pastilla, y pero yo trabajo todo el día y... todas esas cosas..., si yo me levantaba porque le tenía que dar la pastilla, porque lo tenía que cambiar, porque le tenía que hacer la comida, porque lo tenía que llevar al médico, eh...es una responsabilidad grande que llega un punto en el que vos decís basta, por qué todo yo sola, y ahí empiezan los reproches y porque vos no me ayudas y porque vos no haces la pastilla y porque vos no haces esto" (E1).

"Me sentía muy sola. Él nunca lo aspiró, nunca lo kinesió, nunca le dio los antibióticos, nada, no hizo nunca nada de eso....es más, no sabía ni preparar la medicación. Yo le decía "agarra el jarabe y pone tanto" y me decía "y cómo hago?, cómo lo tengo que hacer? Y cómo lo pongo en la jeringa?"(E3).

Como se advierte en estas entrevistas, la relación con la pareja va deteriorándose con el transcurso del tiempo, surgiendo discusiones con respecto a la actitud de no afrontamiento por parte del padre, situándose ellos en una posición de impotencia. Otra de las causas de desgaste en la relación, era por la ausencia reiterada de la mujer en el hogar por las frecuentes internaciones.

Otro de los motivos de afectación en el vínculo era producido por la dependencia de ellas hacia el hijo, expresada en la actitud de estar pendientes de él las 24 hs. Esta condición ocasionaba que estén cansadas, estresadas, produciendo como consecuencia la suspensión de las relaciones sexuales con su pareja, ligada muchas veces a la caída del deseo.

"Sí, totalmente. Disminuyeron 100% casi... Y sí, 6 meses internada y después 2 meses, un mes, 25, todo el tiempo así, siempre así... que uno cuando viene de estar internada está tan saturada, pese a que no hace nada. También modifica porque uno está cansada, está estresada, no quiere saber nada, y esta persona quiere y yo no, porque yo estoy diferente, me siento diferente, entonces por lo tanto sí, modificaba un montón...(E3).

"Si hubo cambios, pero, eh... yo lo siento en mí, como que yo no, no, no quiero saber nada, ¿entendés?, pasa porque tiene que pasar pero no porque yo quiero,...para mí era...no, no sentía la necesidad" (E1)

Pero esta suspensión no era solamente por el estado de cansancio físico y psicológico, sino por las condiciones de cohecho, donde el hijo dormía con ella en la misma cama para poder sentirlo de noche.

"Si, con S. no tenía ganas, porque me duele la cabeza, porque estoy cansada, porque a cada rato estaba pendiente del oxígeno, si le faltaba algo, cambiaba un montón. Antes dormía al lado de una persona, pero con S. no, el dormía conmigo y si te molesta dormir vos aparte, S. duerme conmigo" (E5).

Cuando el paciente requería en su domicilio de varios aparatos tecnológicos como oxígeno, bomba infusora, nebulizadores o respirador para ventilación mecánica, en estos casos directamente el padre del niño o no dormía en la cama marital.

En efecto, en las sucesivas visitas realizadas en los hogares podía observarse que el lugar asignado al paciente crítico terminal, el espacio por donde se desarrollaba su cotidianidad, era la cama donde dormía la madre. Consultada sobre esto a una madre cuya hija estaba con respirador en el domicilio respondió que:

"Cuando una madre tiene un hijo muy enfermo, no pensás si vas a tener relaciones o no con tu esposo, solo pensás en tu hijo, lo otro es secundario.... solo pensás si vas a poder escuchar a la noche a tu hijo si respira"

Acerca de la aceptación de la enfermedad y muerte del hijo, ellas son las que están más preparadas para el momento de su partida, porque son las que estuvieron las 24 hs. con él, viviendo las emergencias, las internaciones, los miedos, las ansiedades en el hospital y en la casa. El padre, al no haber podido transitar por el mismo proceso que la mujer por las diferentes razones que ya fueron expresadas, aparecen diferencias entre ellos en relación a la aceptación del diagnóstico y pronóstico del hijo, siendo ellos fundamentalmente los que no aceptaban y negaban el pronóstico de muerte.

"Mi marido ...es como que él no lo aceptaba....él decía que él iba a salir adelante. Yo no decía que él iba a salir adelante, pero por más que yo no lo quiera yo me daba cuenta que él no era un chico normal, que no era un chico como los demás" (E4)

"Porque él tomaba como que ay, eso va a pasar, como que se negaba, se negaba mucho.. Ay está internado, pero va a salir, no te preocupes que va a salir y va a estar todo bien, me decía" (E3).

Algunas de ellas al sentir que no podían hablar con su pareja sobre la enfermedad del hijo, de su

diagnóstico y pronóstico, por la negación en ellos de afrontar esta realidad, este tema era conversado muchas veces con las amigas, que estaban en las mismas circunstancias, las internadas,

"Entonces esas cosas no se pueden hablar con alguien que niega, se supone que lo tenés que hablar con alguien que está pasando por lo mismo, y nada mejor que una mamá, que otra mamá que esté pasando por lo mismo" (E1).

Los otros hijos - Los hermanos

Los hermanos, desde un contexto de pobreza, participan en el hogar del proceso del morir, observando e interactuando con el hermano enfermo. La cotidianidad de ellos también se altera, teniendo que acomodarse a lo imprevisible, ser flexibles ante los cambios inesperados como el de no saber dónde van a estar al día siguiente, si en su casa o en la de algún familiar o amigo de la familia, si llega a ocurrir la hospitalización del hermano. Durante este periodo están separados de la madre y del hermano enfermo, realidad en la que también intervienen los mandatos institucionales, considerando que algunas salas del hospital prohíben las visitas de menores, situación que es agravada cuando el niño o enfermo se encuentra en terapia intensiva, lugar de inadmisibilidad total de esta visita. En este contexto de inestabilidad, se presentan situaciones de abandono de la escuela o repetición de grado en algunos de ellos como lo comentan estas madres.

"Si yo hubiera tenido ayuda, mis hijos no hubieran perdido la escuela, si yo hubiera tenido ayuda en mi casa o en el hospital yo los iba a acompañar más a ellos....antes de la enfermedad de A. todos los chicos iban a la escuela" (E2).

"Se quedó de grado porque los que lo cuidaban no lo llevaron las dos semanas que tenía que ir para subirle la nota" (E3).

"Mi hijo de nueve años, el mayor era un duque, si él me ayudaba... lo cambiaba todo, lo sabía cambiar de pie a cabeza" (E5)

Hermanos que con pocos años de edad adquieren conocimientos como el manejo de bomba infusora, control de oxígeno o nebulizar.

"Él hasta sabía manejar la bomba...cuando yo agarré el trabajo en agosto, que S. salió de terapia, volvimos a casa y yo me iba a trabajar y él iba a poner la bomba, yo ya se la programaba y él se fijaba si le faltaban los mililitros, todo" (E5).

"T. mi hija mayor me ayuda con los cuidados de

A., la aspiraba, la bañaba y cambiaba, me ayudó muchísimo" (E2).

También están pendientes y dependientes de la enfermedad, como la madre.

"Sí, miraba el aparato, ella me avisaba cuando él terminaba de tomar la leche, me avisaba si él estaba llorando. Yo por ahí estaba limpiando la cocina, estaba haciendo algo y le ponía la leche y ella venía corriendo y me decía "ma vení fijate que M. se quiere sacar la sonda" o "mamá M. está llorando" o "mami el aparato está sonando todas esas cosas todas esas cosas" (E4).

"Si tan solo una fiebrequita a ellos les preocupaba, M. vivía pendiente del calor, de que no piquen los mosquitos por el dengue me decía, mami, ponle el off, mami le cambiaste el pañal, ella estaba más pendiente de S. que yo, sabía un montón de cosas, controlaba el oxígeno y me decía, mira que está por la mitad el tanque." (E5).

La enfermedad, para ellos, no era un impedimento para ser niños y jugar con su hermano enfermo.

"Jugaba con M, tenía los jueguitos esos de doctora, cuando sabía que venían las doctoras, ella también se ponía a revisarlo" (E4).

"A. a T. lo volvía loco como jugaba, a cada rato le daba besos y le hacía cosquillas, T. no se podía reír por su enfermedad pero estaba distinto cuando el hermano jugaba con él, le gustaba.... Un día A. me pregunto cuándo iba a poder ir a jugar a la pelota con el hermano" (E1).

Las Amigas - Las Internadas

"Esas amigas estuvieron internadas con sus hijos, así compartíamos el mismo dolor: tener hijos enfermos, crónicos, así que sabíamos de lo que estábamos hablando, sabíamos lo que sentíamos, pensábamos iguales, así que bueno, el vínculo fue eso. Después la amistad, porque vos al conocerlas, ver que son buenas personas, estuvieron siempre conmigo cada vez que le pasaba algo al A., y yo les mandaba un mensaje y ellas estaban o llamaban o venían a ver, traían cositas, o me lo acariciaban, me lo alzaban, fueron las únicas en sí que lo acariciaban, lo alzaban y lo amaban realmente, no importaba como él era. Entonces valoré eso, eso es una amistad" (E3).

El hospital, es el espacio de interacción cotidiana de las madres que están internadas y que tienen en común el hecho de tener hijos enfermos crónicos, especiales, estableciéndose un vínculo identificatorio,

direccionado, de sostén, de acompañamiento, entendimiento y de comunión.

"Estamos en comunión, como M. y su hija y yo al mío, entre nosotras nos entendemos, los de afuera no,...los de afuera no, lo que no están internados no pueden entender la situación, no lo entiende nadie, solamente personas como nosotras" (E5).

"Y son... no se si todas las grandes amigas, más las que compartimos más tiempo, yo conocí mil madres ahí adentro.... pero no he tenido afinidad porque no eran como nosotras" (E1).

Son sujetos que comparten un mismo tiempo, ritmo y espacio, una misma realidad, la condición de tener hijos especiales, en proceso de muerte. Comunican en este campo de relaciones, en el interactuar en un mismo espacio y tiempo, sus miedos, angustias, sus ansiedades, eso que está en su cabeza, permitiendo desde una mutua representación interna, ir aceptando el acontecimiento final de los hijos.

"Yo siempre imaginé el momento, con las chicas en el hospital, todas nos imaginábamos el momento... si lo hablabamos en el hospital, de qué íbamos a hacer el día que le pase algo a nuestros hijos y todo lo que hablabamos" (E1).

"Por ejemplo Vero, María Rosa, eh... Ramona, las que convivimos más y más el sufrimiento mutuo, o sea porque yo lloré cuando le han pasado cosas a los hijos de ellas y ellas han llorado y nos consolamos cuando estábamos mal, todas estábamos mal, porque era así, una estaba mal, estábamos todas mal o estábamos todas tratando de consolarla a la que estaba mal o nos estábamos matando todas de la risa, pero ellas si son... o sea entre nosotras nomás nos podemos entender el dolor que tenemos, más allá de que los casos sean todos distintos como dicen todos, los médicos te dicen no, no te tenés que fijar en el caso de éste, no te tenés que fijar en el caso del otro porque son todos distintos, pero solamente nosotras entendemos lo que pasamos ahí adentro, lo que sufrimos ahí adentro junto con nuestros hijos y lo que nos cuesta pelear" (E1).

Esta instancia grupal constituye una herramienta clave para facilitar el tránsito por el duelo anticipatorio.

Entre ellas se establece aprecio por compartir las mismas cosas "yo hice amistades en el Hospital, que aprecio, bah no sé si me aprecian a mí pero yo sí aprecio mucho, a las mamás, porque compartimos muchas cosas" (E1) Entendimiento "para mí una persona que tiene un chico así te sabe entender tal

vez"*Por mi experiencia, cuando le contás algo a alguien que no tiene un chico especial, es como que no, no te pueden llegar a comprender tan bien como aquellas que lo tienen o que la pasó*" (E4), y fundamentalmente.

Son las madres especiales, las diferentes: *"me acuerdo que la mamá siempre salía al patio a hablar conmigo, yo trataba de, que se yo... ella me preguntaba cómo había sido tener un chico especial"* (E4).

El lugar de encuentro de las madres especiales, era el patio del hospital, el espacio del esparcimiento, del tiempo libre en la tarea de cuidar al hijo especial.

"Cuando estaba internada nos juntábamos con las chicas a tomar mate en el patio, así tratábamos que el tiempo pase, porque no sabes que hacer ahí adentro" (E6).

"Nosotras salíamos a fumar un cigarrillo, tomar nos unos mates y volvíamos, a veces los mismos enfermeros en mi caso, en mi sala, ellos mismos te decían ¿no vas a salir a fumarte un cigarrillo?" (E1).

Ritual de partida

Como se desarrolla en el marco teórico, la muerte llega a todos por igual, no importa la edad, el sexo, la condición social, ni el lugar donde vivimos, ni la religión. Es el inexorable destino de todo sujeto. Es un acontecer que la mayoría temen, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos.

Desde una construcción histórico-social, está internalizada subjetivamente, como el acontecer que tiene que suceder en el final de la vida, en la ancianidad. Cuando la muerte ocurre en un niño, la negación y la inelaborabilidad es mayor, no se puede entender, porque rompe con el esquema que nuestra sociedad y cultura tienen del desarrollo de la vida humana.

"Uno no se espera la muerte de un hijo, aunque esté preparado. Muchas veces decimos que los hijos nos van a enterrar a nosotros, pero una mamá no es fuerte para perder un hijo" (E2).

"No estás preparado para perder a tu hijo....." (E3).

Con respecto a esto Daniel Kesner y otros plantean: "Pensamos que en el vínculo madre-hijo se da una prolongación del narcisismo materno que hace al niño cleo materno de la identidad, en la figura del hijo, lo que limita la posibilidad de la elaboración de la pérdida. La pérdida de un hijo implica siempre una ruptura de la cadena generacional. El sentirse un eslabón es esa cadena implica una continuidad del proyecto personal en el hijo, como dicen frecuentemente personas

sometidas a este tipo de situación: "estamos preparados para aceptar la muerte de nuestros padres pero no la de nuestros hijos" (19 p. 165).

"No tenés palabras, porque no hay palabras para ese dolor" (E3).

Llegada Primera despedida

Durante el período de tres a dos de venir conversando con madres que sufrieron la pérdida de un hijo, y otras cuyos hijos se encuentran enfermos, consultadas sobre la decisión acerca del lugar donde prefieren que se produzca la muerte del hijo, la mayoría de ellas manifestaron que prefieren el hospital, por considerar que es el espacio donde el hijo va a estar mejor atendido por los médicos, y por miedo de no estar ellas en condiciones de asistirlo adecuadamente ante alguna complicación que pudiera presentarse en el domicilio. Otro de los motivos es que no quieren que sus otros hijos menores presencien el fallecimiento del hermano.

Llegado el momento en que el niño ingresa en la agonía, el hospital es el escenario donde se desarrolla uno de los últimos rituales de la pre muerte, el ritual de partida como lo especifica Alcira Alizade (10).

Habiendo participado, desde mi doble rol, en este ritual, en el ámbito hospitalario con pacientes que estuvieron en el servicio de internación domiciliaria, acompañando a la familia del niño moribundo, y despidiendo al mismo, planteo que fue en un contexto de muerte digna. Con respecto a esta afirmación, cabe hacer la salvedad de que el escenario donde se produjeron las defunciones, fue en las habitaciones de sala del hospital y no en la terapia intensiva.

¿Por qué puede considerarse que se trató en estos casos de un contexto de muerte digna? Francisco Maglio reflexiona respecto a las condiciones que configurarían una muerte digna señalando: "tengo para mí que por tres circunstancias: en primer lugar sin dolor, y si para eliminar el dolor la dosis de analgésico y sedantes abrevia la vida en un final, no hay ninguna inmoralidad en ello. En segundo lugar una muerte digna debe posibilitar el tiempo y el espacio para que el moribundo pueda recibir y transmitir afectos, y por último (y esto no es ninguna necrofilia) una muerte digna debe ser con lucidez" (20).

Llegado este momento, profesionales hospitalarios preparan la habitación donde se producirá el fallecimiento del niño. Otros pacientes son trasladados a otra habitación o al niño moribundo para que esté solo con sus familiares.

Las visitas de familiares son admitidas de manera controlada, evitando desde el hospital el aglutinamiento de los mismos, permitiendo que a la noche queden los padres junto al niño.

"y les pregunté si podía venir mi marido y me dijeron que sí"(E1)-

En las paredes de la habitación se observan cartitas con expresiones como "te extrañamos hermano", "te queremos". Hay dibujos realizados por ellos o algún peluche del equipo de fútbol al que supuestamente pertenecía el niño o su juguete preferido.

En la fase de agonía, cuando el niño entra en la inconsciencia y el coma, suele producirse la aceptación total de la muerte, siendo las madres quienes offician de entregadoras en la partida del hijo, a lo desconocido por el hombre. Las creencias y el rito de partida, ayudan a soportar ese momento, que es el comienzo del proceso de traspaso, de entrega hacia lo imaginario:

"Y bueno, después lo alcé yo y por ahí... yo le dije... porque él todas las noches se largaba a reír, entonces yo le decía, como si fuera que se estaba riendo con alguien, entonces yo le decía estos angelitos te vienen a jugar a esta hora para jugar, no te dejes ir a jugar a esta hora, entonces en ese momento yo le dije si querés ir a jugar, mamá te deja ir a jugar"(E 1).

"Sí, de un lado... una manito le tenía yo y una manito el papá. Y yo le dije que ella era libre que no sufriera más con nosotros, que ella era libre, que la dejo volar, y se quedó hasta el último suspiro de ella la tuve de mi mano"(E2)

La muerte sorprende muchas veces de noche, cuando el cansancio de los padres, -si los dos están presentes en el hospital, o el de madre que es quien siempre estuvo con el hijo hasta el último momento-, cede ante tanto esfuerzo de cuidar y acompañar al hijo.

"Me quedé dormida...C. se queda levantado entonces yo me acuesto al lado de T., le pongo la mano en el pecho, yo no me quería dormir, me quedé dormida y C. me zamarrea y me dice le aviso a la enfermera pensando que era una más de las veces que se había cortado y le digo avisale, le digo yo, salté de la cama y bueno a las 3:25 se fue, pero yo no lo vi, es como que él esperó que yo me durmiera al lado de él y lo dejara".(E1).

"Cuando él murió yo estaba dormida a su lado. Lo tenía abrazado, no lo sentí cuando se fue, pero se fue con mi amor, porque lo tenía abrazado. Ya no sufre más". (E5).

Velatorio

"Yo hubiese querido hacerlo en un velatorio...lo hicimos en casa de Teresa" Recibí el sepelio de la municipalidad...si todo eso...vinieron los de Caramuto y prestaron la cruz y las luces y esas cosas, el cajón de la municipalidad, todo"(E 3).

"Lo velamos en Caramuto...una tía de mi marido empezó a pagar cuando nos dijeron en una reunión que se iba a morir. Yo me entere de que estaba pagando una semana antes de que muera"(E 1).

"Lo velamos en una casa velatoria, mi familia me ayudó a pagarla, no quería lo que la municipalidad me daba"(E 4).

Llegada la etapa final de la presencia del cuerpo visible, luego del ritual de partida y aseo, se presenta el momento de la despedida final a través del ritual de los funerales, velatorios y entierro.

Para los pobres este rito se realiza en la casa, como la expresa la ordenanza municipal de cementerios N° 6484/1998, que en el capítulo III dice:

"art.74º: las empresas de servicios fúnebres deberán prestar servicios gratuitos subvencionados por la Municipalidad, en todos los casos en que se acredite pobreza de solemnidad por medio de certificado expedido por las seccionales de policía y/u otra autoridad competente y se cumplimente con los requisitos que determinan la reglamentación

art75º: el servicio gratuito subvencionado por la municipalidad constará de un ataúd tipo plano común, con mortaja para sepultura en tierra, una capilla velatoria compuesta de cuatro candelabros, un Cristo crucificado y dos soportes para féretro y un furgón asistencial hasta el domicilio del velatorio y desde éste al cementerio de la Piedad.

art 76º: Las empresas de servicios fúnebres, en los casos de pobreza de solemnidad, procederá al armado de la capilla ardiente y efectuar el velatorio en el domicilio del fallecido en los casos en que sí fuese solicitado y cuando fuese posible por cumplirse condiciones mínimas de seguridad y ambientabilidad".

¿Qué es ser pobres de solemnidad?

"A comienzo del S. XX en la Argentina, la distinción entre pobres merecedores y no, entre una pobreza buena y otra mala, se reeditó a través de la definición de una clientela legítima de los servicios sociales en expansión. En 1902, los hospitales que dependían de la asistencia pública de la municipalidad de Buenos Aires, tenían que exigir a los pacientes el documento que acreditara su estado de pobreza. Así,

la asistencia era administrada de un modo racional sobre la base de la identificación de una pobreza legalizada e institucionalizada a partir de dos categorías, los pobres de solemnidad y los simplemente pobres, quienes -a diferencia de los primeros- no se encontraban exentos del pago del servicio público. Los registros y certificaciones de pobres permitían establecer distinciones efectivas entre ellos, detectar falsos pobres, y garantizar un uso racional de los recursos" (21).

Las familias pobres de solemnidad, transitan por una serie de trámites para obtener su certificación de pobreza y así poder velar y enterrar al niño pobre de solemnidad, gestiones que deben ser realizadas dentro de un tiempo estipulado durante el día, específicamente hasta las 18 hs, de lo contrario el velatorio pasa para el día siguiente, quedando el niño en la morgue. En efecto, la gestión del sepelio tiene que realizarse hasta las 17 o 18 hs, los familiares tienen que ir con documento de identidad a realizar el trámite y luego a tribunales con dos testigos para sacar el certificado de pobreza y volver nuevamente hasta la oficina municipal para presentar todos los papeles solicitados. Todo esto antes de las 17 hs, porque la casa funeraria que les brinda el servicio, no ingresa a los barrios pasada las 19 hs. por temor a la inseguridad. Si los familiares no llegaron a tiempo con los trámites, el niño pasa a la morgue hasta la mañana del día siguiente, acortándose así el tiempo para ser velado y abriéndose otra escena dramática, postal de la pobreza. En dos ocasiones, la autora de este trabajo acompañó a dos madres hasta la morgue muy temprano a la mañana, porque no habían llegado a tiempo con la gestión del sepelio del día anterior. Ambas se encontraron con un cuerpo frío, con rigidez cadavérica, manchas, siendo doloroso el aseo en uno de los casos, dado que por su rigidez no podía ser desvestido, debiendo romperse la ropa. Lo funesto emerge nuevamente en familias pobres, pobres de solemnidad.

En cinco de los siete casos estudiados, el espacio físico donde se realizó el velatorio gratuito fue en la casa, en el comedor, que es el ambiente más grande que tienen los domicilios. Lo que otrora era el lugar de reunión de la familia en su vida cotidiana, ahora se convierte en el lugar de encuentro de familiares, amigos, vecinos para realizar el adiós, la despedida final del niño. La siguiente constituye una breve descripción de un velatorio de una niña que estuvo en internación domiciliaria, del que participó la autora

del trabajo.

"Son las 16:15 hs. del día jueves, llega una furgoneta blanca hasta el pasillo del asentamiento irregular donde está situado el domicilio donde va a ser velada A. El padre de A. está parado sobre la vereda donde comienza el pasillo esperando la llegada de su hija. Un hombre baja de la furgoneta un pequeño cajón que contenía el cuerpo de la niña. El cajón es pequeño, sencillo, de madera fina, sin trabajar, llamado por los pobres, el cajón de manzana.

La habitación donde se instala el servicio de sepelio aproximadamente mide 2 metros de ancho por cuatro de largo. Sus paredes están levantadas con block sin revocar y el techo es de chapa con piso de portland.

El ataúd es instalado en la parte posterior del recinto. La mesa, sillas, televisión, equipo de música, que horas atrás eran muebles y electrodomésticos que formaban parte de los encuentros de la vida familiar, son retirados para colocar otros, los elementos funerarios, como la cruz, dos luces a sus costados y el ataúd que aloja a la niña, que forman parte del rito funerario domiciliario de la pobreza".

Sostiene Aries Philippe, respecto de los funerales: *"La industria de las pompas fúnebres y los cementerios (que son privados, salvo las fosas de los pobres) tiene una función moral y social. Suaviza la pena de los sobrevivientes, acondiciona los monumentos y jardines mortuorios para felicidad de los vivos" (12).*

El funeral de los pobres de solemnidad, solventado por el estado municipal, se traduce en un velatorio en el domicilio, con características que acentúan la condición de pobreza de estas familias.

"Cuando veo el cajón casi me muero, parecía de cartón, yo no quería que mi hija esté ahí. Mi familia me prestó plata para cambiar el cajón por uno mejor" (E 6)

"No me quiero acordar de su cajón, no tenía plata para cambiarlo. Era horrible, parecía que se iba a desarmar en cualquier momento" (E 5).

La necesidad de que el hijo sea velado y enterrado en condiciones dignas lleva a las familias a intentar mejorar el ataúd, o velar el cuerpo en una sala velatoria, hecho que hace, suavizar la penas de los sobrevivientes. En dos de los siete casos el velatorio fue en una casa velatoria.

"Lo velamos en una casa velatoria, mi familia me ayudó a pagarla, no quería lo que la municipalidad me daba, me dijeron que el cajón es horrible y a parte no

quería velarlo en mi casa, sobre todo por mi hija" (E4).

"No lo vi nunca pero me dijeron que es horrible, ya la situación es una situación de porquería y ... y más todo eso que es de la municipalidad que dicen que es un cajón de manzanas, que esto, que lo otro, que... pienso que sí, que hubiese sido peor, hubiese sido peor..., digamos y el hecho de que él haya podido tener algo como la... algo bien, dentro de todo" (E1).

Entierro

Las personas que no cuentan con una cobertura de sepelio o no tienen pago un lugar donde sepultar al fallecido, reciben la sepultura gratuita en el cementerio de La Piedad que pertenece a la municipalidad, como lo expresa la ordenanza municipal 6484/98 en el cap. I art. 32º c)

"sepulturas gratuitas: los fallecidos pobres de solemnidad, previa certificación de autoridad competente que acredite tal condición; serán inhumados en forma gratuita en sepulturas individuales, que serán cedidas por el término de dos años. En el caso de los incisos b y c se establecerá un único plazo de 30 días para que los interesados concreten la reducción y traslado. Vencido dicho lapso se procederá a notificar a los titulares en el domicilio constituido, dándole un plazo de 30 días para regularizar la situación, cumplido el cual se procederá sin más trámite a la remisión de los restos al Osario General o a la Cremación según criterios de la Dirección General de Defunciones y Cementerios."

Los siete casos estudiados, están enterrados en el cementerio de La Piedad. Este cementerio es inaugurado en 1886 como enterratorio municipal y recién en 1907 se lo conoce con el nombre actual. Esta necrópolis ocupa una extensión de 24 hectáreas. Actualmente cuenta con unas 40.000 sepulturas aproximadamente (22).

En esta necrópolis puede observarse la reproducción de la desigualdad social, es el reflejo de la ciudad de los vivos, "como vivo, ser enterrado". El cementerio muestra los cambios sociales y de mentalidad. Las tumbas son marcadores culturales y sociales, en cuanto reflejan la pertenencia cultural y/o étnica.

Dice Borges:

Ahora que poseo el secreto podría anunciarlo de cien modos distintos y aun contradictorios. No sé muy bien cómo decirle que el secreto es preciso y que

ahora la ciencia, nuestra ciencia me parece una mera

frivolidad....el secreto por lo demás no vale lo que valen los caminos que me condujeron a él.

Esos caminos hay que andarlos....

JORGE LUIS BORGES, EL ETNÓGRAFO.

Tal como sostiene el escritor, "esos caminos hay que andarlos", para que uno como investigador se interroge y se sitúe en el escenario, en el contexto de la tarea de investigador. Es esta perspectiva la que me lleva a transitar de manera solitaria, el escenario donde se realiza uno de los últimos ritos funerarios que es el entierro, en el cementerio de la Piedad. Como se señalaba antes, este espacio reproduce como cualquier otro espacio social las condiciones de desigualdad. Apenas se traspasa el portico de entrada de este cementerio, se encuentra la calle principal que conduce hasta el final, donde se entierran a los pobres de solemnidad. Calle que desde su punto de partida, comienza a vislumbrarse como narra el escritor Giuseppe Marcenaro en su libro Cementerios- poblada de "los eternos domicilios sin número postal".(23) No hay cartones postales pero sí apellidos que se visualizan en los mausoleos y panteones familiares que están en las primeras cuatro cuadras de la calle principal y que datan de principio de S. XIX y XX, tal como se lee en los epitafios de los sepulcros. Construcciones que, por lo que se observa, se conservan en muy buen estado a pesar del tiempo transcurrido. Los vivos colores que se ven en los sepulcros de estas cuadras, son blanco, gris y negro, mezclado con el color verde de las copas de los árboles que se encuentran en las veredas. Hay un orden en estos sepulcros que es solemne, de respeto de la propiedad privada entre los vecinos.

Siguiendo por la calle principal, llegada al comienzo de su quinta esquina, a la izquierda de la misma, se visualiza una construcción con una chimenea por la que sale humo, y coronas y flores de velatorios en la entrada del edificio. Esto es el crematorio municipal y ocupa media cuadra del predio. La cremación es otra forma de ritos funerarios.

Pasando el crematorio, se visualiza que quedan dos cuadras aproximadamente, para que culmine el cementerio, donde se eleva un paredón en su final que separa el lugar de los muertos y el de los vivos. En las cuadras que quedan, tanto en la mano izquierda como en la derecha de la avenida, la vista es otra. Se observa más verdes, que es el pasto que brota

de la tierra, hallándose numerosas cruces blancas de cementos incrustadas en el terreno donde yace una persona cuya identificación es un número o su nombre y apellido escrita a mano. Del orden solemne, simétrico, armonioso en la distribución de la tierra y de respeto a la propiedad privada, se pasa a su polo opuesto, al desorden de las tumbas, al espacio donde el límite no está marcado.

Aquí comienza el espacio de los enterramientos de los pobres de solemnidad. Llegando al final, en la última cuadra, hacia la derecha, donde termina el cementerio, se arriba al lugar de entierro de los niños y los neonatos pobres. El lugar de los angelitos, como lo denominan los sepultureros. En este espacio aparecen diferentes tonalidades, hay flores y adornos con muchos colores y se ponen juguetes como signo de que es un niño o quien yace en ese lugar.

CONCLUSIONES

El habitat del vivir y del morir, constituyen los dos lados de una misma moneda de condiciones de existencia de pobreza, desocupación, desigualdad social, que sitúa al niño o muriente y a su familia en un contexto de inequidad en el escenario de la muerte. Espacio habitacional tan tónico donde las familias realizan actividades cotidianas alrededor del niño o muriente, contemplando la muerte en el domicilio como una posibilidad, pero a su vez esperando que no suceda allí, sino en el hospital, lugar elegido por decisión familiar, principalmente por la madre.

Con respecto al "cómo vivos" sin caer en simplismos o visiones románticas del hogar como lugar ideal, el dispositivo de internación domiciliaria, tal como está implementado, asegura en alguna medida que los hermanos menores del niño o muriente no queden solos en los domicilios cuidados por hermanos mayores (que son en algunos casos menores de edad), que no falten a la escuela, evita que vivan con otros familiares o conocidos de la familia, hechos que ocurren cuando el niño o está internado en el hospital junto a su madre. Pero esta seguridad familiar tiene como contrapartida el aislamiento (efecto bunker), la pérdida de la vida social y desequilibrios económicos serios. En efecto, se trata de familias que pasan a estar las 24 hs en estado de alerta, imponiendo en las madres y a menudo en los otros hijos rutinas de manipulación del cuerpo e intrusión tecnológica, propias de las intervenciones médicas.

La internación domiciliaria también representa, para el cuidador principal, privacidad, intimidad y

confort personal, condiciones que no están garantizadas en las internaciones hospitalarias públicas.

Vida cotidiana habitada por un conjunto de hechos, objetos, actividades, vínculos, emociones relacionados con la atención al niño o muriente, y que ante el fantasma omnipresente de la posible muerte, prepara a la familia y principalmente a la madre, para actuar ante la urgencia. Cabe reflexionar no obstante, acerca del impacto subjetivo de esta confrontación temprana con la dimensión de la muerte en familias en situación de pobreza. Los hallazgos obtenidos en la investigación en términos de las vivencias de estar 24 hs en estado de alerta, el registro de suspensión de la propia vida, las dificultades en el tránsito escolar (hasta la deserción) de los otros niños, las rupturas de pareja acaecidas son indicadores del compromiso subjetivo que supone a estas familias el tránsito por la experiencia de la internación domiciliaria. Su vida cotidiana se despliega en un escenario con padres demasiado ocupados en estrategias de supervivencia y por tanto alejados del espacio familiar; madres capturadas en todo su tiempo vital por el cuidado del hijo enfermo, cuidado que excede la dimensión materna del cuidado para tejerse de las rutinas más duras del campo médico, arrastrando a los otros niños también a tomar parte en estas rutinas y confrontarlos tempranamente con la experiencia de intentar imaginar lo inimaginable de la muerte.

Los ciclos cotidianos que alternan períodos de tiempo entre el hogar y el hospital, espacios de internaciones domiciliarias y hospitalarias, ponen a estas familias en situación de desestructuración de conductas cotidianas y estructuración de nuevas conductas. Flujo que impacta en su dinámica volviéndola inestable, incierta, aleatoria y vertiginosa, con cambios de roles en las tareas y responsabilidades. Esta cotidianidad aleatoria y vertiginosa llega a implicar a veces pérdida de trabajo de alguno de los miembros de la pareja, en función de las necesidades que impone el cuidado y a los cambios de domicilio, cuando la vivienda en la que habitan no resulta apropiada para alojar al paciente.

La vida social de los padres, principalmente de la madre, se ve condicionada, debido a que en general, el cuidado del niño o exige presencia y dedicación durante las veinticuatro horas, apareciendo ante esta situación síntomas físicos y psicológicos -cansancio, trastorno en la alimentación y el sueño o por la atención y dependencia que genera la asistencia al niño o muriente (manejo de bomba infusora, oxígeno,

aspirativos, nebulizadores, medicamentos durante 24 hs)-. No obstante a pesar de todo ello, la alternativa de la internación domiciliaria sigue siendo la opción elegida por las progenitoras, quienes priorizan el hecho de mantener el contacto (y cuidado) diario con los demás hijos, a la vez que su propio espacio de privacidad.

En las vivencias relatadas, se desprende que son las madres las principales cuidadoras del hijo enfermo, tarea adjudicada por el hombre y asumida por ellas. Este modo de organización del cuidado se debe principalmente a dos condiciones: a) las ausencias del padre del hogar durante el día por estar trabajando y b) las actitudes de afrontamiento intragenero con respecto a las prácticas que hay que realizar al niño, donde el hombre manifiesta mayor temor al aprendizaje que las mujeres. En ellas es marcada la disposición al aprendizaje de lo nuevo, propio del saber técnico de la medicina moderna, realizando prácticas que se convierten en cotidianas para ellas, invisibles e impensadas para el resto de la sociedad.

Al ser la enfermedad de los niños evolutiva terminal las familias van contemplando la muerte como posibilidad, proporcionando un tiempo para forjar un duelo anticipado y prepararse para la muerte.

Se pudo relevar también el fuerte impacto emocional en los progenitores ligados a instancias como: el momento del diagnóstico de la enfermedad del hijo, la inclusión del equipo de cuidados paliativos en la asistencia y seguimiento de la enfermedad, la firma de la adecuación proporcional del tratamiento, la indicación y el suministro por parte de ellos de la morfina, las intervenciones quirúrgicas por el avance de la enfermedad, como así también las muertes de los hijos de las amigas que viven la misma situación.

También es necesario remarcar que el hospital es otro de los lugares generadores de ansiedad y miedo hacia la muerte; espacio habitacional tan tónico donde las madres escuchan y observan cómo mueren los niños. Es un espacio a su vez de actualización de la enfermedad, del tiempo de vida del hijo.

“Dónde morás”, en la casa o en el hospital, dos lugares donde puede producirse el suceso negado, rechazado por parte de las madres que es la muerte del hijo, pero aceptado al final del proceso. Con respecto a las tomas de decisiones en el final de vida, llegado este momento, el lugar elegido para que se produzca este acontecer es el hospital. Llegada esta instancia de la partida, la institución hospitalaria es significa-

da como un espacio en el que el equipo de salud, puede evitar que el niño sufra de dolor. Evita también que hermanos menores presencien este suceso en el domicilio.

Cuando la muerte llega, ritos funerarios previos y posteriores acontecen, siendo uno el ritual de partida, de despedida. Así el sistema de creencias que ayuda a soportar la muerte por medio de una derivación hacia lo imaginario, trae consuelo como forma de paliar el sufrimiento en los sobrevivientes.

“Te velan y te entierran”

Velatorio, rito final de presencia del cuerpo del difunto en el mundo de los vivos, momento del último contacto físico hacia el niño o fallecido por medio de caricias, lamentos, y expresión verbal de dolor y de cariño hacia el ser perdido.

La condición de velar al hijo en la casa, para algunas madres acentúa su condición de vivir en la pobreza. En efecto, las entrevistadas manifestaron que el espacio que hubieran elegido para llevar a cabo este rito hubiera sido una casa de sepelio, considerando que en su representación, la dignidad del velatorio para el hijo pasa por estos recintos tónicos, decisión funeraria que ayuda a suavizar la pena de los familiares. Al no poder acceder a estos lugares por falta de ingresos económicos, las progenitoras optaban por mejorar el ataúd, como modo de paliar la pena, para no ser velado en un “cajón de manzana”, que es la representación social de la caja mortuoria de los pobres.

Una segunda y última ceremonia de partida es el entierro, momento de tensión y de angustia en los familiares, el lugar del último adiós, del paroxismo final ante la pérdida. Enterramiento que en las familias estudiadas se realiza en la tierra, en los mrgenes del cementerio, lugar asignado a los pobres de solemnidad como lo sigue nombrando la ordenanza municipal. Espacio de sepultura que son marcadoras de la condición social, de distribución de inclusión y exclusión, de reproducción de la desigualdad social, que es el reflejo de cómo viviste en vida.

Si bien esta investigación tuvo la mirada centrada en una parte de la población, que vive y convive con el proceso del morir de un niño o adolescente en un contexto de vulnerabilidad, esta situación abre varios puntos para seguir pensando y debatir políticas públicas con respecto a un contexto digno de muerte para toda persona que padece una enfermedad terminal, principalmente en aquellas familias que desa-

rollan su vida cotidiana en precarias condiciones de vida, que están por fuera del mercado laboral y viven de la asistencia y de las prestaciones sociales proveniente de organismos estatales.

En relación a las políticas públicas de servicio y asistencia con respecto al proceso del morir, se pueden considerar varios emergentes surgidos de esta investigación, como son:

- El lugar donde vivir y morir debe ser una opción por parte de la familia y no una imposición por parte de los equipos de salud hacia ellas. Hay que considerar que lugar de muerte no es sinónimo de lugar de cuidado, y muchas veces, los grupos familiares optan por el cuidado en la casa pero prefieren recibir la asistencia final en otro lugar (24).

- Si la opción de cuidados es en el hogar, que éste sea en un hábitat social digno que aloje a la persona enferma y a su familia, no solo teniendo en cuenta la vivienda y los servicios (agua, luz y gas para calefacción la unidad habitacional), sino también el medio ambiente físico que rodea la familia (saneamiento ambiental, recolección de basura, calles pavimentadas, etc.).

Es fundamental no perder en el análisis el derecho a la inclusión en los sistemas de seguridad social que se obtiene a través de la inserción en el mercado de trabajo, para que garantice a las familias situadas en el proceso de enfermedad y muerte la alimentación, la vestimenta como otros bienes y servicios. Asegurar de la misma manera al grupo familiar donde hay un niño o muriente el acceso y la permanencia al sistema educativo teniendo en cuenta la situación por la que está atravesando.

- Formular políticas y programas concretos que sirvan de apoyo a los cuidadores informales, tanto en la casa como en el hospital, que velan por la salud y la calidad de vida de los familiares y la persona muriente. La falta de dispositivos concretos con respecto a este tema, genera un escenario perjudicial para los cuidadores, porque la atención continua y prolongada agota a las familias, produciendo irritabilidad, tensión, agotamiento, angustia, trastorno en el sueño y en la alimentación, situaciones que caracterizan el estado de stress, como también desestructuración familiar, aislamiento familiar y social.

Las políticas públicas vigentes con respecto a los cuidados de salud en el domicilio, hacen recaer todas las responsabilidades y obligaciones en las familias durante las 24 horas del día a todos los días, produciendo además del desgaste físico y psíquico,

carencia e inestabilidad de ingresos económicos. En las familias estudiadas, los ingresos económicos en el hogar provienen solo del padre -cuando tienen trabajo-, y de prestaciones que provienen del Estado, a las que, por tiempos y dificultades burocráticas no llegan muchas veces a acceder mientras el hijo está con vida. En tal sentido, resulta necesario elaborar estrategias para evitar los laberintos burocráticos administrativos con respecto a gestiones de asignación de recursos materiales para el paciente y su familia, de modo de asegurar calidad de vida, esencialmente confort y acompañamiento en el proceso de muerte.

- Por otra parte, que los equipos tratantes tengan en cuenta las diferencias culturales, religiosas y creencias de la persona muriente y su familia, sus modos de ser y de pensar con respecto al proceso de salud enfermedad y muerte.

- En relación a las tomas de decisiones en el final de la vida, es necesario que las políticas públicas de salud y los equipos médicos hagan énfasis en medidas destinadas al bienestar del paciente y su familia respetando sus decisiones, y no motivadas por el afán de abaratar costos hospitalarios poniendo en detrimento la salud física y psíquica de los cuidadores.

NOTAS FINALES

a. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar>. Página de la Municipalidad de la ciudad de Rosario Santa Fe.

b. Entrevista realizada a la Dra. Gabriela Fagua, coordinadora del área de pediatría del Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica, por alumnas de la carrera Trabajo Social para elaboración de trabajo final de sus prácticas profesionales. 2010.

c. Datos aportados por los registros estadísticos del Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. 2009/2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minujin A, Kessler G. La nueva pobreza en la Argentina. Ensayos. Buenos Aires.(1995).
2. Murmis F. Los nuevos pobres. Efecto de la crisis socio-económica en la Argentina. Losada, Buenos Aires, 1992.
3. Quiroga A. Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires.(1998).
4. Rovere M. "Una ciudad modelo en Salud Pública.

- Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática". Disponible en: http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_SaludRosario.pdf
5. Minardi Mitre Cotto R, Suarez Varela M, Llopis Gonzalez A, Cotta Filho J, Real E, Das Rcos j. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de la Salud Pública [Internet] 2001[citado 17 dic 2010];10(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007&lng=en&nrm=iso&tlng=en" / > .
 6. Bosch C, Pennisi A, Musich P. "Internación Domiciliaria, un enfoque interdisciplinario". Trabajo Monográfico a. Cohorte 2009 Universidad Nacional de Lanús. Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud. [Internet] 2010 [citado 17 dic 2010] Disponible en: <http://www.aadaih.com.ar/.../monografias-09/internacion-domiciliaria.pdf>
 7. De Jong E. La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social. Espacio Editorial. Buenos Aires. Argentina. 2001.
 8. Gomez S, "Dolor y sufrimiento al final de la vida". Arán Ediciones. Madrid. España. 2006.
 9. Tomas L. La muerte. Paidós. Barcelona. 1991.
 10. Alizade A. Clínica con la muerte. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1996.
 11. Fonnegrá de Jaramillo I. De cara a la muerte. Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. Editorial Andrés Bello, Bogotá. 2001.
 12. Aries P. Morir en occidente. Desde la edad Media hasta nuestros días. Adriana Hidalgo Editora. Buenos Aires. 2007.
 13. Kubler Ross E. Una luz que se apaga. Editorial Pax. México.
 14. Sirvent M. Seminario de Tesis, Maestría de Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná, desarrollado entre los meses de febrero a septiembre del 2005, dentro de la cohorte 2003-2005: apuntes propios de clase.
 15. Fabri, F., Galliánes M. Psicología Clínica Pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 2004.
 16. Liaño E. Cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios. Cuadernillo de formación en Tanatología. ASAIT. Asociación Argentina e Internacional de Tanatología, Santa Fe. 2008.
 17. Tripodoro V. "Te voy a acompañar hasta el final. Vivir con cuidados paliativos" 1a ed. Buenos Aires. Capital Intelectual. 2011.
 18. Quiroga A. Enfoque y perspectivas en Psicología Social. Editorial Cinco. Buenos Aires. 1998.
 19. Kordon D, Lucila E, Lagos D y Kersner D. Efectos Psicológicos y Psicosociales de la Represión Política y la Impunidad. De la dictadura a la actualidad. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires. 2005.
 20. Maglio F. Material didáctico de uso interno. Maestría Salud Mental. UNER. Paraná. Entre Ríos. 2003/2005.
 21. Disponible en http://www.catedras.fsoc.uba.ar/forte/articulos/cuadernos_de_la-catedra.pdf
 22. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual>.
 23. Marcenaro, G. Cementerios. Historias de lamentos y de locuras. Adriana Hidalgo Editora. Rosario. 2011.
 24. Luxardo, N. Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2011.

Acceso a los servicios de odontología en centros de salud municipales de la ciudad de Rosario. Agosto de 2012*

Anabel Chiapello¹, Laura Marmioli², Abel Morabito³, Silvia Oudot⁴

Colaboradores: Ma. Florencia Aguilar⁵, Ernestina Beltramo⁵, Lucrecia Bessone⁵, Sabrina Brutinel⁵, Ma. Cecilia Gasparini⁵, Julieta L' Episcopo⁵, Carla Maino⁵, Carla Moreyra⁵, Patricia Oldani⁵, Florencia Pedroza⁵, Paula Pes Juncos⁵, Estefanía Segales⁵, Ana Laura Waksman⁵

RESUMEN

El trabajo se enmarca en el campo de la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud y fue realizado por los odontólogos del segundo año de la Concurrencia de Odontología en Salud Pública Cohorte 2011-2013. El universo del estudio estuvo constituido por 37 Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que cuentan con Servicios Odontológicos.

El diseño metodológico es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizaron fuentes de información primarias provenientes de la Dirección de Salud Bucal y de informantes claves de los equipos de los efectores en estudio. Como fuentes de información secundaria se utilizaron las Planillas de Informe Diario confeccionadas por los Odontólogos de los servicios.

La población en el mes estudiado fue de 5026 usuarios con un predominio del sexo femenino (66,2%) y del grupo 25-64 años (41,5%). El 19,3%

de los usuarios perdieron al menos una pieza dentaria por exodoncia. Se asignaron 7.527 turnos de los cuales no se tomaron 728 (9,7%). El ausentismo fue algo mayor en mujeres (10,4%) que en hombres (8,9%) y más marcado en el Distrito Norte (13,5%). El Distrito Noroeste presentó menor desplazamiento de usuarios hacia otros distritos (6,1%) y mayor afluencia desde otros distritos (29,1%). En contraste el Distrito Oeste mostró el mayor desplazamiento hacia otros distritos (26,5%) y la menor afluencia (4,6%).

Como conclusión, se muestra una oferta significativa de servicios en el primer nivel de atención y un acceso importante en todos los grupos etarios y en ambos sexos. Sin embargo se observan desigualdades que ameritarían continuar profundizando estrategias para mejorar el acceso de la población a la atención de la Salud Bucal.

Palabras clave: Atención Primaria - Acceso a la atención odontológica - Servicios odontológicos.

* El presente trabajo fue realizado como trabajo final de la "Concurrencia de Odontología en Salud Pública" dependientes de la Dirección de Salud Bucal Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario

1 Lic. Estadística. Integrante del área de Epidemiología. SSP. Municipalidad de Rosario

2 Odontóloga Directora de Salud Bucal. SSP. Municipalidad de Rosario.

3 Médico Coordinador del área de Formación y Capacitación Profesional, SSP. Municipalidad de Rosario

4 Odontóloga referente de las concurrencias del Hospital Roque Sáenz Peña de Rosario.

5 Odontólogo concurrente de cohorte 2011-2013.

ABSTRACT

This Research Paper is framed in the field of Systems and Health Services Research and was conducted by dentists of the second year of the Concurrence of Public Health Dentistry Cohort 2011-2013. The study sample consisted of 37 health centers under the Ministry of Public Health of the Municipality of Rosario who have dental services.

A descriptive, quantitative cross-sectional research methodology was used for this study.

For data collection, primary sources of information from the Oral Health Administration were used, as well as key informants from the teams of the effectors in study. As secondary sources, the Daily Report Sheets made by dentists of the services were used.

In the month of the study, the population was of 5026 users with a predominance of females (62.2%) and of the 25-64 age group (41.5%). 19.3% of users lost at least one tooth by tooth extraction. 7527 appointments were scheduled, of which 728 were not made (9.7%). Absenteeism was slightly higher in women (10.4%) than men (8.9%) and more noticeable in the Northern District (13.5%). The Northwest District had lower displacement of users than other districts (6.1%) and increased inflow from other districts (29.1%). In contrast the Western District showed the greatest shift to other districts (26.5%) and the lowest influx (4.6%).

In conclusion, a significant range of services at the primary healthcare level and an important access in all age groups and both sexes are shown. Nonetheless, inequalities are observed that would merit to further deepen strategies to improve public access to oral health care.

Key Words: Primary Healthcare – Dental Care Access – Dental Services

INTRODUCCIÓN

La Salud como derecho humano ha sido consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional por los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (1966), la declaración de Alma Ata (1978) y numerosos documentos internacionales y nacionales. El Derecho a la Salud contempla a la equidad entre las condiciones necesarias para su efectiva realización, tanto en la distribución de riesgos de enfermar y morir, como en la oferta y en la accesibilidad a los servicios de salud.

En este sentido los lineamientos políticos municipales y provinciales impulsan transformaciones que procuran acercar las respuestas del Estado allí donde se ubican las necesidades sociales. La descentralización administrativa, la orientación en el marco de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, y la propuesta de integración sanitaria en el territorio provincial, son medidas de largo alcance para una creciente efectivización del Derecho a la Salud.

En este marco, considerando a la Salud Bucal como parte integral de la atención, la organización de los Servicios de Odontología en el municipio, dispone de un primer nivel con soporte en efectores de mayor complejidad, de segundo y tercer nivel, dependientes de ambas jurisdicciones públicas.

No obstante los avances significativos en la situación sanitaria del municipio durante los últimos años, se observan desde la perspectiva de los equipos de salud, situaciones que confrontan con la necesidad de seguir profundizando cambios organizativos. Uno de los posibles señalamientos apunta a la presencia de irregularidades y discontinuidades en el acceso a la atención de la Salud Bucal.

La articulación entre la Dirección de Odontología y el sistema de formación de post grado de Odontología en Salud Pública (Concurrencia) ha abierto un espacio de análisis que permite problematizar el acceso a los Servicios de Odontología. El estudio anterior llevado a cabo por los odontólogos concurrentes "Utilización de los Servicios de Odontología de 12 Centros de Salud Municipales de la Ciudad de Rosario en el año 2011" presentaba algunos resultados llamativos en términos de mostrar una menor proporción de consultantes de sexo masculino y amplias disparidades entre Centros de Salud en el porcentaje de niños atendidos. Por otro lado, la presencia de lesiones que requieren de exodoncia abrió interrogantes en relación a las medidas y conductas preventivas. En otro plano de análisis se evidenció el desplazamiento de algunos grupos familiares a distritos distintos al de su domicilio en búsqueda de atención odontológica, confrontando quizás con la organización propuesta que sigue la lógica distrital. No obstante, el mencionado estudio debe considerarse como una primera exploración de la problemática del acceso a la atención de la Salud Bucal, dado el número reducido de Centros de Salud incluidos y el carácter exclusivamente descriptivo de la presentación.

El presente trabajo, realizado también por la Concurrencia de Odontología en Salud Pública, se basa

en el trabajo previamente citado cuyo propósito consistió en identificar nudos críticos en el proceso de atención, adecuar la distribución de recursos, mejorar los sistemas de información, consensuar criterios de trabajo, y favorecer la programación local. En esta oportunidad, se sostiene el mismo propósito y se amplía al universo bajo estudio, abarcando la totalidad de Centros de Salud municipales que ofrecen atención odontológica.

PROBLEMÁTICA

La problemática del acceso a la atención de la Salud Bucal en los Centros de Salud, ha sido visualizada como un nudo crítico y de interés a analizar, desde la perspectiva cotidiana, involucrando a las poblaciones concurrentes en contextos específicos y a los efectores que las contienen con sus modalidades organizativas y características.

En los diferentes espacios territoriales de la ciudad, se identifican poblaciones concurrentes a los efectores del primer nivel de atención con necesidades heterogéneas, evidenciándose sin embargo, algunas características reiteradas relacionadas con los perfiles de acceso, entre otras: predominio del sexo femenino, predominio en el acceso de ciertas franjas etarias, el motivo de la consulta odontológica vinculado a la urgencia y/o el dolor y el desplazamiento de grupos familiares a distritos distintos de su lugar de residencia en búsqueda de atención. Respecto del acceso prevalente de mujeres a los servicios de salud, y en particular a la atención odontológica, cabe considerar el rol que ellas ocupan dentro de los grupos familiares o domésticos, su participación activa en la socialización primaria de los niños, su dedicación al cuidado familiar, a las tareas domésticas, su menor inserción laboral en relación con los hombres, en muchos casos de carácter informal, transitoria y de carga horaria inestable, sumado a algunos acontecimientos biológicos de la vida de la mujer, como son la maternidad y los cambios hormonales (menarca, menopausia, anticonceptivos orales, etc.) que tienen implicancias directas sobre la salud buco periodontal de las mujeres. En los hombres se visualiza, una menor presencia y frecuencia en el consumo de servicios odontológicos, en especial en los ciclos productivos de la vida, en los que son mayoritariamente los responsables proveedores de bienes y servicios familiares. La preocupación por el sostén diario, la falta de un trabajo formal (que implique a el acceso a la salud a través del subsector privado o de obras sociales),

sumado a que desde una dimensión biológica no existen acontecimientos sistémicos que motiven la consulta en este género, sustentan en parte estos hallazgos.

En relación con las franjas etarias y desde la perspectiva del derecho a la salud a lo largo de todos los ciclos vitales, se observa en el cotidiano laboral de los servicios odontológicos una llamativa disminución en el número de consultas, especialmente en los dos extremos de la línea de la vida. En la infancia la dificultad para incorporar el componente Salud Bucal desde la población y los servicios, como una problemática a contemplar, potenciada por las limitaciones del trabajo interdisciplinario, condicionan las posibilidades de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud eficaces. En el otro extremo de la vida, la modificación progresiva de la pirámide poblacional, el aumento del promedio de la esperanza de vida y la calidad de la misma en relación con la Salud Bucal, representa un importante desafío para el subsector. El deterioro gradual, irreversible y naturalizado de las condiciones bucales (especialmente identificado en aquellos grupos sociales más desprotegidos) y el alto costo económico resolutivo de la rehabilitación de las enfermedades odontológicas prevalentes, podrá ser una de las explicaciones para este hallazgo.

Otra de las cuestiones emergentes en la población concurrente es el frecuente número de consultas de carácter urgente y/o motivadas por el dolor. Las experiencias previas odontológicas, en algunos casos relacionadas con el miedo, el sufrimiento y la resignación, probablemente condicionan las modalidades de consumos de servicios de Salud Bucal. La postergación de las problemáticas odontológicas frente a otros problemas de salud, la discontinuidad en el proceso de atención, la falta de controles y monitoreos rutinarios, reflejan esta modalidad de consumo.

En relación con los espacios territoriales geográficos según la división de la ciudad en distritos y desde una perspectiva de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, se observa en parte de la población concurrente a los Centros de Salud algunos desplazamientos a distritos distintos al de su lugar de residencia, aún cuando estos desplazamientos implican vencer barreras geográficas por parte de los usuarios. Estos desplazamientos tal vez se justifiquen, en las empatías generadas entre la población concurrente y los trabajadores de la salud del efector, el sentimiento o no de pertenencia a los mis-

mos, las modalidades organizativas, la disponibilidad horaria, el equipamiento, las diferentes capacidades resolutorias de las problemáticas de la Salud Bucal, entre otros aspectos.

En cuanto a las características de los efectores que integran el primer nivel de atención, los recursos humanos, materiales, organizativos y las capacidades de integración con otras instituciones en lo territorial condicionan el acceso a los diferentes efectores.

En relación particularmente con los recursos humanos, entre los múltiples aspectos que condicionan la oferta de los servicios, se cuentan: la formación de grado y posgrado, las experiencias personales y profesionales, los años de graduados y de antigüedad en el servicio, la especialización, los tiempos requeridos en algunas prácticas de cierto grado de complejidad (como pudiera ser la atención odontológica infantil), la adherencia a determinados marcos teóricos conceptuales, las diferentes modalidades de prácticas preventivas, la calibración diagnóstica y terapéutica y los criterios de derivación dentro de la red.

Los recursos materiales de insumos, espacios físicos apropiados y de equipamiento tecnológico, de los que las prácticas odontológicas son altamente dependientes, presentan algún grado de heterogeneidad en relación con los efectores; condicionando el poder resolutorio de éstos y el nivel de atención de las necesidades de la población concurrente. Cuanto mayor sea el equipamiento tecnológico y el recurso humano con habilidades para su utilización, mayor número de problemáticas podrán ser contenidas en el espacio local, aumentando la capacidad de resolución de los efectores y evitando de este modo derivaciones a otros niveles de mayor complejidad.

Las modalidades organizativas de los efectores identificadas revelan una amplia heterogeneidad, visualizada especialmente en las distintas formas de otorgamiento de turnos programados (a cargo de los diferentes integrantes del equipo de salud), la franja horaria de admisión y atención, la atención de la urgencia, la realización de talleres como forma de ingreso al Servicio de Odontología, el trabajo interdisciplinario y las características de registro, entre otras. Por otra parte se identifican diferentes particularidades con respecto a la integración de los Servicios de Salud Bucal con instituciones territoriales, por fuera del sector salud como escuelas y ONG.

En relación con la articulación entre los diferentes niveles de atención (segundo o tercer nivel), se visualizan algunos obstáculos ya que el horizonte de turnos en muchos casos es superior a 15 días, oca-

sionando ausentismo y sub-utilización de los cupos, por dificultad en el acceso geográfico o de recursos para cubrir los costos de los mismos. Otro aspecto a considerar radica en la disponibilidad acotada de cupos para la derivación teniendo en cuenta que muchas veces la demanda supera a la oferta, así como también en la variabilidad de criterios de diagnóstico terapéuticos entre los profesionales de los diferentes niveles de complejidad.

CONTEXTO DE ESTUDIO

Organización de los Servicios Odontológicos de Salud Pública

El proceso de descentralización político administrativo y de participación comunitaria, puesto en marcha desde el año 1995 por el gobierno Municipal de la ciudad de Rosario, ha tenido impacto en la problemática del acceso a los servicios de salud.

Algunos de los alcances de este proceso se visualizan en la organización de la ciudad en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Suroeste y Sur. Cada distrito en este enfoque es entendido como un espacio territorial de oferta de servicios, del cual se obtiene información acerca de las características estructurales y formativas de la población, conformando conglomerados relativamente homogéneos desde el punto de vista de sus condiciones de vida.

Desde esta perspectiva los servicios de Salud Pública Municipal logran alcanzar una apreciación global de las necesidades que se plantean en cada distrito, y de este modo pueden plantear acciones de integración social, prevención, promoción y atención de la salud.

En este sentido la estrategia planteada desde la Atención Primaria de la Salud tiene un papel central en la organización de los servicios, procurando detener el impacto negativo de las problemáticas sociales, económicas y ambientales sobre la salud de la población.

El eje de esta estrategia ha sido que los trabajadores de salud se reconozcan como sujetos protagonistas en la constante revisión de las barreras que obstruyen la participación de la comunidad en la construcción del derecho a su salud.

La Dirección de Odontología Municipal se suma a este proyecto, considerando a la salud bucal como parte indisoluble de la calidad de vida de los individuos; organizando su labor en niveles de complejidad creciente y con una concepción de la práctica con modalidad preventiva y de trabajo en red. Esta red se

conforma en el presente por la integración conjunta de efectores de dependencia provincial y municipal, en tres niveles de atención dependientes de las Direcciones de Salud Bucal Provincial y Municipal respectivamente.

El primer nivel, el espacio más cercano a la comunidad y de mayor poder resolutorio, está constituido por 32 efectores Provinciales, y 51 Municipales de los cuales 37 cuentan con Servicios Odontológicos.

En estos Centros se realizan prestaciones acordadas con el nivel de complejidad y resolución del efector, que incluyen entre otras prácticas: consultas odontológicas, operatoria dental, cirugía dentaria, periodoncia, talleres comunitarios de prevención y promoción y talleres con los equipos de salud. Estas actividades presentan particularidades vinculadas con las modalidades organizativas de cada efector, los recursos disponibles de bienes y servicios, las necesidades de la comunidad y la capacidad de integración de estos con otras organizaciones fuera del sector salud.

El segundo nivel de atención comprende en la órbita provincial efectores como el Caritas Guadalupe, el Hospital de Niños Zona Norte y el Hospital Geriátrico de Rosario. En la órbita municipal al Centro de Salud Santa Teresita, Hospital Intendente Gabriel Carrasco, Hospital Juan Bautista Alberdi, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Se cuenta además con un servicio de internación domiciliar pediátrica y de adultos, cuatro maternidades, el Centro Regional Salud Mental Agudovila y el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario.

En estos efectores se realizan prácticas de mayor complejidad, que requieren infraestructura tecnológica y de recursos humanos específicos, como cirugías mayores, reconstrucciones estéticas, tratamientos endodónticos, ortodoncia, reconstrucciones estéticas, entre otras. Es preciso aclarar que estos efectores cuentan asimismo con un primer nivel de atención en odontología, destinado a la población que vive cerca de los mismos.

El tercer nivel comprende un área que incluye la mayor complejidad y especificidad dentro de los efectores de la red. Entre ellos se cuenta con el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Hospital de Emergencias Clemente Ivarez, Hospital Provincial del Centenario y Hospital Provincial.

Esta red asistencial se completa con la distribución de medicamentos por parte del Laboratorio In-

dustrial Farmacéutico (LIF) y del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) y el Servicio Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) con ambulancias de traslados y emergencias.

MARCO CONCEPTUAL

Es a partir de la década del 60 que el concepto de accesibilidad, desde una dimensión ampliada como propone Donabedian (1), y estrechamente relacionada a los derechos ciudadanos, ha sido centro de trabajos e investigaciones en el campo de la salud. Por su parte, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2), en el marco de la Alianza para el Progreso, sostiene la plena efectividad del derecho a la salud en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de bienes y servicios en salud.

En el año 2002 en un documento conjunto entre la OMS-OPS y la OIT se expresa la necesidad de generar estrategias para la Protección Social en Salud, entre las cuales figura el respeto por la dignidad de la atención orientada por los derechos de los sujetos. (3)

En este contexto la accesibilidad equitativa a los servicios de salud a lo largo de todos los ciclos de la vida, sin discriminación de orden económico, cultural, social, religioso ni de ninguna otra índole, constituye un área de interés de la mayor relevancia.

En cuanto a los aportes teóricos conceptuales más reconocidos en este campo y en torno de los cuales existe un mayor consenso, podemos mencionar, entre otros, a los de Donabedian (1) y Frenk (4) quienes abordan el concepto de accesibilidad desde una perspectiva que refiere al grado de ajuste entre las características de la población y los servicios de salud. La accesibilidad para estos autores es definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, intentando eliminar las barreras que desde la oferta se lograran identificar. Dichas barreras pueden ser geográficas, tanto naturales como construidas por el hombre, y relacionadas al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Las barreras económicas se relacionan con la compra de bienes y servicios. Las administrativas se refieren a la organización y burocracia interna de los servicios. Y finalmente, las barreras culturales o simbólicas consideran aspectos vinculados al imaginario y representaciones sociales.

Por otra parte, los autores plantean diferentes

dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un concepto más estrecho que solamente involucra la b squeda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a otro que además considera la continuación de la atención, y finalmente un dominio ampliado que incorpora el deseo.

Para ellos la disponibilidad de recursos representa el inicio del proceso de búsqueda y obtención de la atención, y la utilización, el final del mismo, reconociendo que la demanda de atención involucra dimensiones afectivas, cognoscitivas, volitivas y económicas.

Frenk (4), por su parte, identifica diversos momentos o etapas en la accesibilidad que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud, y su satisfacción final.

Por otro lado, Andersen (5), prioriza el término acceso integrado por dos componentes, acceso potencial y acceso realizado. El primero se caracteriza por la presencia en el ámbito de los individuos de factores capacitantes del uso, mientras que el segundo representa la utilización de hecho de estos servicios. Las necesidades identificadas por la población representan el determinante más proximal de la utilización, siendo fruto de la interacción de factores individuales, del sistema de salud, del contexto social y de la experiencia pasada de utilización de los servicios.

Desde otra perspectiva Stolkner (6) define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, a partir de las condiciones y discursos de estos y las condiciones y representaciones de los sujetos que se manifiestan en modalidades particulares de utilización.

En base a este recorrido conceptual en relación con la temática priorizada cabe resaltar el concepto de acceso definido por Andersen (5) en el sentido de utilización efectiva de los servicios de salud como una manera de acercarse a la problemática más amplia de la accesibilidad a partir de la interacción entre los usuarios y los servicios de salud. Es posible identificar entre los principales factores que afectan el acceso efectivo a los servicios a la incidencia y prevalencia de las enfermedades, las percepciones que los individuos tienen en relación a las mismas y la gravedad que les atribuyen, según su sexo, edad, recursos económicos, simbólicos, de educación, experiencias previas, entre otros que determinan un modo particular de utilización de los servicios de

salud. A este respecto cabe resaltar la relevancia epidemiológica de las problemáticas odontológicas como también en líneas generales la tendencia a la subalternidad de estas frente a otras problemáticas de la salud, que pudieran interrumpir los procesos productivos o los ciclos vitales.

OBJETIVOS

General:

- Analizar el acceso a Servicios de Odontología en Centros de Salud municipales en la ciudad de Rosario en Agosto de 2012 teniendo en cuenta características de los usuarios y de los servicios de salud.

Específicos:

- Caracterizar a los usuarios en base a variables básicas demográficas y de salud bucal.
- Describir la oferta de los servicios de odontología en los Centros de Salud.
- Caracterizar turnos asignados, consultas y turnos ausentes.
- Analizar los desplazamientos de los usuarios/a para acceder a la atención odontológica.

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarca en el campo de la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud y fue realizado por los odontólogos del segundo año de la Concurrencia de Odontología en Salud Pública Cohorte 2011-2013. El diseño metodológico es de tipo descriptivo, retrospectivo, cualitativo- cuantitativo.

Esta investigación se efectuó sobre el universo de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que cuentan con Servicios Odontológicos, sumando un total de 37 efectores. Se excluyó del análisis al Distrito Centro con el C.S. Martín, por no contar con equipamiento odontológico siendo su población adscripta referenciada al CEMAR. En tabla 1, se presentan Centros de Salud analizados en el estudio.

El mes seleccionado para el estudio fue agosto del año 2012, acorde al criterio de los equipos de los Centros de Salud, como aquel mes de mayor estabilidad en el promedio de consultas. Cabe aclarar que, por razones de factibilidad, en los Centros de Salud Barrio Plata y Domingo Matheu, se seleccionó el mes de septiembre.

La caracterización de los Servicios se realizó a partir de fuentes primarias provenientes de la Dirección de Salud Bucal y de informantes clave de los equipos de los efectores en estudio, relevadas por los

Tabla 1: Centros de Salud distribuidos según Distrito

DISTRITO	CENTRO DE SALUD
SUDOESTE	Champagnat El Gaucho Elena Bazet Las Flores S.V. de Paul T o Rolo Parque Sur Santa Teresita Pocho Lepratti Bo. Plata
SUR	Pasteur Sur Naranjo Maiztegui Matheu 20 de junio Mangrullo
OESTE	Vec. Juan Pablo II Staffieri Rosello Casals Eva Duarte Toba Santa Lucía
NOROESTE	Noroeste Ugarte Namuncur R. Coulin J. Azurduy Dunant San Martín Emas
NORTE	A. Moreau C. Casas S. Mazza J.B. Justo 1° de Mayo

Fuente: Elaboración propia

concurrentes que asisten a los servicios. Las variables relevadas para la caracterización general de los Servicios fueron: número de efectores por distrito, cantidad de odontólogos, carga horaria semanal y por turno de atención (se consideró turno matutino a aquel comprendido entre las 7 hs. y las 12:59 hs. y turno tarde entre 13 hs. y 19 hs.), modalidad de asignación de turnos, atención de urgencias, equipamiento, talleres de prevención, derivaciones y cantidad de historias clínicas familiares.

Como fuentes de información secundaria se utilizaron las Planillas de Informe Diario confeccionadas por los Odontólogos de los servicios. Estas planillas cuentan con dos grandes bloques de datos. Uno correspondiente a datos filiatorios de la población consultante: nombre y apellido, sexo, número de historia clínica, fecha de nacimiento, domicilio actual y número de documento nacional de identidad o en su defecto algún otro tipo de documentación identificatoria. Otro bloque corresponde a la codificación diagnóstica de la práctica realizada y tratamiento indicado, registradas a través de un código nomenclador que es completado por el odontólogo a cargo.

Las planillas fueron ingresadas de forma diferida y centralizada en el CEMAR al Sistema de Información de la Dirección de Centros de Salud, implementado a partir de septiembre de 2008, con excepción de los Centros de Salud Elena Bazet, 20 de Junio y Dunant, donde la carga es realizada en terreno por los odontólogos de dichos efectores. Los datos extraídos fueron digitalizados en Excel. Para su análisis se utilizaron tablas y gráficos procesados mediante SPSS PASW Statistics 18 para Windows. La información cartográfica se trabajó con gvSIG 11.1.2.

La población consultante fue caracterizada en función de variables demográficas de sexo, edad y domicilio de residencia. Los grupos etarios fueron definidos por los intervalos de 0-12, 13-24, 25-64, y 65+. La división por edad responde a criterios biológicos vinculados a los estadios de la dentición (primaria, mixta, y permanente) y a las principales etapas de la vida. En cuanto al lugar de residencia de la población consultante se analiza la pertenencia al Distrito correspondiente. Como variable de análisis relacionada con el estado de Salud Bucal se identificó la pérdida de las piezas dentarias asociadas a los tratamientos que requirieron exodoncia.

RESULTADOS

Distribución de los usuarios según grupos de

edad, sexo, domicilio y estado de salud bucal.

Durante el período en estudio se registraron un total de 5026 usuarios. Acorde al criterio de división en franjas etarias, el grupo predominante fue aquel comprendido entre 25 y 64 años, representando el 41,5% (2085) del total, mientras que solo el 1% (49) correspondió a usuarios mayores de 65 años. (Gráfico 1) Destacamos que de este último grupo no hubo registros en 10 Centros de Salud: Barrio Plata, Mauricio Casals, Eva Duarte, Francisco Lay, Lic. Ugarte, Pocho Leprati, Roque Coulin, Rubén Naranjo, Sta. María Rosell y Toba.

Los Centros de Salud que mayor cantidad de usuarios atendieron fueron el Staffieri con el 8,8% (441), el San Martín con el 8% (401) y el Rosell con el 5,2% (261). En contraposición, los que más bajos porcentajes reflejaron fueron el Lic. Ugarte con el 0,5% (26), la Vecinal Juan Pablo II con el 0,6% (28) y Barrio Plata con el 0,7% (35).

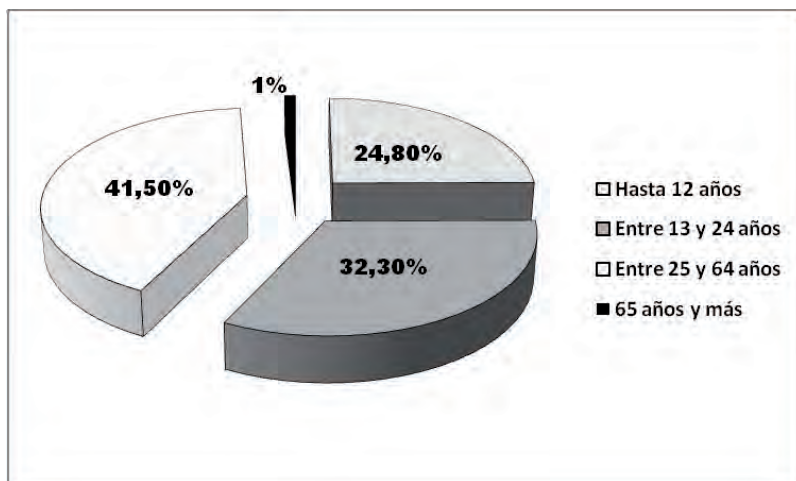
Al analizar la distribución de los usuarios según sexo, observamos que del total, el 66,2% (3328) fueron del sexo femenino manteniéndose la relación porcentual entre ambos sexos con regularidad en los diferentes Centros de Salud en estudio. Cabe destacar que los C.S. El Gaucho y Toba fueron aquellos que mayor cantidad de usuarios del sexo masculino registraron con un 44,7% (55) y un 42,9% (21) respectivamente. De la totalidad de usuarios que consultaron en el período de estudio en relación al domicilio y agrupados por distritos, observamos que la mayor cantidad se concentró en el distrito Oeste con 1.537 consultantes (30,8%) mientras que la menor cantidad correspondió al Distrito Centro (46 usuarios). (Gráfico 2)

De acuerdo al análisis del estado de salud bucal de los usuarios, se identificó que el 19,3% (971) perdieron al menos una pieza dentaria por exodoncia, durante el período analizado; mientras que el 80,7% (4055) restante fueron usuarios que requirieron únicamente tratamiento conservador. (Gráfico 3) Se destacan los C.S. Toba y Rubén Naranjo por presentar los más altos porcentajes asociados a tratamientos que requirieron exodoncia dentaria con un 46,9 y 40,4% respectivamente así como también, los C.S. Pasteur y Ugarte con menos del 10%.

Distribución de centros de salud, cantidad de profesionales y carga horaria.

Los 37 Centros de Salud en el municipio que poseen servicio odontológico cuentan con 54 odontólogos y una carga horaria semanal total de 1353

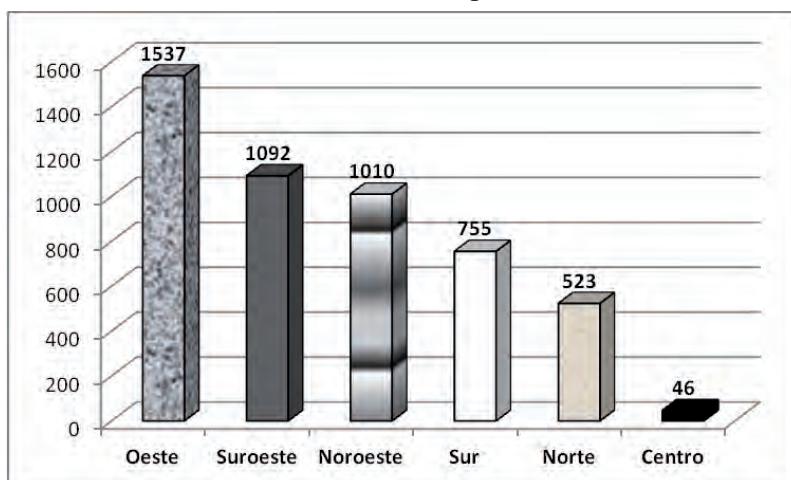
Gráfico 1: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN GRUPO ETARIO (n: 5002)



Nota: 24 registros sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Gráfico 2: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN DOMICILIO EN LA CIUDAD DE ROSARIO. Agosto 2012 (n=4994)



Nota: n=4994 usuarios residentes en Rosario. 14 (0,3%) usuarios de otras localidades. 18 (0,4%) registros sin especificar

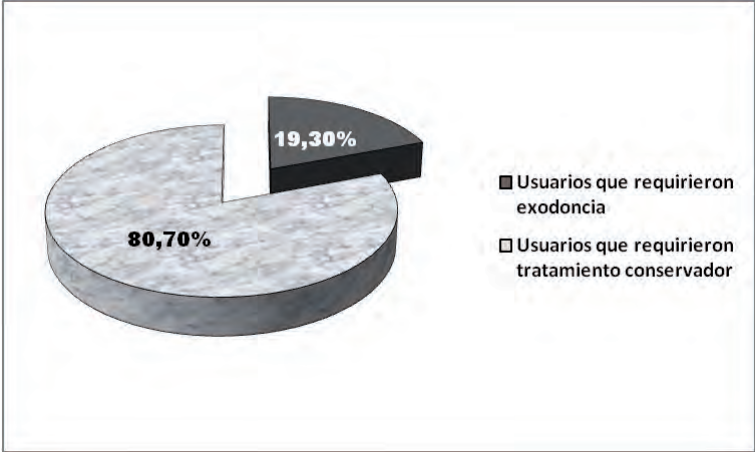
Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

hs. Del total de estos centros, 10 se encuentran en el Distrito Suroeste, con 14 profesionales que cumplen una carga horaria de 111 hs. semanales; 8 en el Noroeste con 14 profesionales y 330 hs.; 7 en el Oeste con 11 profesionales y 304 hs.; 7 en el Sur con 9 profesionales y 225 hs.; y 5 en el Norte con 6 profesionales y 169 hs.

Al interior de los distritos se identifica una gran heterogeneidad respecto a la cantidad de odontólogos y distribución de su carga horaria en los dife-

rentes Centros de Salud. Por ejemplo en el Noroeste encontramos en un extremo el C.S. Ugarte con 1 odontólogo y 3 hs. semanales, mientras que en el otro extremo se encuentra el C.S. San Martín con 3 odontólogos y 78 hs. semanales. La carga horaria semanal se distribuye predominantemente en el turno mañana (871 hs. semanales) en relación con el turno tarde (482 hs.) identificándose esta misma tendencia en todos los distritos y todos los centros. En el distrito Noroeste esta relación es aún más marcada en el C.S. San Martín, con 62 hs.

Gráfico 3: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO (n=5026)



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

en el turno mañana de un total de 78 hs. Cabe destacar que algunos centros de salud no cuentan con atención en turno tarde, como el Toba y la Vecinal Juan Pablo II.

Caracterización de los turnos asignados, consultas y ausentes.

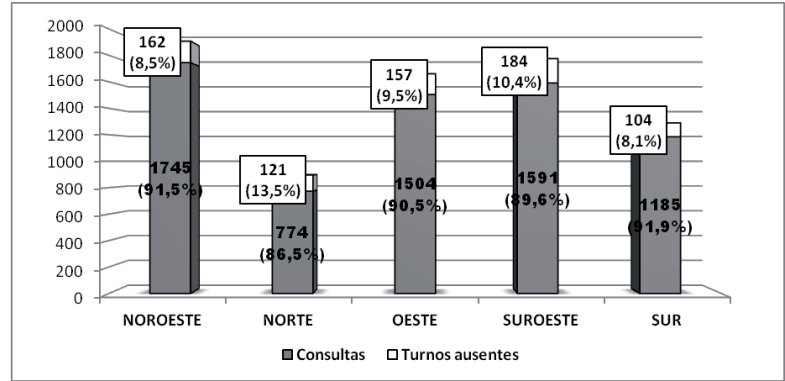
En el periodo analizado se asignaron un total de 7527 turnos, que corresponden a 6799 consultas efectivas (92,3%) y a 728 turnos en los que los pacientes no asistieron a consulta (9,7%). El distrito que presentó mayor ausentismo fue el Norte con un 13,5% y el que menos fue el Sur con un 8,1%. Cabe

señalar que el distrito Norte es el que menos turnos asignados presentó. (Gráfico 4)

El C.S. Toba, perteneciente al distrito Oeste, se destaca por ser el que registró mayor ausentismo con un 24,4% y en el otro extremo, en el distrito Sur, el C.S. Domingo Matheu, con un 0,5%. Se identificaron además cuatro Centros de Salud, el Elena Bazet, Ugarte, Francisco Lay y Maiztegui, en el que llamativamente no se registró ausentismo.

Del total de las consultas efectivas (6799), se observa que el distrito Noroeste recibió un 25,7%

Gráfico 4: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EFECTIVAS Y TURNOS AUSENTES. Agosto 2012

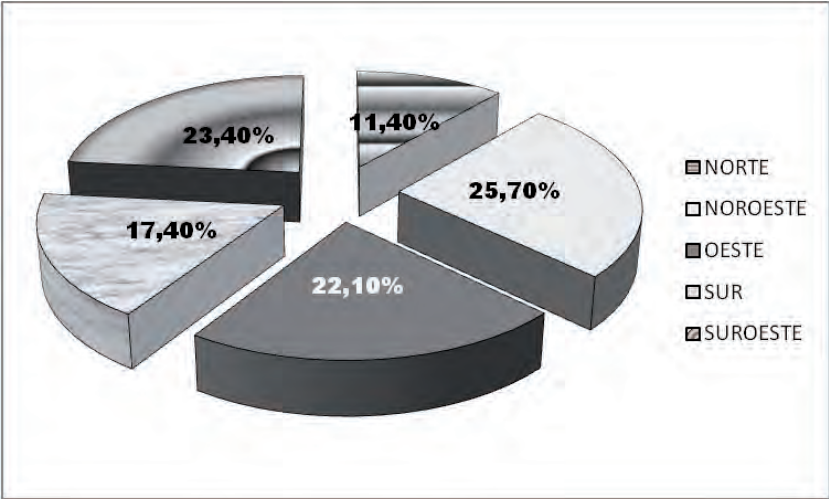


Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

(1745), el Suroeste un 23,4% (1591), el Oeste un 22,1% (1504), el Sur un 17,4% (1185) y el Norte un 11,4% (774). (Gráfico 5). Esta mayor cantidad de consultas en el distrito Noroeste, se corresponde con un predominio en la carga horaria (322 hs. semanales) distribuida en 8 Centros de Salud. En contraposición, el distrito Norte es el que menor cantidad de

consultas efectivas registró, contando con 169 hs y 5 Centros de Salud. La totalidad de las consultas corresponden a 5026 pacientes, indicando una relación de 1,35 consultas/paciente, equivalente de manera aproximada a una consulta cada 20 días. Si se observa esta relación en cada uno de los Centros de Salud, los que arrojaron valores más altos fueron

Gráfico 5: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EFECTIVAS POR DISTRITO.
Agosto 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

la Vecinal Juan Pablo II (2,11), Rubén Naranjo (1,97) y Casiano Casas (1,83). Los valores más bajos se registraron en los Centros de Salud Domingo Matheu (1,14), Staffieri (1,15), Rosell y Las Flores (1,17).

En referencia a la división de los grupos etarios en estudio, aquel comprendido entre los 25 y 64 años fue el que más consultas presentó con un 42,2 % (2872); el 32,3 % (2197) correspondió al grupo de 13 a 24 años, el 24 % (1635) a las consultas de niños de 0 a 12 años y en el otro extremo se encuentra el de mayores de 65 años con un 1 % (67).

Al analizar la información de consultas por edad del paciente a partir del distrito se ve similitud en las distribuciones. En el distrito Noroeste en comparación con los porcentajes generales, es menor la proporción en la franja etaria de 0 a 12 años y mayor en la de mayores de 65 años. Asimismo se resalta el elevado porcentaje de consultas en niños de 0 a 12 años en el distrito Oeste (30,1%). (Gráfico 6)

De un total de 6799 consultas en el periodo analizado, 67,4 % (4584) correspondieron a pacientes del sexo femenino. Este predominio de consultas hechas por mujeres es más marcado en la Vec. Parque Sur (78,3%), Champagnat (75,8%) y Vec. Juan Pablo II (74,6%). Solo en los C.S. Toba y Dunant esta proporción es más equilibrada. En otro nivel de análisis, el alto predominio de consultas hechas por mujeres es similar en todos los distritos.

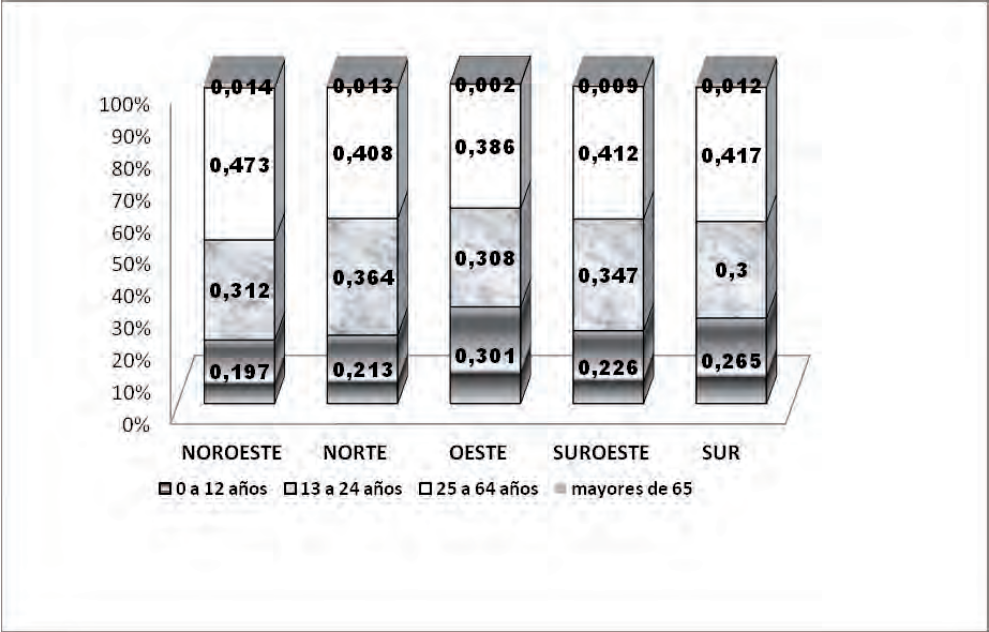
Del análisis del total de las consultas demandadas por menores de 12 años, observamos que la dife-

rencia entre sexos se equipara. La divergencia entre consultas según sexo es más marcada en el grupo entre 25 a 64 años. En los adultos mayores de 65 esta proporción se invierte correspondiendo a un 55,2 % de consultas realizadas en sexo masculino. (Tabla 2)

Analizando el ausentismo se vio que del total de 1754 turnos dados a menores de 12 años, el 6,8 % fueron turnos ausentes. En el segundo grupo de 13 a 24 años, fueron 10,6 % (260) de un total de 2457 turnos dados, mientras que el ausentismo en el grupo de 25 a 64 años fue de 10,5 % (337) de un total de 3209. El ausentismo evidencia sus menores valores en el grupo de 65 años y más con el 5,6 % (4). Asimismo se observa en el distrito Noroeste, en menores de 12 años el menor registro de ausentismos (4,7%). El distrito Norte fue el que mayor porcentaje de ausentismo registró en todas las franjas etarias. Al analizar las ausencias según género, se observa menor porcentaje de ausentismo en los turnos asignados a varones (8,9%). (Tabla 3) El distrito Norte fue el que más ausentismo en ambos sexos presentó y el distrito Sur el que menos.

Según la caracterización de las consultas y su distribución en turnos, el 64,8 % (4403) de las mismas corresponden al turno mañana. En algunos Centros de Salud esta relación se ve modificada con un predominio de consultas en el turno tarde, como por ejemplo en el Mangrullo con un 95,4 %, el Rubén Naranjo con un 75,9 % y el Henry Dunant con un 59,4 %. Asimismo no se registraron consultas durante el turno tarde en los Centros de Salud Salvador Mazza,

Gráfico 6: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS POR DISTRITO SEGÚN GRUPO ETARIO.
Agosto 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Tabla 2: Distribución de consultas según sexo y grupo etario.

	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Totales	
	Frecuencia	% Fila	Frecuencia	% fila	Frecuencia	% fila
0- 12 años	9075	5,5%	7284	4,5%	1635	100%
13 a 24 años	15156	9%	6823	1%	2197	100%
25 a 64 años	21097	3,4%	7632	6,6%	2872	100%
más de 65	30	44,8%3	75	5,2%	67	100%
s/d	23	82,1%5		17,9%2	8	100%
Totales	45846	7,4%	22153	2,6%	6799	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Francisco Lay, Juan Pablo Il, Toba y Lic. Ugarte. Desde una perspectiva distrital, es el distrito Noroeste aquel que mayor cantidad de consultas presenta en el turno mañana, el distrito Oeste aquel en el que las consultas en ambos turnos tienden a equipararse y el Norte el que presenta más disparidad en este sentido.

En relación con la distribución de las consultas según turno de atención y grupo etario, se pueden visualizar similitudes en ambos turnos, así como también destacar el alto porcentaje de consultas en niños en el turno mañana identificado en el C.S. Staffieri con un 57%, el 20 de Junio con un 55,4% y el Pocho Lepratti con un 49,5%. Del total de los 37 Centros de Salud estudiados, 11 no registraron consultas de

adultos mayores de 65 años en ninguno de los dos turnos.

En cuanto a la distribución de las consultas efectuadas según sexo hubo un marcado predominio de las mujeres en ambos turnos correspondiendo a un 67,8% para el turno mañana y un 66,7% para el turno tarde. Desde los Centros de Salud, se acentúa este predominio en el C.S El Mangrullo (80%) en el turno mañana y en la Vecinal Parque Sur (87,5%) en el turno tarde. En contraposición en el sexo masculino se visualiza un aumento de consultas en el turno mañana en el C.S T o Rolo (45,8%) y en el turno tarde en el CS Juana Azurduy (50%).

Al analizar las consultas según tipo de trata-

Tabla 3: Distribución de turnos asignados y turnos no tomados por distrito según sexo.

DISTRITO	Femenino					Masculino				
	TURNOS ASIGNADOS	CONSULTAS		TURNOS AUSENTES		TURNOS ASIGNADOS	CONSULTAS		TURNOS AUSENTES	
		Frec.	% fila	Frec.	% fila		Frec.	% fila	Frec.	% fila
NORTE	6165	27	85,6%8	91	4,4%	2792	47	88,5%3	21	1,5%
NOROESTE	1261	11479	1,0%	1149	,0%6	46	5989	2,6%	48	7,4%
OESTE	1145	10319	0,0%	1141	0,0%	5164	73	91,7%4	38	,3%
SUR	8687	94	91,5%7	48	,5%4	21	3919	2,9%	30	7,1%
SUROESTE	1224	10858	8,6%	1391	1,4%	5515	06	91,8%4	58	,2%
TOTALES	5114	45848	9,6%	530	10,4%	2413	22159	1,7%	198	8,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

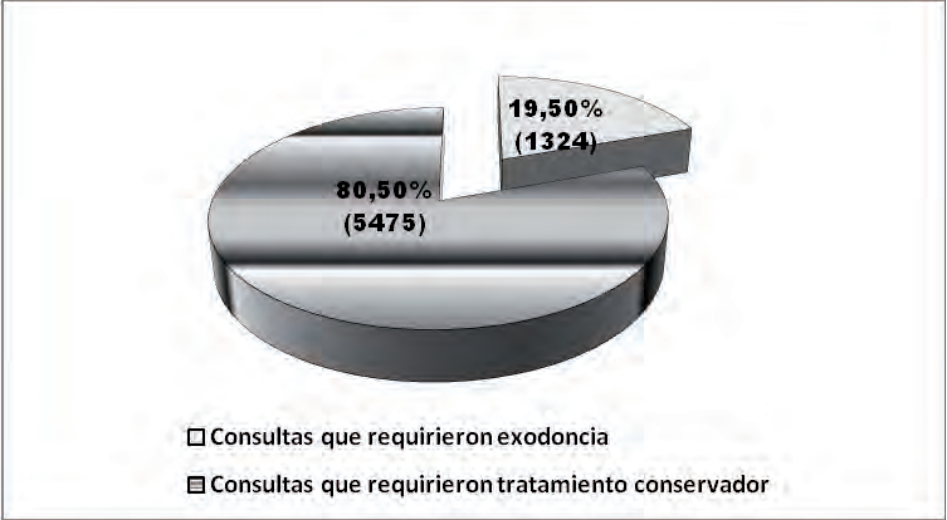
miento efectuado observamos que un 80,5 % (5475) corresponde a consultas que requirieron tratamiento conservador, mientras que un 19.5 % (1324) a consultas que requirieron exodoncia. (Gráfico 7)

Este último porcentaje se eleva en los C.S. Toba, con un 48,4 % (de 62 consultas totales), Rubén Naranjo con un 40% (de 195 consultas) y Juan B. Justo con un 36.4 % (de 162 consultas). En cuanto a consultas que demandaron tratamiento conservador se destacan los C.S. Luis Pasteur con un 95,4 % (de un total de 237 consultas atendidas), el Pocho Lepratti con un 94,4 % (de 125) y la Vecinal Parque Sur con un 91,7% (de 60). Cabe señalar que en el CS. Lic. Ugarte este porcentaje corresponde a un 100% dado que en el período en estudio se realizaba solamente admisión de pacientes y talleres de prevención, de-

bido a que no estaba instalado el equipamiento requerido para la atención odontológica. Por su parte, la relación porcentual observada entre consultas por lesiones que requirieron exodoncia y las que requirieron tratamiento conservador entre distritos no evidenció variaciones significativas comparadas con los valores generales.

Centrando el análisis en las consultas que demandaron exodoncia, se puede destacar que en el Distrito Oeste y en el Noroeste se elevan los porcentajes en determinados grupos etarios, en comparación con los valores generales. Tal es el caso para el grupo de 0 a 12 años (34,8%) del distrito Oeste, el grupo de 24 a 65 años (28,8%) en el Noroeste y el grupo de 13 a 24 años (28,3%) en el Suroeste. Considerando la distribución de exodoncias según sexo, cabe destacar

Gráfico 7: Distribución de consultas según tipo de tratamiento. Agosto de 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

que a pesar de la predominancia del sexo femenino, se vi incrementado el porcentaje de consultas que requirieron exodoncia (30-40% aprox.) para el sexo masculino.

Desplazamientos de los usuarios entre distritos.

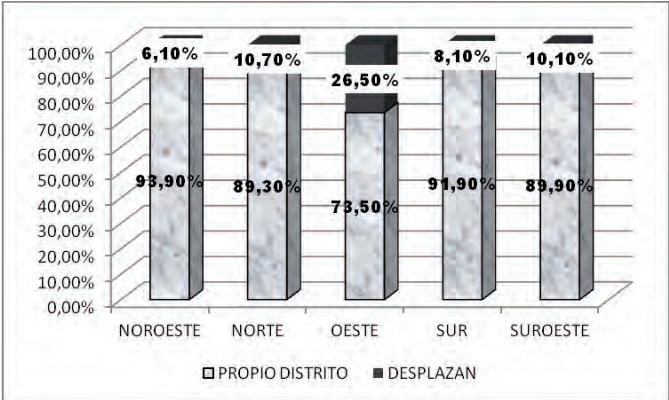
Del total de pacientes atendidos s lo 14 de ellos (0.3%) resid an en otras localidades distintas a Rosario y 18 pacientes (0.4%) no presentan informaci n referida a su domicilio. De los 37 C.S. analizados, s lo 6 atendieron pacientes de otras localidades, entre ellos se destaca el C.S. Rossell que recib i 9 pacientes (64,3%) y el resto concurri a los C.S. 1º de Mayo, Elena Bazet, Maiztegui, Roque Coulin y T o Rolo. Cabe destacar que, a los fines del an lisis, en este estudio no se incluy al grupo de usuarios provenientes de otras localidades. Asimismo no se describi el desplazamiento de usuarios residentes del Distrito Centro ya que no se estudiaron las estad sticas del CS. Mart n que referencia sus pacientes al CEMAR.

Se analiz el desplazamiento desde dos perspectivas: seg n el distrito de residencia del usuario y seg n el distrito de atenci n. Tal como se observa en Gr fico 8, el distrito Noroeste fue el que present menor desplazamiento de usuarios hacia otros distritos con un 6,1 %, mientras que el distrito que present mayor desplazamiento fue el Oeste con un 26,5 %. En el distrito Norte de un total de 523 usuarios, el 89,3% (467) de los pacientes atendidos eran residentes en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Casiano Casas con el porcentaje m s elevado de atenci n (23,5%). El resto (10,7%), emigr hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Distrito Noroeste con un 7,5 %, donde el C.S. Roque

Coulin fue el que recib i la mayor cantidad (4.8%). En el Distrito Noroeste de un total de 1010 usuarios, el 93,9% (948) de los pacientes atendidos eran residentes en el mismo distrito, siendo el C.S. Roque Coulin el que atendi la mayor cantidad (20,8%). El resto (6,1%) emigr hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Distrito Oeste (2,6%). Sin embargo el Centro de Salud que mayor cantidad de usuarios recib i fue el Juan B. Justo perteneciente al Distrito Norte (1,3%). En el Distrito Oeste de un total de 1537 usuarios, el 73,6% (1132) eran residentes en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Staffieri con el porcentaje m s elevado de atenci n (27,3%). El resto (26,5%) emigr , con un mayor desplazamiento hacia el distrito Noroeste (22 %), donde el C.S. San Mart n fue el que mayor cantidad recib i (13,6 %). En el Distrito Sur de un total de 755 usuarios el 91,9% (694) de los pacientes atendidos resid an en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Domingo Matheu con el mayor porcentaje de atenci n (19,5%). Los dem s (8,1%) emigraron hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Suroeste (5,8 %), donde fue el C.S. Champagnat el que concentr la mayor cantidad de usuarios (3,4%). En el Distrito Suroeste de un total de 1092 usuarios atendidos, el 89,9% (982) resid an en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Santa Teresita con el mayor porcentaje de atenci n (16,2 %). Los restantes (10,1%) emigraron hacia otros distritos con un mayor desplazamiento hacia el Sur (7,8 %), donde fue el C.S. 20 de Junio el que tuvo mayor afluencia de usuarios (3,4%).

Desde la perspectiva del distrito de atenci n de los usuarios se observ que el distrito que recib i mayor cantidad de pacientes provenientes de otros

Gr fico 8: Desplazamientos de usuarios entre distritos seg n distrito de residencia



Fuente: Elaboraci n propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontolog a

distritos fue el Noroeste (29,1%), siendo del distrito Oeste de donde más pacientes provienen. En cambio en el otro extremo el distrito Oeste es el que menor cantidad de usuarios atendió de otros distritos (4,6%). (Gráfico 9)

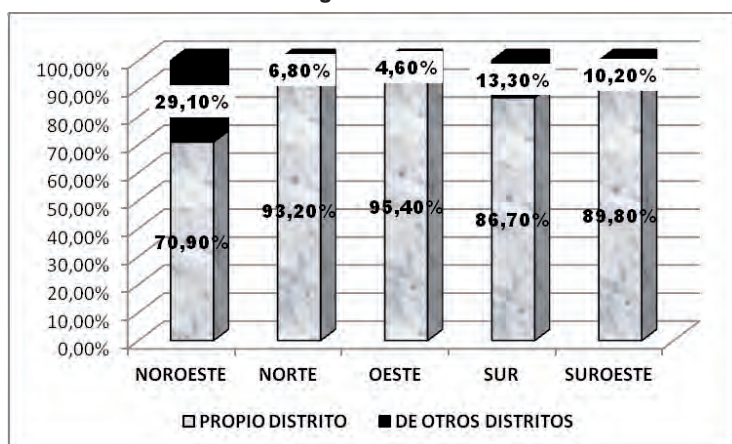
Podemos concluir que en concordancia con la ubicación geográfica de algunos efectores estudiados cercana a los límites distritales, se observa interrelación entre los desplazamientos de los usuarios

residentes de los distritos sur - suroeste como así también entre los del oeste y -noroeste.

DISCUSIÓN

El presente trabajo, en relación al acceso a Servicios de Odontología en efectores municipales del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario parte -como se ha explicitado previamente- del reconoci-

**Gráfico 9: Desplazamientos de usuarios entre distritos según distrito de atención
Agosto 2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

miento del Derecho Social a la Salud, y a la Salud Bucal como componente indisoluble del bienestar del individuo. En este sentido, el trabajo muestra una oferta significativa de servicios de Odontología en el primer nivel de atención, con un importante acceso en todos los grupos etarios y para ambos sexos. Esta amplitud en la oferta y en la utilización son orientadores en el sentido de una efectivización del Derecho a la Salud. Sin embargo se visualizan ciertas desigualdades relacionadas con la organización de la oferta y con el menor acceso relativo de consultantes masculinos y de niños, lo cual amerita a un nivel más detallado de análisis, incluyendo eventualmente dimensiones del Derecho a la Salud propiamente dicho.

En otro sentido, el posicionamiento teórico adoptado habilita ampliamente al análisis de determinados aspectos estructurales y funcionales del acceso a la atención odontológica. Esto no impide considerar que la complejidad de la problemática plantea la necesidad de ampliar la indagación desde un aspecto que incluya al acceso como un vínculo construido entre los sujetos y los servicios, involucrando tanto a las condiciones y discursos de estos últimos como a las

condiciones y representaciones de los sujetos.

Desde la perspectiva metodológica conviene considerar al trabajo como parte de un proceso que, a partir de una producción previa, incorpora a la totalidad de CS municipales con atención odontológica, en un nivel de análisis distrital. Esto plantea por una parte un mayor alcance de los resultados, y a la vez un doble desafío a futuro. Por un lado, la inclusión de CS de dependencia provincial, con la finalidad de cubrir la totalidad de la oferta pública en la ciudad de Rosario; y por otro, la desagregación del análisis a nivel de CS, de manera de establecer comparaciones más precisas entre ellos, fundamentalmente las vinculadas a la residencia de la población consultante.

Cabe además considerar ciertos límites que relativizan la lectura de sus resultados. Por una parte, sólo se considera el mes de agosto para el relevamiento. Esta decisión, basada en la observación de cierta estabilidad de este mes en las condiciones epidemiológicas y asistenciales, restringe el análisis a un tiempo acotado y no evita cierta exposición a situaciones particulares, como licencias y problemas provenientes de la funcionalidad del equipamiento,

entre otros. Otra limitante radica en la diversidad de modalidades de registro y de codificación entre los profesionales, lo cual genera posibles situaciones de subregistro y de clasificaciones distintas ante iguales diagnósticos y prácticas. Más ambiciosamente, el análisis de un período anual permitiría observar variaciones temporales y relativizar las contingencias en la atención. Por otra parte, mayor capacitación y calibración profesionales, mejorarían posiblemente la uniformidad de criterios, registros y procedimientos.

En relación con las características poblacionales vinculadas al acceso se identifican algunas particularidades, sintéticamente: menor proporción de consultantes varones; reducido número de consultas en mayores de 65 años; diferencias en la frecuencia de consulta promedio; mayor porcentaje de domicilios de la población consultante ubicado en el distrito Oeste; y un menor porcentaje de prácticas exodoncias en relación a los tratamientos conservadores.

En cuanto a las diferencias de género, la visualización de la menor asistencia de varones a los servicios de odontología, principalmente en los ciclos productivos de la vida, podría deberse al rol que ocupan como sustento económico del grupo familiar, lo cual implicaría una menor disponibilidad de horarios y la imposibilidad de perder días laborales. Este hecho puede vincularse a la mayor consulta en situaciones de urgencia y a una mayor cantidad de exodoncias en este grupo, posiblemente por postergación de las consultas preventivas.

Con respecto a la utilización de servicios en relación con las franjas etarias definidas en el estudio, se agruparon los usuarios en base a etapas biológicas del desarrollo y de dentición. De acuerdo a esta división, el grupo que va de los 25 a 64 años abarca cuatro décadas, mientras los demás comprenden menor cantidad de años. Lo citado está en relación con la preponderancia en este grupo de determinadas variables, como cantidad de pacientes, de consultas y de exodoncias. En el grupo de 0 a 12 años es posible problematizar la baja frecuencia de consultas. Las diferencias entre distritos en cuanto a la atención de niños llevan a plantear de qué manera pueden estar operando la estructura poblacional, los distintos niveles de calificación y criterios profesionales, la consideración de la salud bucal en los equipos de salud, y cuáles son los conocimientos y representaciones de la familia sobre la salud bucal de los niños y niñas, especialmente durante los primeros años de vida. En un ulterior análisis sería pertinente desagregar

la atención de los niños de 0 a 6 años, en quienes la salud bucal tiene características particulares. En cuanto a la escasa demanda de los adultos mayores de 65 años, podría fundamentarse además por la presencia de cobertura social a nivel nacional (PAMI) y la naturalización de la pérdida de piezas dentarias. No obstante este grupo requiere abordajes particulares para incluirlo en estrategias preventivas y de rehabilitación, sobre todo en los sectores sociales más vulnerables.

En otro orden, se tomó como una aproximación al estado de salud bucal de la población consultante el tipo de tratamiento realizado, concretamente tratamiento conservador vs. exodoncia, la cual implica por definición la pérdida de la pieza dentaria. Un estudio más exhaustivo podría complementarse con el índice CPQ, para agregar otras variables de salud bucal a la pérdida dentaria (P), concretamente la caries dental (C), y las obturaciones (O) las cuales dan cuenta de la historia de caries. Teniendo en cuenta que el 20% de las consultas se asociaron a exodoncias, se podría pensar en distintas situaciones relacionadas con una insuficiencia de las prácticas preventivas, como falta de controles periódicos, tratamientos discontinuos, subalternidad frente a otros problemas de salud, y dificultades en el acceso a tratamientos de mayor complejidad, particularmente endodoncia y periodoncia. No obstante resulta alentador mencionar que a pesar de la exodoncia era una práctica mucho más frecuente en los CS y que hoy ha aumentado significativamente el porcentaje de tratamientos conservadores, cuya caracterización requeriría discriminar detalladamente las prácticas realizadas.

En relación con los servicios odontológicos se encontraron discrepancias entre la cantidad de consultas y carga horaria de los profesionales, lo cual levanta interrogantes sobre la distribución del trabajo profesional. En un próximo estudio, sería interesante determinar la carga horaria real en consultorio de cada uno de ellos, ya que en muchas oportunidades se ven afectados por actividades de gestión, tutorías, talleres interdisciplinarios, reuniones de equipo, etc., que no fueron discriminados en esta oportunidad. En este sentido se sostiene el propósito de facilitar un mayor acceso de la población mediante la reorganización del trabajo profesional.

En relación a las diferencias observadas en la cantidad de consultas y en los promedios de consultas por paciente, es necesario considerar que la posibilidad de realizar comparaciones de mayor utilidad

entre distritos y entre CS, requerir a ampliar el periodo de análisis y desagregar otras variables, como la distribución de horas profesionales según tareas clínicas, preventivas y de gestión.

Al analizar el ausentismo de la población consultante a la atención, se observa que hay CS que no presentan esta condición en el periodo estudiado, lo cual sugiere que los ausentes no están siendo registrados. Similar situación se refleja en la heterogeneidad de registros de los pacientes que concurren a talleres de cepillado y flúor, con lo cual se podría estar subestimando la frecuencia de consultas, especialmente en niños. Por otra parte, es llamativo que el distrito Norte, teniendo comparativamente la menor cantidad de consultas, haya registrado el mayor nivel de ausentismo. Tomando como ejemplo particular el CS Toba, uno de los que menos consultas tuvo, muestra a la vez un elevado nivel de ausentismo (24,4 %). Para un análisis más preciso se deberían indagar entonces posibles motivos de ausentismo, como horarios, modalidad de otorgamiento y horizonte de turnos, obstáculos de la población, y otros factores que pueden contribuir a una reducción del acceso efectivo.

Un aspecto de especial interés lo constituye el desplazamiento de la población consultante para recibir atención en CS ubicados en Distritos distintos al de su residencia, como expresión de dificultades en el acceso. Sin embargo los CS involucrados se encuentran cerca de límites distritales, lo cual relativiza esta observación. Sería importante para un futuro análisis estudiar el domicilio de residencia de los pacientes en relación al área de referencia de cada centro de salud y así ver desplazamientos no solo entre distritos sino también entre Centros de Salud. De verificarse, estos desplazamientos se podrían relacionar con variables vinculadas al contacto inicial de entrada, por ejemplo tiempo de viaje, medio de transporte, distancia desde la residencia hasta el lugar de atención, horarios de atención, oferta de servicios, y empatías con equipos de salud; así como con variables del contacto inicial al interior de los servicios, como dificultades para la obtención de turnos y burocracias administrativas, entre otras.

A modo de síntesis final, la ampliación del análisis del acceso a la atención odontológica en el primer nivel de atención a la totalidad de CS municipales ha permitido generar información de interés para la toma de decisiones y al mismo tiempo levantar interrogantes que permiten ahondar el análisis, con el

propósito de continuar profundizando las estrategias para mejorar la Salud Bucal de la población.

Agradecimientos

- Grupo de tutores de la Cohorte 2011-2013, en especial Dras. Brebbia Cecilia, López Paula y Dip Silvina.
- Departamento de Epidemiología.
- Lic. Mónica Mottura del Centro Informático Local.
- Marta Acosta, encargada de la carga diferida de planillas diarias de Dirección de Odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. (1988) Los espacios de la salud. Cap. VII. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición en español, México. En: Utilización de los efectores de salud por parte de los pobladores de la Vía Honda. Rodríguez A.; Díaz F.; Ruiz L., Costa F.; "Investigación en Salud" Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Volumen 9. Nº 1. Rosario Enero- Diciembre de 2010.
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de Naciones Unidas. 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. 05-01-15.
3. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la extensión de la protección social en salud. OPS. 2005. Washington. Disponible en: <http://www.oas.org/ddse/fundacion/Informacion/C3%B3n%20de%20Apoyo/OIT-OPS%20Iniciativa%20conjunta.pdf>. 05-01-15.
4. Frenk J., (1985) El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública de México, sep-oct., Vol. 27, Nº 5.
5. Aday L.A. y Andersen R., (1974) Un marco para el Estudio de Acceso a Atención Médica. Medical Care. V.99 (3).
6. Stolkiner A. y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI. Estudio de caso. La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunkin.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Arredondo, A. y otros (1992) Modelos explicativos sobre la utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. Salud Pública de México. Vol. 34, Nº 1.
- Borrás J.M. (1994) La utilización de los servicios sanitarios. Gaceta Sanitaria. 8:30-49.

- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbos, P.; Mauro, M.; (2006) El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y Servicios. Facultad de Psicología- UBA/ Secretaria de Investigaciones/ Anuario de Investigaciones/ Volumen XIV.
- Cuenca Sala, E. y otra, (2005) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Capítulo 14. 3ª ED. Masson.
- OMS. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978) Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos. Número 1. Ginebra.

Desarrollo de un programa de detección y atención de Enfermedad Renal Crónica. Rosario, Santa Fe. Período 2011 – 2013. Plan de Acción Integral de Salud Renal.

Alonso, Claudio¹; Anchart, Eduardo²; Petroni, Gustavo³; Lujan, Silvia⁴; Hernández, Elba⁵; Pendino, Ana María⁶

RESUMEN

Se presentan los resultados del Plan de Acción Integral de salud renal (PAIS-R), el cual fue implementado en la ciudad de Rosario (República Argentina) con el propósito de incrementar la detección y la accesibilidad al tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población de Rosario. La metodología implementada a través del Programa ERC consistió en el establecimiento de una estrategia coordinada para identificar la creatinina sérica en muestras de sangre registradas en el laboratorio desde el 1° de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013, adoptando el siguiente criterio:

Se consideraron en el estudio todas las muestras de sangre recibidas de parte de personas entre 50 y 70 años de edad, a las que se determinó la creatinina sérica, y todas las muestras recibidas de personas de todas las edades (mayores de 14 años) cuya prescripción incluía creatinina sérica. Se identificaron aque-

llos casos que evidenciaron una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) menor a 60ml/min. Los casos en los cuales se detectó una filtración glomerular a una tasa inferior a 45ml/min (TFG < 45 ml/min) fueron inmediatamente alertados para presentarse en los centros de salud correspondientes y que de allí sean derivados a los efectores de segundo nivel para la atención estandarizada con la subsiguiente contra-referencia al primer nivel.

Como resultado de ello, en el período ubicado entre los años 2011 y 2013, se analizaron muestras de sangre de 56.989 individuos (523 menores de 50 años, 56.082 entre 50 y 70 años de edad y 384 con más de 70 años). La prevalencia de ERC fue de un 1.57% (896 pacientes) con TFG en estados de falla renal, de los cuales 0.44% (252 pacientes) registraron menos de 30ml/min TFG y 1.13% (644 pacientes) obtuvieron una TFG ubicada entre 30 y 45 ml/min.

La importancia de la detección temprana de ERC

1 Médico Nefrólogo. Coordinador Enfermedades No Transmisibles, Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: clavalonso@arnet.com.ar

2 Bioquímico. Coordinador de Redes Bioquímicas del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. E-mail: eanchart@rosario.gov.ar

3 Médico Intensivista, Máster en Investigación Clínica. Coordinador, Comité de Docencia e Investigación, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (SSP), Rosario. E-mail: gustavopetroni@gmail.com

4 Médica Intensivista, NIH Fellow. Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (SSP) Rosario. E-mail: silviablujan@gmail.com

5 Médica Nefróloga. Enfermedades No Transmisibles, Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: elba781@gmail.com

6 Estadística. Dirección de Bioestadística. Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: ana_pendino@yahoo.com.ar

reside en que actualmente se encuentra reconocida como un importante problema de salud pública debido a la necesidad de un tratamiento alternativo muy costoso en la fase terminal de la enfermedad y, a su vez, por el incremento del riesgo de episodios cardiovasculares, junto con la mortalidad y morbilidad asociadas a la menor esperanza de vida. Si bien el curso de la enfermedad es irreversible, hay evidencia que indica que un diagnóstico temprano y un correcto tratamiento de la ERC, retrasan su desarrollo y reducen la frecuencia de complicaciones, logrando a largo plazo una mejor condición general para aquellos pacientes que alcanzan la diálisis o el trasplante. De acuerdo con lo anterior, el PAIS-R apunta a extender la estrategia para la prevención de la enfermedad en personas sanas a través de planes de educación de la población.

Palabras Clave: Enfermedad Renal Crónica, PAIS-R, Tasa de Filtración Glomerular.

ABSTRACT

We present the results of the Program of Integral health kidney care (PAIS-R) that was implemented in the city of Rosario (República Argentina) whose purpose was to increase the detection, the accessibility to treatment of the Chronic Kidney disease (CKD), in population of Rosario. The strategy implemented by PAIS-R was to establish a coordinated strategy of cleavage of determination of serum creatinine (CrP) in blood samples received at laboratory throw January 1st 2011 to December 31st 2013 with the following criteria:

From all the blood samples received from people between 50-70 years were determined CrP, and all the samples received from people all ages (> 14 years) whose prescription included serum creatinine. We identified GFR cases with rate of less than 60 ml/min (GFR) glomerular filtration. Those patients with GFR < 45 ml/min were immediately alerted to concert the health care centers to locate them and refer them to effectors of second level for standardized attention with its subsequent counter-reference treatment. As a result of that, in the period from 2011 to 2013, we analyzed blood samples from 56.989 individuals (523 under 50 years of age, 56.082 aged between 50 and 70 years of age and 384 of age over 70 years). The prevalence of CKD was 1.57% (896 patients) with GFR in stages of kidney failure, of which 0.44% (252 patients) had less

than 30 ml/min GFR and 1.13% (644 patients) a GFR between 30 and 45 ml/min.

The importance of early detection of the CKD is that is now recognized as a significant public health problem due to the need for an expensive alternative treatment in the terminal phase of the disease and the extreme increase in the risk of cardiovascular events and mortality and morbidity associated with a reduced life expectancy. While the course of the disease is irreversible, there is evidence that early diagnosis and correct management of the CKD delayed their development and reduce the frequency of complications, does achieving a long term better general condition of patients who reach dialysis or transplantation. In accordance with the foregoing, PAIS-R expect to extend the strategy for the prevention of disease in healthy subjects by population education plans.

Key Words: Chronic Kidney disease (CKD), Program of Integral health kidney care (PAIS-R), Glomerular Filtration Rate (GFR)

ANTECEDENTES

Según el Observatorio Regional de Salud de P.A.H.O, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en las Américas. Se observa en primer término la enfermedad isquémica cardíaca con el 11.24 %, seguida por las enfermedades cerebro vasculares con el 7.15 % y en tercer término la Diabetes Mellitus (DM) con el 5.48 %. Dentro de las 12 principales causas de muerte también se encuentran la Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), la Hipertensión Arterial (HTA) y las enfermedades del sistema urinario.

El envejecimiento poblacional es otro factor importante para el desarrollo de las Enfermedades No Transmisibles. En la Región de las Américas, en el año 2010 la población de más de 60 años alcanzó el 13.1 % de la población total, con una expectativa de crecimiento al 18.5% para el año 2025. Esta perspectiva genera un desafío adicional en cuanto a la necesidad de adecuar las estructuras de salud para la atención de una población más envejecida y con énfasis en un mayor acceso a la prevención.

En términos de inversión en salud, las ENT son la causa de la mayor parte de costos evitables (1).

La enfermedad renal crónica (ERC), enmarcada dentro de las ENT, es un problema de salud pública de alcance global recientemente catalogada por la OMS

como una epidemia a nivel mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, encontrándose actualmente un 11% de la población general con algún grado de disfunción renal y un 4,6% en estadios avanzados (2).

En la República Argentina, la incidencia de pacientes en Diálisis Crónica (DC) continúa en aumento, llegando en 2012 a 158 pacientes por millón de habitantes (ppm), habiendo aumentado esta tasa a un ritmo del 1.8% interanual desde 2004. En algunas provincias las tasas superan los 200 ppm y en otras apenas se alcanza los 120 ppm.

La Diabetes presenta muy significativo aumento de la tasa como causa de Enfermedad Renal Definitiva (ERD) entre 2004 y 2012. Cuatro de cada diez personas que ingresan a DC en Argentina son Diabéticos. Muchas provincias llegaron a 5-6 de cada 10. La incidencia de ERD se incrementa a pesar de un muy significativo aumento de la Tasa de Trasplante renal en los últimos 9 años, a expensas de la mayor donación de órganos, por lo que Argentina, con 31 trasplantes ppm, está primera en Latinoamérica y tercera en América en 2012, detrás de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

La tasa cruda de Prevalencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico es de 835.74 ppm (IC 95%: 826.91- 844.64) en la República Argentina para el año 2012 (3).

Estas alarmantes cifras se han mantenido sin cambios significativos e indican un pobre resultado en prevención primaria y secundaria, considerando que se trata de una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento por exámenes de laboratorio y que existen algunos tratamientos que pueden prevenir el desarrollo y enlentecer su progresión a estadios terminales.

La prevalencia de la ERC, en concordancia con el resto de las ENT aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo como la enfermedad Cardiovascular, DM, HTA, o la obesidad.

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es reconocida actualmente como un problema trascendente de salud pública debido a la necesidad de un costoso tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad y el aumento extremo del riesgo de eventos cardiovasculares y morbilidad asociada prediciendo una esperanza de vida reducida.

Sin embargo, es característico el marcado retra-

so en el diagnóstico y tratamiento adecuados, debido a la etapa subclínica e infrecuente consulta espontánea de la población ante la ausencia de síntomas de alarma.

Así, en casos evolucionados, el diagnóstico suele realizarse tardamente en hospitalizaciones por complicaciones graves, como la insuficiencia cardíaca congestiva y el requerimiento dialítico de urgencia.

Si bien el curso de la enfermedad es irreversible, actualmente existe evidencia de que el diagnóstico precoz y un correcto manejo de la ERC retrasan su evolución y reducen la frecuencia de complicaciones, logrando a largo plazo un mejor estado general de los pacientes que llegan a diálisis o trasplante.

Estas intervenciones requieren de una política de salud pública sostenida en el tiempo, que incluya educación ciudadana, una estrategia de clivaje poblacional eficaz y un sistema de atención médica integrando a todos los niveles de complejidad, permitiendo la implementación de guías de manejo basadas en evidencia y consenso.

Hasta la actualidad, no se han realizado a nivel nacional estudios poblacionales sobre ERC y, por lo tanto, se desconoce la prevalencia de casos en etapas iniciales, donde las medidas de manejo son aún posibles. Consecuentemente no se han abordado políticas de prevención para esta población vulnerable.

En 2008, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de Rosario designó un grupo de trabajo para estudiar esta problemática, respaldado en la Ordenanza del Consejo Municipal n° 8.319 del año 2008, basada en el carácter epidémico de la ERC y posteriormente por la Resolución n° 2047 de fecha 14 de setiembre de 2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Como resultado de este análisis, se evidenció la necesidad de conocer indicadores poblacionales locales relacionados a ERC y planificar un manejo integrado y eficaz de los pacientes detectados.

Para llevar adelante esta política, se propuso una estrategia de clivaje poblacional continuo y manejo integrado de los casos detectados de ERC, enfatizando en la prevención secundaria.

El presente es un reporte que describe el PAISR en su etapa inicial y sus resultados en el período 2009-2013.

OBJETIVO

- Mejorar la detección, la accesibilidad a tratamiento y los resultados de la enfermedad renal crónica.

ca, en la Ciudad de Rosario, utilizando una estrategia de trabajo en red, multidisciplinaria y sustentable, que se asuma como política de salud pública.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

1. Establecer una estrategia coordinada de clivaje de determinación de creatinemia.

2. Identificar los casos con tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min y realizar transferencia centralizada de datos.

3. Ubicar en forma inmediata los casos con TFG < 45 ml/min.

4. Alertar a los Centros de Salud referentes para localizar a los pacientes y derivar a aquellos identificados a efectores de segundo nivel para tratamiento estandarizado con su posterior contrarreferencia.

El plan prevé además extender los mecanismos de esta estrategia a la prevención de la enfermedad en sujetos sanos mediante planes de educación poblacional.

1. Clivaje poblacional

En la red de efectores de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario, se atienden ambulatoriamente 1.500.000 consultas por año. Si debido a estas consultas se genera una prescripción de exámenes de laboratorio, el análisis se efectúa en forma centralizada y estandarizada en los laboratorios de la red.

Esto ofrece una excelente oportunidad para realizar en esta población, un clivaje de creatinina plasmática (CrP) y cálculo posterior de la tasa de filtración glomerular (TFG).

Así para la Etapa I del PAIS-R, se solicitaron exámenes de sangre al laboratorio por atención ambulatoria de:

- a. Individuos de cualquier edad cuya prescripción médica incluya determinación de CrP

- b. Toda persona entre 50 y 70 años, a partir de cuando su prescripción no incluyera determinación de CrP.

El clivaje comenzó el 01/01/2011 y para el presente reporte, se analizaron todas las muestras de sangre ingresadas hasta el 31/12/2013.

2. Cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG)

En adultos, la mejor ecuación para estimar la TFG a partir de la creatinina sérica es la espectroscopia de masa por dilución isotópica (IDMS, por sus siglas en inglés) trazable modificada de la dieta en

enfermedad renal o simplemente Modification of Diet in Renal Disease (MDRD4), por sus siglas en inglés). El laboratorio debe utilizar un método calibrado de IDMS trazable. La ecuación incluye la edad y sexo, y se ha normalizado para un área de superficie corporal de 1.722 m².

El laboratorio parametrizó la determinación del MDRD4 logrando un cálculo automatizado.

La automatización de las determinaciones y su informatización facilitaron la comunicación y manejo dentro de la red de atención, permitiendo georreferenciar a los pacientes y conocer además aspectos epidemiológicos de la enfermedad a una escala no cuantificada hasta la fecha en nuestro medio.

Todas las muestras con TFG < 60 ml/min se definieron como posible Enfermedad Renal y para poder realizar un seguimiento de los pacientes se diseñó una base de datos específica para PAIS-R, con datos que dan cuenta de fecha de la muestra, identificación del paciente, institución que solicita la muestra, profesional interviniente, resultado de TFG.

Todas las muestras con TFG < 45 ml/min se informan mensualmente al Servicio de Nefrología (SdN) y al médico de cabecera del distrito correspondiente en APS, para la identificación del caso, su ubicación y manejo médico (Etapa I).

3. Identificación y localización de casos

Para cumplir con este objetivo se realizan reuniones conjuntas con los diversos actores de la atención de pacientes, incluyendo decisores de políticas de salud, médicos de atención primaria, nefrólogos, enfermeros, bioquímicos y trabajadores sociales para consensuar las acciones a implementar.

En esta etapa I del PAIS-R, las muestras con TFG < 45 son informadas al Servicio de Nefrología (SdN) para la clasificación de casos conocidos/desconocidos.

Se realiza una búsqueda de los casos desconocidos por el SdN, que incluye informar a los efectores de atención primaria de salud (APS) de la detección de estos pacientes y programar visitas domiciliarias para su localización.

4. Localización de pacientes e inclusión en el programa de manejo

Una vez localizados los pacientes, se agenda una consulta a la brevedad con el SdN para evaluación del caso y manejo coordinado con APS, según guías clínicas de atención. En Rosario existen 51 Centros de Salud municipales, distribuidos en sus seis distri-

tos referenciados geográficamente como: Centro, Noroeste, Norte, Oeste, Sur y Sudoeste.

Es de destacar que, desde que el programa ha comenzado, se ha agregado en el informe del laboratorio la siguiente leyenda:

“Si el valor de TFG estimado por fórmula MDRD4 modificada es menor a 60 ml/min, se sugiere una consulta con su médico de cabecera o en el centro de salud más cercano a su domicilio para evaluar su salud renal.”

“Esta recomendación está avalada por la Sociedad Internacional de Nefrología y la Sociedad Argentina de Nefrología”.

Debido a esta nueva modalidad se han generado consultas espontáneas de pacientes, lo cual habla del potencial impacto en materia de prevención del programa mediante tareas de difusión y educación comunitarias.

Las guías de atención utilizadas son las del Ministerio de Salud de la Nación, a las cuales se les amplió algunas directrices para adaptarlas a nuestra sistemática de trabajo, en un fructífero trabajo de consenso entre los distintos actores de la salud municipal.

RESULTADOS

En el período comprendido entre 2011 y 2013, se realizaron 86.417 determinaciones de TFG correspondientes a 56.082 individuos entre 50 y 70 años de edad, a otros 523 menores de 50 años y 384 mayores de 70 años, a quienes su prescripción médica incluía creatinina sérica.

Del total de 56.989 casos evaluados en este período, la prevalencia de ERC fue de 896 pacientes (1.57 %) con TFG en estadios de insuficiencia renal, de los cuales 252 pacientes (0.44 %) presentaron TFG menor a 30 ml/min y 644 pacientes (1,13%) una TFG entre 30 y 45 ml/min.

De los 896 pacientes con TFG compatible con enfermedad renal crónica en estadios avanzados, el 55.2 % corresponden al sexo femenino y un 78.5 % tienen edades comprendidas entre 50 – 70 años.

DISCUSIÓN

La ERC constituye uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad, dado que la población adulta que presenta factores de riesgo cardiovasculares como HTA y diabetes, es pasible de desarrollar durante su evolución deterioro funcional renal, favo-

reciendo la generación de nuevas complicaciones y el aumento de la morbimortalidad, con la consiguiente pérdida de años de vida.

La problemática mundial del ingreso de pacientes no conocidos por el sistema de salud, con cuadros graves de ERC, con requerimiento dialítico de urgencia, generalmente internados en Unidades de Cuidados Críticos (UCC) por complicaciones cardiovasculares severas, sumado al comportamiento epidémico de esta patología, también se ve reflejada en los efectores públicos de nuestra ciudad.

Otro factor importante son los costos que implican los tratamientos, sobre todo en los estadios finales de la ERC, cuando se deben utilizar terapias dialíticas o trasplante renal, que constituyen hoy un desafío para los presupuestos de salud.

Por otra parte, se ha demostrado que el diagnóstico precoz de la ERC y su control adecuado, resultan en una baja sustancial de las comorbilidades asociadas y de la mortalidad cardiovascular de esa población y que los pacientes bajo control disminuyen la velocidad de caída de su filtración renal demorando o evitando su ingreso a tratamiento con diálisis o trasplante.

El gobierno municipal asumió un rol preponderante en defensa de la igualdad de oportunidades para todos los habitantes de la ciudad, posibilitando el acceso a derechos esenciales como es la salud, acercando los servicios sanitarios a los espacios de residencia de los ciudadanos y mejorando el acceso y la atención integral, sobre todo a la población más vulnerable.

En este marco se inscribe PAIS-R, orientando su estrategia en el logro de equidad, solidaridad y accesibilidad a la atención de problemas sanitarios complejos, direccionando su accionar a acercar los servicios de salud a los domicilios de la población, y fortaleciendo los mecanismos de referencia / contra-referencia.

Ante el diagnóstico de situación elaborado, se diseñó un dispositivo de detección y seguimiento de los pacientes con ERC.

Este escenario propuesto se enfocó como una concreta política de optimización de la red de salud generando acciones conjuntas entre Atención primaria de salud (APS), segundo nivel y tercer nivel con el fin de intervenir preventivamente en la evolución de la ERC y en el riesgo cardiovascular que ésta conlleva así como la generación de indicadores epidemiológicos que sean de utilidad a los decisores en Salud

Pública.

Estudios preliminares realizados en base a modelos de simulación para la Seguridad Social en Argentina, han demostrado que el desarrollo de estrategias como la que hemos descripto, son factibles de implementación a muy bajo costo y con grandes e importantes beneficios para el Sistema de Salud y sus beneficiarios.

Algunos de los resultados esperados pueden resumirse en:

1. Consulta y seguimiento temprano por los especialistas
2. Mejora en la calidad de vida de los pacientes
3. Mayor accesibilidad a los tratamientos
4. Menor costo indirecto, de bolsillo y social
5. Previsiones presupuestarias actuariales
6. Garantía de cobertura
7. Integración de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención dirigidos a enfermos con potencial daño renal (Diabetes, Hipertensión, Dislipemias, etc.)

El Plan de Acción Integral de Salud Renal (PAIS-R), cumple con todos estos postulados, constituyendo una herramienta de bajo costo y de alto impacto positivo para la población más vulnerable.

La estrategia de PAIS-R es inédita a nivel nacional, dado que permite la detección de pacientes con enfermedad renal crónica en etapas tempranas donde la prevención secundaria es posible.

Debe acompañarse de acciones de difusión y concientización de la población sobre la importancia de los factores de riesgo asociados a la ERC y favorecer políticas de prevención primaria con las ventajas y beneficios que trae aparejada a nivel de salud y calidad de vida

El Plan de Acción Integral de Salud Renal PAIS-R, a través de sus componentes y subcomponentes, su planificación, programación y evaluación, su clasificación, indicadores de remisión y regresión de la enfermedad renal, con instrumentos afines a la salud pública, podrá ser incorporado a los programas de los ministerios de salud de los países, como una herramienta de gran valor para sistematizar en forma costo eficiente el control de la salud renal.

Agradecimientos

- Personal de mesada y jefes de los laboratorios: CEMAR, Hospital Alberdi, Hospital Roque Saenz Peña, Hospital Intendente Carrasco.
- Personal del Servicio de Nefrología.

● Coordinadores distritales de Atención Primaria de salud de la ciudad de Rosario.

- Médicos de centros de salud municipales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos Depine, MD. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Administración de Programas Especiales. Ministerio de Salud y Ambiente. Agosto 2004
2. Mezzano A, S; Aros C. Enfermedad Renal Crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Rev Méd Chile 2005; 133: 338 - 348
3. Instituto Nacional Central Níctico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), Sociedad Argentina de Nefrología (SAN), Registro Argentino de Diálisis Crónica 2012, Informe 2013.

Anexo 1: Tablas y Gráficos

Tabla 1. Screening de pacientes por año. Rosario, 2011 – 2013

Año	Nº	%
2011	14436	25.3
2012	20175	35.4
2013	22378	39.3
Total de pacientes	56989	100

Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Tabla 2. Pacientes por edad. Rosario, 2011 – 2013

Edad (en años)	Nº	%
< 50	523	0.9
50 – 70	56082	98.4
> 70	384	0.7
Total de pacientes	56989	100

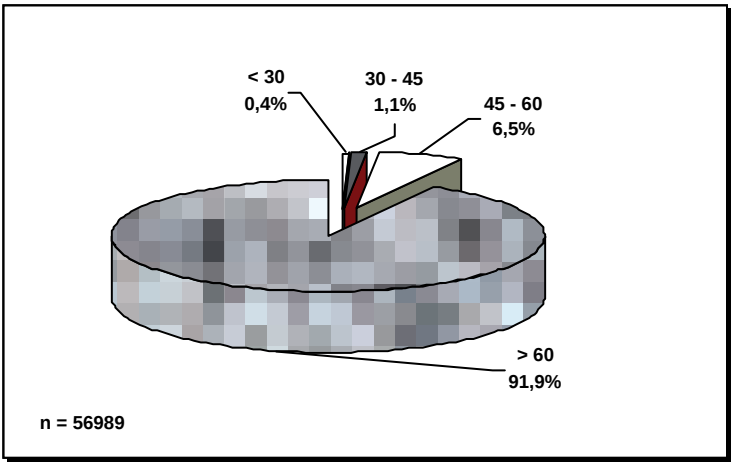
Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Tabla 3: Pacientes por sexo. Rosario, 2011 - 2013

Sexo	Nº	%
Femenino	36416	63.9
Masculino	20573	36.1
Total de pacientes	56989	100

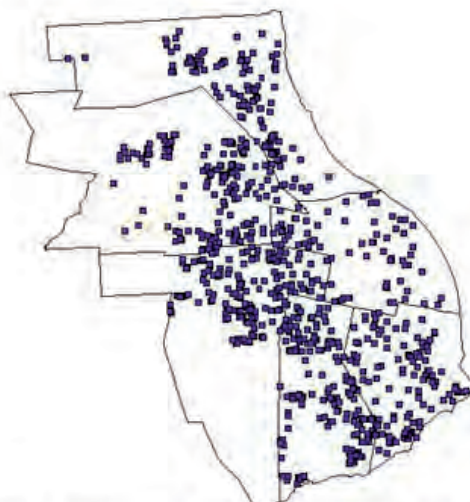
Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Gráfico 1. Pacientes según valor de Función Glomerular. Rosario, 2011 - 2013



Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

**Figura 1. Georreferencia de pacientes con MDRD inferior a 45.
Rosario, 2011 – 2013**



Fuente: Dirección Municipal de Laboratorios de Análisis Clínicos

De la l gica del control a una estrategia para garantizar la equidad.

Quadri, Andrea¹; Juarez Sonia²; Vergara Ver nica³; Forte Jorge⁴

INTRODUCCI N

La perspectiva de mejorar el acceso de la poblaci n a los servicios sanitarios, incluye considerar las posibilidades y los l mites de la gesti n p blica del Sistema de salud, no como un modo de restringir la atenci n sino para garantizarla. En este sentido presentamos este relato de experiencia del trabajo de auditor a en el CEMAR con el prop sito de realizar un ejercicio de reflexi n a punto de partida de nuestras propias pr cticas y enmarcado en la preocupaci n tica de asegurar la equidad en el acceso a la atenci n.

1. Auditor a en el campo de la salud

Durante la primera mitad del Siglo XX, la corroboraci n de que la oferta de atenci n m dica no daba cuenta de mejores indicadores de salud poblacionales, condicion el surgimiento de nuevas conceptualizaciones respecto de la calidad de atenci n en salud. En tal sentido, la evaluaci n de la calidad de atenci n

se desarroll a punto de partida de la necesidad de revisar las acciones del sistema de salud y realizar una valoraci n de lo actuado con el objetivo de mejorar el desempe o cl nico de la atenci n y brindar mejores servicios a los pacientes. En particular, la pr ctica de auditor a se instal como un modo de evaluaci n en el campo sanitario. Originada en el campo de la contabilidad y los balances econ micos, seg n la Real Academia Espa ola, auditar significa: "examinar la gesti n econ mica de una entidad a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por ley o costumbre" (1)

Otros autores la definen a nivel general como "Proceso sistem tico que obtiene y eval a objetivamente la evidencia con respecto a las declaraciones acerca de acciones econ micas y eventos; dicho proceso determinar el grado de correspondencia entre estas declaraciones y el criterio para comunicar los resultados a los usuarios interesados" (2 p. 107). Estas dos definiciones ponen el centro de la cuesti n en el procedimiento de examen, comparaci n entre

¹ M dica Generalista. Miembro del rea de Auditor a del Centro de Especialidades M dicas Ambulatorias (CEMAR) Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

² M dica Generalista. M dica Auditora. Miembro del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

³ Administrativa del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

⁴ Administrativo del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

las declaraciones y los datos objetivos referido a acciones económicas.

Aplicada al ámbito de la salud, Virgil Slee considera la auditoría como aquella evaluación hecha por los médicos de la calidad de la atención médica asentada en la documentación clínica, poniendo de este modo el foco de atención en los aspectos científicos del acto médico (3). Por su parte Crombie et al amplían el campo de su aplicación a la toma de decisiones de gestión y definen a la auditoría en salud como "...el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas" (4 p.108). La definición formulada por el Sistema Nacional de Salud Británico contempla otras dimensiones de la atención en los servicios de salud al sostener que auditoría "Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente" (4 p. 107).

Entendiendo que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en un sistema de atención comprende múltiples actividades además del acto médico, consideramos pertinente la referencia de Llanos Zavalaga en su artículo "Auditoría médica en el primer nivel de atención" (4), quien alude a tres tipos de auditorías posibles en salud según el objetivo de evaluación: Si el objetivo es revisar el cuidado clínico de los pacientes a cargo del personal médico se trata de una auditoría médica; si se trata de evaluar las actividades en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de la salud tanto médico como no médico se trata de una auditoría clínica; y finalmente si lo que se pretende es revisar todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente se trata de una auditoría del cuidado del paciente. En la actualidad la Auditoría en salud, constituye además un cuerpo de conocimientos integrados referidos a economía, clínica médica y organización de los servicios de salud que se vincula directamente a la gestión de los Servicios de Salud (5). En tal sentido sus lineamientos están en consonancia con aquellos del Servicio de Salud al que pertenezca. Aun cuando el criterio económico esté presente en las áreas de auditoría, la jerarquía que se otorgue al mismo dependerá de si la evaluación tiene como eje principal la reducción de costos, o bien si ésta cons-

tituye un elemento más, necesario para el análisis de una situación, pero puesto a jugar conjuntamente con elementos clínicos y de contexto de vida de los pacientes. Particularmente Merhy, advierte respecto del rol de las Auditorías como dispositivos que buscan incidir en el proceso productivo de salud, regido por el predominio del Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por sostener una práctica centrada en los procedimientos. Las necesidades de los pacientes no serían el hilo conductor de esta auditoría, sino que de lo que se trata es de la microregulación de los actos médicos con el objetivo final de reducir los costos a través del control administrativo (6), dando por resultado una práctica médica que, al no ordenarse en torno a las necesidades de los pacientes termina por introduciendo distorsiones en el proceso salud / enfermedad / atención siendo una de ellas la subprestación de servicios sanitarios.

Al respecto, autores como Fisher y Wennberg (7) han demostrado que en términos de desempeño de los servicios sanitarios, se constata un punto de corte por debajo del cual, la menor utilización de servicios médicos impacta desfavorablemente en la salud de los usuarios; la contrapartida de esta situación es que, superado ese punto de corte, mayor utilización de servicios médicos, no adiciona beneficios a la salud de los pacientes, constituyéndose en realidad en un modo de sobreutilización de servicios, y pudiendo tener efectos perjudiciales como sucede por ejemplo en el caso de las tomografías con la cantidad de radiaciones que recibe el paciente en cada exposición.

2. Auditoría en Salud Pública: Las tensiones con la equidad en un sistema fragmentado

2.1. Sistema de Salud Nacional

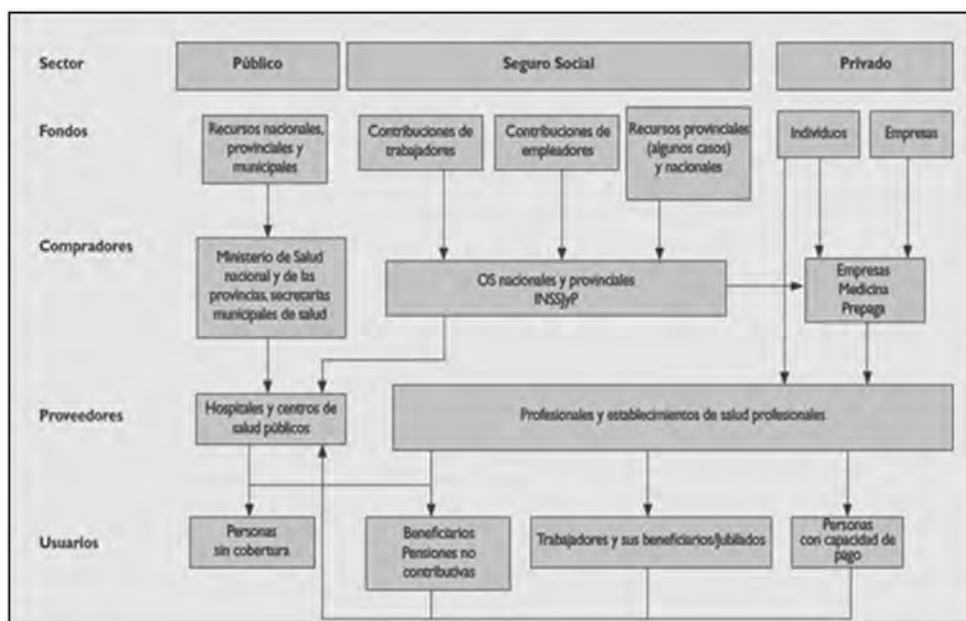
El Sistema de Salud en Argentina se define como mixto por estar constituido por tres subsectores. El Subsector de la Seguridad Social al que pertenecen Obras Sociales (OS) Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI), brinda cobertura al 57% de la población y está financiado por aportes de trabajadores y/o empleadores según diferentes regímenes de relación laboral (relación de dependencia, monotributo, autónomos); el Subsector Privado financiado por individuos o empresas que brinda cobertura al 5 % de la población; y el subsector Público que brinda cobertura al 38% de la población, financiado con fondos Estatales (8). En cuanto a la provisión de servicios, el Subsector de la Seguridad Social, ges-

tiona el mayor volumen de prestaciones a través de Empresas de Medicina Prepaga que funcionan como Gerenciadoras encargadas de la compra de servicios a Profesionales y Establecimientos de salud Privados modalidad instalada en la década del 90. Algunas Obras Sociales cuentan con efectores propios, tal es el caso de PAMI por ejemplo. Además la modalidad de autogestión utiliza efectores del Subsector Público para prestaciones a usuarios con cobertura

de Obra Social, con recupero monetario de las prestaciones realizadas, modalidad que aún persiste en la provincia de Santa Fe.

En los hechos, tal como se muestra en el Cuadro 1, los usuarios con cobertura de Obra Social y de Medicina pre-paga son atendidos por el Subsector público en caso de que soliciten atención, configurándose así un escenario heterogéneo en el cual los pacientes buscan concretar su atención en el efector

Cuadro 1. Sistema de Salud en Argentina



Fuente: Bell M., Becerril-Montekio V., Sistema de salud de Argentina; Rev. Salud pública de México; vol. 53, suplemento 2 de 2011

que consideren más accesible para el nivel de complejidad que requieran.

Esta configuración del Sistema de Salud, actúa como un factor de peso al considerar la trayectoria de los pacientes por los circuitos de atención. Ya sea que se trate del pasaje por distintos niveles de complejidad, como del involucramiento de diferentes efectores de salud, y más aún por diferentes subsectores, la existencia simultánea y no integrada de esta oferta de Servicios Sanitarios plantea como riesgo frecuente la fragmentación en los procesos de atención (9). Esta característica del sistema de salud se manifiesta en la falta de coordinación y comunicación entre los servicios de salud y entre niveles de atención generando duplicación de oferta de atención de salud, ineficiente utilización de recursos en algunos casos, provisión de la atención en el lugar menos

apropiado -como es el caso de atenciones en guardias hospitalarias de problemas que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención- y una distribución territorial de los efectores que podría resultar inequitativa al no contemplar las características, distribución y necesidades de salud poblacionales (características sociodemográficas, población urbana o rural, estrategias de reproducción social, etc.). Las consecuencias en la atención de la salud de la población se hacen visibles en la falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad de atención ya sea por demanda de atención que no obtiene respuesta, conocida como demanda insatisfecha; por la prolongación de tiempo para obtener un turno; por la existencia de listas de espera y por la realización tardía de derivaciones. Se agrega además la menor posibilidad de contar con un equipo o institución de referencia en el primer nivel de

atención y la realización de múltiples consultas con diversos prestadores para solucionar un único episodio de salud agravando esta situación la inexistencia de transferencia de información clínica entre niveles de atención o entre diferentes prestadores (10).

2.2. Sistema de Salud Municipal de Rosario

El Subsector Público de Salud de la ciudad de Rosario cuenta con dos dependencias administrativas: una dependiente de la Provincia de Santa Fe y otra dependiente del Municipio de Rosario. La red de servicios dependiente de la Municipalidad de Rosario

se organiza en tres niveles de atención según grados crecientes de complejidad tecnológica (a) (11). Un primer nivel de atención constituido por 51 Centros de Salud; un segundo nivel de atención que cuenta con tres efectores hospitalarios, una maternidad, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario y un servicio de Internación Domiciliaria. El Sistema de atención se completa con dos hospitales de tercer nivel de atención uno pediátrico y otro de adultos. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Efectores de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Nivel de atención	Efector
3er. Nivel	Hosp. de Emergencias "Dr. C. Alvarez" (H. E. C. A.) Hosp. de Niños "V. J. Vilela"
2do. Nivel	Hosp. "R. Sáenz Peña" Hosp. "J. B. Alberdi" Hosp. "Int. Carrasco" Maternidad Martín Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (C.E.M.A.R.) Instituto de Lucha Antipoliomelítica de Rosario (I. L. A. R.) Internación Domiciliaria
1er. Nivel	Centros de Salud (51)

Fuente: Dirección de Estadística Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Datos no publicados

El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) fue inaugurado en el año 1999 en el marco de una reestructuración de la red de Servicios de Salud Pública del Municipio de Rosario, gestión que implicó la progresiva disminución de los sectores de consultorios externos hospitalarios, transfiriendo la mayor parte de la práctica asistencial ambulatoria de segundo nivel a este efector y de primer nivel a los CAPS.

Como puede observarse en la Tabla 1, constituye, el efector de segundo nivel con mayor número

de consultas médicas especializadas. Cuenta además con servicio de odontología, cirugía ambulatoria, terapia física y rehabilitación, fonoaudiología y un servicio de diagnóstico por imágenes en el que se realizan radiografías, ecografías y senografías.

Las derivaciones que recibe este efector provienen de todos los distritos de la ciudad dada la diversidad de especialidades que concentra. Al interior del CEMAR los profesionales tienen distritos de atención asignados, a fin de favorecer el intercambio distrital con los equipos de los CAPS.

Tabla 1. Número de consultas en efectores de 2º y 3er nivel de atención de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario durante el año 2013

Efector	Consultas médicas	Consultas no médicas	Sin especificar	Total	Promedio mensual
HECA	4056	--		4056	338
HNVV	--		68645	68645	5720
HIC	60538	12972	-	73510	6126
HRSP	43276	18186	-	61462	5122
HJBA	35536	16985	-	52521	4377
CEMAR	73080	25608	-	98688	8224
ILAR	4640	38429	-	43069	3589
Total	221126	112180	68645	401951	33496

Fuente: Departamento de Estadística Hospitales Municipales SSP MR

2.2.1 Área de Auditoría del CEMAR

- Un poco de historia

El Área de Auditoría del CEMAR fue creada en el año 2001 con el objetivo de “Desarrollar en el CEMAR un área que garantice la prestación médica especializada y de alta complejidad a los ciudadanos usuarios que residan en el municipio de Rosario y no estén afiliados a Obra Social o Sistema de Medicina Pre-paga; gestionando además, si fuera posible, la contrarreferencia de los ciudadanos usuarios que ingresen al sistema y que no cumplan con los requisitos anteriormente señalados, al sistema al cual pertenece.”(12), objetivo que se cumplió ejerciendo “...el contralor de las solicitudes de estudios y/o prácticas determinadas que se originan en las consultas a profesionales médicos especialistas del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias; para el uso adecuado de los recursos tecnológicos existentes y del Fondo de Emergencia en Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario”(b) (13). Fundamentalmente se auditaban prestaciones que no estaban incluidas dentro de la capacidad instalada de la red municipal y por lo tanto debían ser tercerizadas, es decir, debían contratarse en el sector privado. Posteriormente los integrantes del Área de

Auditoría del CEMAR realizaron una revisión crítica del concepto reducido a criterios económicos de una auditoría en un servicio de salud y ampliaron la mirada tal como es expresado en la Propuesta de trabajo del año 2005: “Consideramos que el análisis de la necesidad de una determinada práctica en salud, no puede tener como fundamento la reducción de costos puesto que la adecuación de una acción a la realidad lleva implícitos aspectos éticos y de responsabilidad científica y social que son variables totalmente independientes de los costos”, proponiendo una auditoría cuyo objetivo principal consista en “Propiciar el análisis y la reflexión de los procesos de atención de los usuarios del CEMAR, de modo de asegurar el máximo nivel de atención, en función de la realidad contextual en la que transcurren su existencia” (13).

Con el objetivo de promover la articulación de las áreas de auditoría de diferentes efectores, la Secretaría de Salud instaló en el año 2008 una modalidad de trabajo para las auditorías de todos los efectores que consistió en la formación de cinco comisiones con referencia distrital (c) constituidas por representantes de efectores de segundo nivel y CAPS con el objetivo de auditar solicitudes de Resonancias Magnéticas y Tomografías Computadas, ambas presta-

ciones de alta complejidad realizadas en un efector de 3° nivel de la red municipal (HECA), con el fin de propiciar un uso adecuado de los recursos tecnológicos existentes considerando la pertinencia clínica y el proceso de atención de cada solicitud. El CEMAR, por ser lugar de derivación de todos los distritos participa en todas las comisiones durante los tres años que se extiende esta modalidad de trabajo.

En el año 2010 se crea una Coordinación Central denominada Auditoría de procesos de atención de la cual pasan a depender todas las áreas de Auditoría existentes en la red de salud municipal, con la finalidad de "Promover la continuidad de la atención en el sistema de salud municipal, o bien fuera del mismo a través de la articulación con el sistema público provincial y con otros subsectores; constituyendo así a la auditoría en una herramienta para la clínica y la gestión en un marco de integralidad"(14).

En la actualidad los tres niveles de atención cuentan con áreas de auditoría, el primer nivel con un área que nuclea las solicitudes originadas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), y luego cada efector de segundo y tercer nivel con una auditoría en cada institución. Constituye una excepción ILAR que deriva directamente al área Central de Auditoría.

● Experiencia de trabajo

El equipo de trabajo del área de Auditoría del CEMAR está constituido por dos médicas y dos administrativos. En el marco de la práctica de trabajo, se sostiene una concepción de auditoría en salud, concebida como un procedimiento evaluativo de prescripciones de estudios complementarios y de tratamientos de alta complejidad basado en una mirada integral del proceso de atención. Es por este motivo que en cada solicitud se analiza no solo la pertinencia clínica de la prestación solicitada y la condición de cobertura por obra social, sino también el recorrido previo de atención del paciente, si se encuentra adscrito a un CAPS, aspectos particulares que atraviesa ese paciente en ese momento de su atención en salud y recursos con los que cuenta. De tal modo, el trabajo en la actualidad comprende una vinculación con los especialistas prescriptores, con los CAPS, con los pacientes, con las obras sociales y con el área de diagnóstico por imágenes de la SSP.

Los conceptos de núcleo de competencia y responsabilidad y campo de competencia y responsabilidad desarrollados por Souza Campos constituyen categorías que permiten caracterizar la organización

del trabajo de Auditoría del CEMAR. Según este autor el Núcleo refiere al conjunto de saberes y responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad, y Campo a los saberes y responsabilidades comunes o confluyentes. (15 p.122-123).

El Núcleo de trabajo administrativo consiste en la atención de pacientes, en primer término para la recepción de solicitudes. En una entrevista de admisión, los administrativos verifican con el paciente la siguiente información relevante para el trabajo de evaluación posterior: sus datos filiatorios lo que incluye Nombre y apellido, edad - registrando también nombres y DNI de los padres si es menor de 21 años para la consulta en padrones de la ANSES-, domicilio actual, consignándose la localidad de residencia; si vive en la ciudad de Rosario se identifica el Distrito; la condición de adscripción a un CAPS específico, consultándole al paciente si cuenta con algún efector de referencia para su atención; estado civil para consultar la cobertura de Obra Social del conyuge para aquellos que están casados actualmente; y teléfonos ya que será el medio utilizado para informar el estado de autorización y turnos. Posteriormente se realiza la verificación de Obras Sociales para lo cual se utilizan las páginas web de la ANSES, de la Superintendencia de Servicios de Salud, y los Padrones Provinciales. Además, para el grupo de pacientes que registran cobertura social se consulta el estado de sus aportes en la página web de la AFIP para corroborar si cuenta con cobertura efectiva.

Todos estos datos se cargan en un sistema informático llamado Sistema de Auditoría Central (SAC) el cual se encuentra en red con el resto de las oficinas de auditorías de efectores municipales, permitiendo esto conocer la situación o estado de autorización de una prestación. Todas las solicitudes son transferidas a las médicas para su evaluación. También es responsabilidad de los administrativos la comunicación telefónica con los pacientes, tanto para completar información como para notificar la autorización de las prestaciones, y la entrega de las solicitudes autorizadas.

En cuanto al Núcleo de responsabilidad y competencia médico, consiste en la evaluación clínica de la solicitud desde la perspectiva de una clínica ampliada, es decir una clínica contextualizada con la realidad del sujeto (15). Para esta construcción puede ser necesario revisar la Historia clínica, consultar con el prescriptor, entrevistar al paciente y/o familiares, realizar revisiones bibliográficas, consultar con

expertos, comunicarse con el CAPS de referencia para recabar más información. De este análisis puede resultar que la solicitud se considere pertinente en cuanto a la clínica y el proceso de atención del paciente y sea autorizada. Las solicitudes que resultan no autorizadas suponen siempre como mínimo un trabajo con el prescriptor para explicitar los motivos considerados desde auditoría. Entre otros cabe mencionar: el hecho de tratarse de prestaciones ya solicitadas por otro profesional; la condición de existir procedimientos de menor complejidad pertinentes a la situación clínica del paciente y recomendados según protocolos, revisiones bibliográficas y/o consultas con expertos; la condición de que no exista evidencia suficiente en la bibliografía para que la prestación solicitada sea utilizada en esa patología; o bien que la realización de un estudio no modifique el diagnóstico ni el pronóstico ni el proyecto terapéutico de un paciente. En todos los casos, puede suceder que el prescriptor solicite otro estudio, o bien que se resuelva suspender o anular la solicitud. Es función de las mismas auditoras informar la resolución al paciente.

Las prestaciones autorizadas serán financiadas por salud pública si el paciente no cuenta con obra social. Si por el contrario, cuenta con obra social se trabaja desde Auditoría la derivación a la misma. La tensión existente entre el sector que debe financiar la práctica y la equidad e integralidad en la atención en salud, constituye uno de los nudos críticos del trabajo en esta área, fundamentalmente cuando se trata de pacientes usuarios del sistema público pero que cuentan con cobertura de obra social. En estos casos, la experiencia acumulada por el equipo de Auditoría, demuestra que se desencadenan diversos recorridos posibles a la hora de gestionar, el paciente o sus familiares, su atención en la obra social a fin de realizar el estudio solicitado. En efecto, puede suceder que estos pacientes desconozcan tener cobertura de obra social; que estando en conocimiento de tenerla, no se hayan afiliado a ella o no puedan afrontar los costos de los co-seguros, situaciones todas estas que hacen peligrar la continuidad de su atención al intentar derivarlos a su obra social para efectivizar dichas prácticas. Por otro lado, al momento de consultar al paciente en la obra social, puede acontecer que la misma acepte una prescripción extendida por un efector público, lo que agiliza la autorización. Pero en otras circunstancias, tienen como requisito una evaluación médica con un prestador de la propia obra social (no tomando en cuenta en la mayoría de

los casos, el proceso de atención realizado hasta el momento). Estos diferentes recorridos pueden suponer prolongación de tiempos, duplicación de estudios, incremento de costos de traslado para los pacientes, interrupción del vínculo de confianza entre el paciente y el equipo de salud que lo atiende hasta ese momento, y discontinuidad por parte del paciente del proceso de atención de su enfermedad. Es por eso que la detección de obra social supone un momento de inflexión que inicia una transición entre la atención entre el subsector público y el subsector de Obras Sociales. En este punto el foco de trabajo del equipo de auditoría consiste en garantizar la continuidad de atención, y para esto resulta fundamental la comunicación con los auditores de las obras sociales a fin de coordinar la atención del paciente.

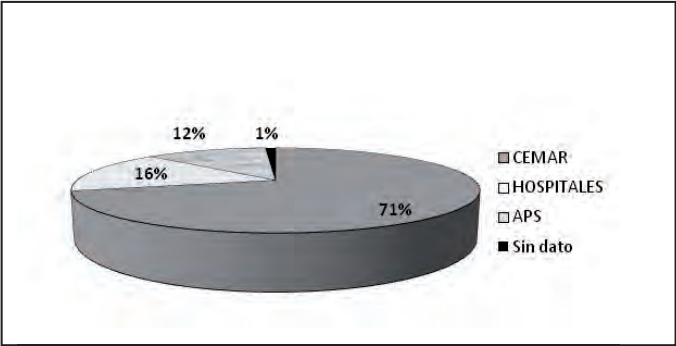
En cuanto al Campo de Responsabilidad y competencia del área, es decir que atañe tanto al personal administrativo como al personal médico, corresponden tareas que ayuden a definir la pertinencia de esa prestación y permitan efectivizarla en tiempo adecuado. Para esto resultan relevantes la comunicación con los pacientes y familiares al momento de entrega de solicitudes y/o a través de entrevistas telefónicas; intervenciones intrasectoriales, esto es dentro de la propia red de servicios de Salud pública, a saber: comunicación con el médico prescriptor, con el equipo del CAPS de referencia del paciente, con efectores públicos provinciales; y Acciones Intersectoriales que incluyen gestiones con Obras Sociales, con Prestadores Privados y con el Ministerio de Desarrollo Social.

● Algunos datos para la reflexión

Durante el año 2013 y acorde con la oferta de consulta especializada que concentra el CEMAR, este efector auditó el mayor volumen de solicitudes ambulatorias de la red lo que permite inferir la relevancia de los datos que presentaremos a continuación. Como puede observarse, las 3248 prestaciones auditadas en el año 2013 en el CEMAR constituyeron el 71 % del total de solicitudes de la red (4598) registradas en el Sistema Informático Datatech (d). (Gráfico 1).

En cuanto al tipo de prestaciones auditadas, como puede observarse en la Tabla 2, el mayor volumen corresponde a Resonancias Magnéticas (36%) y a Tomografías Computadas (30%) (e). Otras prestaciones como Resonancias Magnéticas que requieren Resonador de alto campo, Arteriografías, Ecocardiogramas transefógicos, Prácticas de Medicina Nu-

Gráfico 1: Distribución de solicitudes registradas en Auditoría de Sistema de Salud Municipal (N = 4598)



clear como Centellogramas óseos totales y aplicaciones de diagnóstico y terapéutico para patologías tiroidea y algunos tratamientos de Radioterapia fueron derivadas a efectores Públicos Provinciales. Un número menor de prestaciones de alto costo como la provisión de material biomédico para cirugías maxilofaciales, Implantes cocleares y Medicaciones de Alto costo se gestionaron a través del Ministerio de Desa-

Tabla N°2 : Distribución de solicitudes por tipo de prestación año 2013

Prestación	Nº
RMN	1184
TAC	1001
Centellograma oseo total	110
Radioterapia	102
Senografía Digital	77
Análisis Cromosómicos	75
Estudios Urodinámicos	67
Perfusión Cardíaca Miocárdica	63
Campo Visual Computarizado	56
Receptores hormonales mamarios	52
Arteriografías	36
Citogenético y citometría de MO	31
Cinecoronariografía	25
Oxigenoterapia y CPAP	23
Drenaje linfático manual	10
Polisomnografía	9
Ecocardiograma Transesofágico	9
Ecografía 360° transrectal	9
Retinofluoresceínografía	7
Manometría esofágica y rectal	7
Prótesis Cirugía Máxilofacial	6
Marcación de ganglio centinela	5
Angioplastia coronaria	4
Criopreservación	4
Videonistagmografía	4
Biopsia mamaria	3
Cambio generador marcapasos	2
Otros#	67
Sin datos	200
Total	3248

Incluye Biopsia renal, determinaciones de biología molecular, dosaje de drogas, provisión de vendas elásticas compresivas, electrocóclografía, implantes cocleares, diáfrago transtimpánico, refractometría, radiorenograma isotópico.

rollo Social de la Nación. Finalmente el resto de las prestaciones se contrataron en el sector privado (f)

En cuanto a los diagnósticos formulados en las solicitudes, no ha sido posible recuperarlos de modo fidedigno, debido a que en algunos casos no está registrado en la solicitud, y en los casos en que está registrado, no se corresponden con la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) que admite el Sistema Informático, por lo que se descarta su utilización en este relevamiento. En su lugar, se caracteriza entonces la distribución de pedidos de prestaciones por Servicio solicitante.

Como se puede observar en el gráfico 2, el mayor volumen de pedidos corresponde a traumatología y en segundo lugar al servicio de oncología. Sin embargo

cabe señalar que las solicitudes de urología, patología mamaria, ginecología, hematología y cirugía se deben en muchos casos a pacientes con diagnóstico presuntivo oncológico o bien a patologías oncológicas diagnosticadas en proceso de estadificación o de control.

En cuanto a la condición de cobertura por Obra Social, del total de pacientes atendidos en Auditoría en el año 2013 (2560), un 13% contaba con Obra Social (333/2560) (Gráfico 3)

Ahora bien, el Decreto 8/2010 para el uso de los recursos económicos que provee el Fondo de Emergencias en Salud, constituye la Normativa que da marco al trabajo en Auditoría (16). El mismo establece los siguientes requisitos para acogerse a los beneficios de la provisión de Servicios sanitarios de alta complejidad:

Gráfico 2: Distribución de solicitudes auditadas en CEMAR según Servicio solicitante Año 2013
N=3248

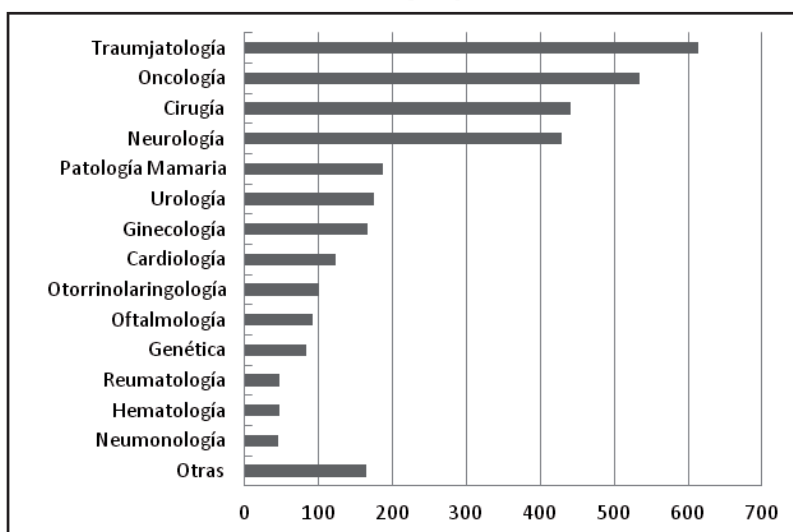
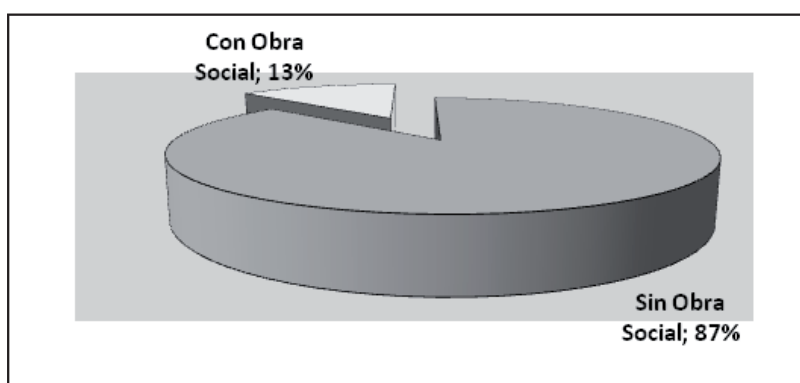


Gráfico 3: Distribución de pacientes según cobertura de Obra Social Año 2013 N=2560



- Carecer de cobertura social
- Acreditar domicilio en la ciudad de Rosario con DNI por una duración mínima de dos años previos a la solicitud o, en caso de no poseer domicilio en la ciudad de Rosario acreditar adscripción a un Centro de Salud, independientemente de la antigüedad

En el gráfico 4 presentamos la distribución de pacientes que presentaron solicitudes en Auditoría durante el año 2013 según los requisitos de la Normativa.

El mayor porcentaje (73%) de pacientes presenta domicilio en la ciudad de Rosario, están adscritos al Sistema de salud municipal y no poseen Obra Social. (1882/2560), es decir, se trata de pacientes sin cobertura que ya están incluidos en el Sistema de Salud con un CAPS de referencia, situación que da cuenta de la accesibilidad a la atención de la Salud en la que se viene trabajando desde hace más de una década desde la Secretaría de Salud. Por otra parte, el grupo de 290 pacientes que no tienen cobertura de Obra Social y no están adscritos, constituye un grupo de beneficiarios de las prestaciones de alta complejidad a los que será posible derivar para su adscripción a un CAPS.

Como puede observarse, en las casillas más claras del gráfico 4, un total de 346 pacientes, quedan afuera de las posibilidades de autorización según la normativa debido a tener cobertura de OS o bien tener domicilio fuera de la ciudad de Rosario. Entendiendo que el estado funciona a la vez de como prestador, como garante del derecho a la salud de la población, es indispensable el trabajo de Auditoría

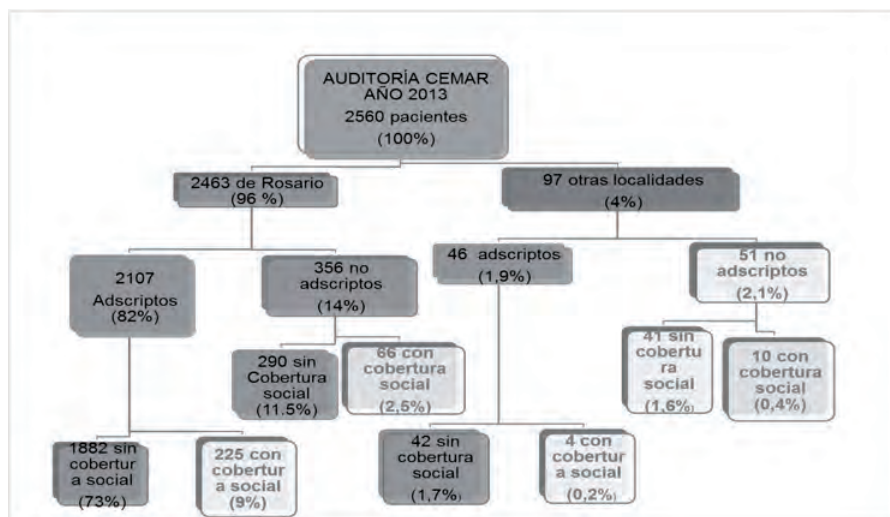
para asegurar el acceso al Subsector de Obras Sociales, o bien arbitrar otros medios como la utilización de Fondos del propio presupuesto de Salud Pública para garantizar la realización de las prestaciones.

Consideramos necesario señalar, que según nuestra experiencia de trabajo, se torna una posible fuente de inequidad la detección de cobertura social y derivación del paciente en este nivel del circuito de atención, lo que pone de relieve la necesidad de implementar medidas de cribaje respecto de poseer seguridad social en el momento que el usuario ingresa al Sistema de Salud Municipal como así también en otras instancias de su atención, lo que permitirá otro tipo de planificación respecto al mejor momento posible para derivarlo a su Obra Social. Al mismo tiempo la gestión de acuerdos realizados desde la macrogestión de Salud Pública con los otros subsectores de salud permitirá a viabilizar la atención en forma continuada y coordinada.

● Los logros

Desde la implementación del área de Auditoría del CEMAR podemos mencionar los siguientes logros. En primer lugar la construcción del trabajo en equipo y la articulación con otras auditorías de la red y con Auditoría Central. Desde, el nivel de gestión Central de Auditoría la concreción de acuerdos con efectores provinciales ha facilitado el acceso a diferentes prestaciones existentes en el Subsector público de la Provincia de Santa Fe. Hacia el interior de la Institución CEMAR, conjuntamente con la Dirección de este efector, se han realizado avances significativos en el

Gráfico 4: Distribución de pacientes según condiciones requeridas por Normativa Decreto 8/2010 N=2560



trabajo interdisciplinario, tanto con los prescriptores por casos individuales, como con los servicios de neurología, oncología, odontología, oncología, urología y Centro integral de la audición con los que se han organizado encuentros para discusiones clínicas, evaluación de tecnologías y de procesos de atención. A punto de partida de mejoras implementadas en el Servicio de Terapia Radiante del Hospital Provincial del Centenario, se realizó un trabajo conjunto con Auditoría Central, con la Coordinación provincial de terapia radiante y el Servicio de oncología a fin de protocolizar el circuito de derivación de tratamientos de radioterapia que previamente se derivaban en su totalidad al sector privado.

Además, en la actualidad, se está desarrollando un proyecto de Investigación sobre cáncer de cervix avanzado en pacientes derivadas al Servicio de Oncología del CEMAR conjuntamente con el área de Investigación de la Secretaría de Salud, el Servicio de Oncología y profesionales del primer nivel de atención.

● Los desafíos

- Considerando que el Estado es el responsable de garantizar el acceso a la atención de la salud, vemos como una necesidad avanzar en acuerdos desde la macrogestión que minimicen los esfuerzos personales de gestión de los pacientes para el ingreso del subsector que le corresponda.

- Generar condiciones para construir indicadores fiables para evaluar la efectividad del sistema a saber: mejorar el registro de diagnósticos, recuperar información sobre efectivización de prestaciones y de consulta posterior al médico prescriptor.

- Profundizar el análisis cualitativo de los procesos de atención.

- Disminuir la brecha de inequidades en el acceso de los diferentes grupos de población.

NOTAS FINALES

a. Consideramos necesario aclarar que en esta definición de niveles de atención los alcances de la palabra tecnología a que se corresponden con lo que Merhy define como tecnologías duras.

b. Dicho fondo, transferido a la Secretaría de Salud por decreto N° 548 en el año 1996 y cuya última modificación corresponde al decreto N° 08 del 2010, está destinado a solventar los costos de prácticas tercerizadas en pacientes atendidos en la red que cumplan los siguientes requisitos: no poseer cober-

tura social, tener domicilio en el municipio y/o estar adscriptos a un Centro de Salud Municipal.

c. El Municipio de Rosario se divide administrativamente en seis Distritos sanitarios que se corresponden con los Distritos administrativos. En el área Salud el Distrito Centro gestiona conjuntamente con el Distrito Noroeste.

d. El registro en el Sistema Datatech no contiene la totalidad de solicitudes auditadas en los diferentes efectores, ya que existen disparidades en la carga. En la actualidad todos los efectores de la red registran sus solicitudes en el Sistema Informático SAC (Sistema de Auditoría Central).

e. Ambas son derivadas para su realización, casi en su totalidad al HECA, efector público de 3° nivel de complejidad.

f. En la actualidad se conserva prácticamente la distribución mencionada de los efectores de realización de prestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Real Academia Española. Diccionario online. [Internet, 20/10/2014] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=>
- 2- Kell WG, Boynton WC, Ziegler RE. Auditoría Moderna. México: Compañía Editorial Continental S.A., 1997 en Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet] 2000[citado 10 marzo 2014]; 11 (3):107-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2.pdf>
- 3- Slee V. Citado en Piscoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Anales de la Fac. de Medicina. [Internet] 2000 [citado 10 marzo 2014]; 61(3): 227-240. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/cal_aten_salu.htm
- 4- Crombie et al. The Audit Handbook. John Wiley and sons. 1993. Citado en Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet] 2000[citado 10 marzo 2014]; 11 (3):107-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2.pdf>
- 5- Escudero, C. Manual de Auditoría Médica. Buenos Aires: Ed Dunken; 2013.
- 6- Merhy, EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 7- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content,

quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med.* 2003; 138(4):273-87 en Lifschitz E, Tobar F. Cuando más no es mejor. *Revista Médicos.* N°59 mayo 2010 [citado 10 marzo 2012].Informe especial. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero59/pagina40.htm>

8- Tobar F.; Olaviaga S.; Solano R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas públicas – Área de Desarrollo Social [Internet, 25/10/2014] Disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012\[1\].pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012[1].pdf)

9- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.

10- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010[citado 10 noviembre 2012] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/cd045364/049651.pdf>

11- Ase I., Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva.* 2009; 5(1): 27-47.

12- Proyecto de creación del Área de Auditoría Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias SSP MR.2001

13- Maltaneres A., Solari M., Rodríguez P. Propuesta de trabajo para el año 2005. Área de Auditoría CEMAR. SSP. Municipalidad de Rosario.

14- Proyecto de creación de una Auditoría Central de la SSP MR. Año 2010.

15- Wagner de Sousa Campos G. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

16- Decreto 8/2010 Municipalidad de Rosario [Internet 12/10/2014] Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=64595>.

Proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Equipo Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales: Sauro, Marcelo¹; Martino, Fabiana²; Falbo, Ma. Fabiana³; Ezcurra, Guillermo³; Quiroga, Mariana⁴; Okon, Mariana³; Orrego, Eva⁵

Equipo Área de Investigación en Salud: Huerta, Adriana⁶; Rodríguez, Alicia⁷; Maidana, Ma. Del Rosario⁸

INTRODUCCIÓN

El proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales (MTyN) se viene desarrollando desde el año 2008 con la puesta en vigencia de la Ordenanza Municipal N° 8155 “para la reflexión, el debate, estudio e implementación de las Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Salud Pública Municipal” (1) Ya en el año 2013 se consolida la creación formal del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, apuntando a fortalecer en los equipos de la red de servicios la incorporación de herramientas de diagnóstico y tratamiento para el abordaje integral de problemas de salud, fundadas en saberes tradicionales ampliamente difundidos en toda América Latina, y fomentados por la OMS.

No obstante, las primeras semillas del proyecto se vienen sembrando desde la década del 90 en huertas de plantas medicinales distribuidas en distintos centros de salud y sus alrededores, organizadas y cuidadas por la comunidad y los trabajadores. Las distintas experiencias permitieron rescatar saberes y prácticas de transmisión milenaria y generar espacios de encuentro e intercambio entre la comunidad y los equipos de salud.

La primera huerta de plantas medicinales se

construyó en el año 1994 en el predio del Centro de Salud “El Gaucho”, (hecho relevante en la historia de la salud municipal) surgió como producto de un trabajo conjunto con la ONG- Taller Ecologista, el Departamento de Huertas de la Secretaría de Promoción Social de la municipalidad de Rosario, la Escuela Julio Bello de barrio HUME y el equipo del Centro de Salud. La convocatoria incluyó desde el inicio a pacientes y médicos, maestros y alumnos, vecinos del barrio y quinteros de la zona. En el marco del taller se hizo reconocimiento de especies vegetales, intercambio de saberes sobre las propiedades de las hierbas y su utilización en la medicina herbolaria.

Comenzaron también los primeros procesos de capacitación a través de la realización de talleres destinados a los médicos en formación de las residencias de Medicina General dependientes de la municipalidad de Rosario y de la provincia de Santa Fe.

Experiencias similares en trabajo comunitario con hierbas, se desarrollaron poco después en el Centro de Salud Juana Azurduy con la denominada Huerta Comunitaria, “17 de Agosto”, en el Centro de Salud Eva Duarte con la realización de talleres sobre plantas medicinales y que diera lugar a la edición del libro “Hierbas Rosarinas” en el año 2003 (2) entre otras.

1 Médico Coordinador del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

2 Trabajadora Social integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

3 Médica integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

4 Bioquímica integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

5 Enfermera integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

6 Médica Coordinadora del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

7 Médica integrante del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

8 Médica integrante del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

A medida que se fueron incorporando a los equipos de salud trabajadores con experiencia en medicinas tradicionales y naturales, se multiplicó la transmisión de prácticas saludables y se ampliaron los abordajes en Herbolaria, Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda entre otros.

De estos espacios surgieron grupos organizados, con una dinámica de trabajo periódica y la realización de prácticas colectivas en el marco de la salud integral—plantas medicinales, alimentación, ejercicios respiratorios, masajes, dígito puntura, etc.— tal la experiencia desarrollada en el Centro de Salud “1° de Mayo” en el año 1998, “Nuevas alternativas en el abordaje de la salud integral: Para estar bien y sentirnos mejor” (3). La organización de este espacio de intercambio nace con la convocatoria del Equipo de Salud del centro a reuniones abiertas con los vecinos y las distintas instituciones del barrio. La problemática de la medicalización y la dependencia al centro para controles de salud diarios de parte de un grupo importante de pacientes, se constituyó para el Equipo en el disparador que dio inicio a la experiencia. Las reuniones se sucedieron y el primer enfoque propuesto por el equipo, centrado en la enfermedad, no fue visualizado como problemática por la comunidad, por lo que se decide un abordaje que partiera desde la salud, así se logra la construcción del taller de salud integral.

Con el inicio del Proyecto de MTyN en el 2008 a través de la ordenanza municipal del año 2007, comienza un periodo de sistematización de experiencias y prácticas y se implementan de modo sostenido cursos de formación y seminarios de discusión destinados a los equipos de los efectores de salud. En efecto, se vienen desarrollando cursos de formación distribuidos en tres módulos Introductorios: Plantas medicinales, Medicina Tradicional China y Medicina Ayurveda. A la fecha se contabilizan 460 asistentes a los distintos cursos, de los cuales un poco más de la mitad (53%) corresponden a trabajadores de los efectores de Atención Primaria, 21% a personal de hospitales y el 8% restante proviene del Centro de Especialidades Médicas (CEMAR). Así, tomando en cuenta la información de la base de datos del Programa podrá estimarse que en la casi totalidad de los efectores se cuenta con un trabajador capacitado.

A casi siete años de desarrollo de los cursos de capacitación en el marco del Programa se considera necesario valorar los alcances de los cursos dictados, caracterizando el perfil de trabajadores que los rea-

lizaron e intentando identificar las dificultades para acceder a esas instancias de formación como así también para la implementación de los conocimientos aprendidos en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

OBJETIVOS

General

- Describir el perfil socio-laboral de los asistentes a los Cursos desarrollados por el Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales entre los años 2008 y 2012, el impacto logrado en términos de la realización actual de prácticas derivadas de esa formación, participación de los equipos de salud y de la comunidad en ese tipo de abordaje, e identificación de obstáculos para el desarrollo de estas prácticas.

Específicos

- Caracterizar el perfil de los asistentes a los cursos y seminarios de formación según edad, antigüedad en el lugar de trabajo, perfil profesional y tipo de función que desempeña.

- Describir las prácticas implementadas en los efectores de salud en términos de frecuencia, tipos de abordajes y modalidades de intervención individual, con el equipo de salud, la comunidad u otras instituciones— así como la documentación de las prácticas y el tipo de registro utilizado.

- Identificar posibles obstáculos para el desarrollo de prácticas de Medicinas Tradicionales en los efectores de salud como así también para el acceso a los espacios de formación

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo que abarca a los participantes a los cursos de MTyN durante el periodo 2008-2014, utilizando como técnica de recolección de datos una encuesta semiestructurada autoadministrada, con preguntas cerradas y un ítem final del cuestionario abierto y optativo para recabar opiniones sobre el cursado que podrán no haber sido contempladas en las preguntas.

Las variables de la encuesta incluyen edad, ocupación o profesión, lugar de trabajo, antigüedad, función que desempeña en su lugar de trabajo, módulos cursados y realización de evaluación, la efectivización de abordajes o prácticas aprendidas en los cursos, la participación en los abordajes de otros integrantes del equipo, de instituciones y de la comunidad y obstáculos percibidos para la realización y registro de prácticas de Medicinas Tradicionales en efectores de salud municipal.

A los fines de la administración de la encuesta, se partió de una base de datos del Programa donde constan: nombre y apellido de los asistentes a los Cursos organizados por el Programa, lugar de trabajo, perfil profesional, teléfono particular y dirección de mail. Se remitió un correo electrónico suscrito por el coordinador del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales y por la coordinadora del Área de Investigación en Salud, invitando a los destinatarios a participar del estudio y explicando detalladamente las características y objetivos del mismo. Todos los participantes tenían la posibilidad de completar la encuesta y remitirla por correo electrónico o bien acceder a la encuesta impresa a través de los integrantes del equipo de gestión del Programa.

RESULTADOS

Se totalizaron 82 encuestas sobre un total de 460 asistentes a los cursos durante el período 2008-2014.

Las edades de los participantes oscilan entre los 33 y 61 años, con una mediana de 47 años; por su parte, la antigüedad en el cargo oscila entre los 2 y los 36 años, con una mediana de 19 años.

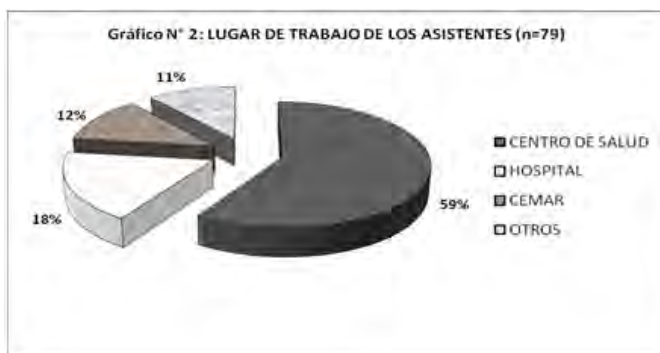
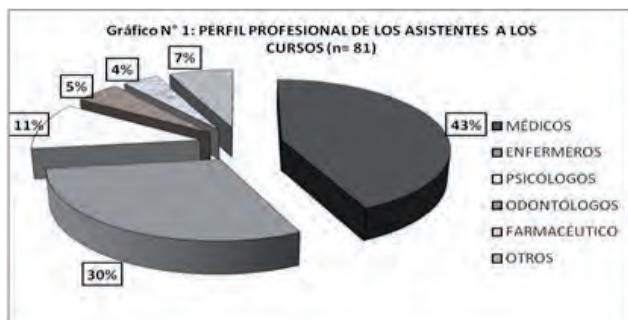
En relación al perfil profesional de los asistentes a los cursos, los médicos y los enfermeros totalizan las dos terceras partes de los participantes, le siguen los psicólogos y odontólogos. (Gráfico N° 1)

Como se observa en el gráfico N° 2, 6 de cada 10 participantes trabajan en algún efector de atención primaria, no obstante el interés en la temática desarrollada convoca también a integrantes de efectores hospitalarios y del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). Con relación a la función que desempeñan, 6 de cada 10 asistentes a los cursos ejercen tareas asistenciales en forma exclusiva y 2 de cada 10 además de estar abocados a la atención de pacientes desarrollan tareas de gestión.

En líneas generales es alto el porcentaje de alumnos inscriptos que completan los distintos módulos cursados. Así para el caso del Módulo de Plantas Medicinales, el porcentaje de inscriptos que completa la formación alcanza el 95% (62/65); con respecto al Módulo de Medicina Ayurveda, este porcentaje es del 91% (42/46), mientras que para el caso de Medicina China se registra un porcentaje algo menor, 77% (34/44). (Gráfico N° 3).

Por su parte, se analizó también la cantidad de alumnos que, habiendo completado los módulos rindieron el examen final (Tabla N° 1)

Un aspecto de particular importancia fue el relevamiento de la cantidad de participantes que realizan actualmente abordajes derivados de lo aprendido en los cursos, encontrándose que un alto porcentaje (83%) implementa esta modalidad de prácticas en su



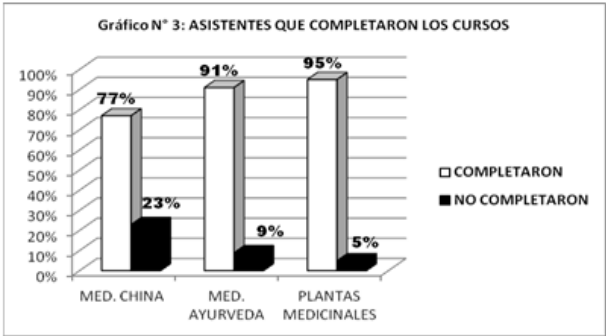
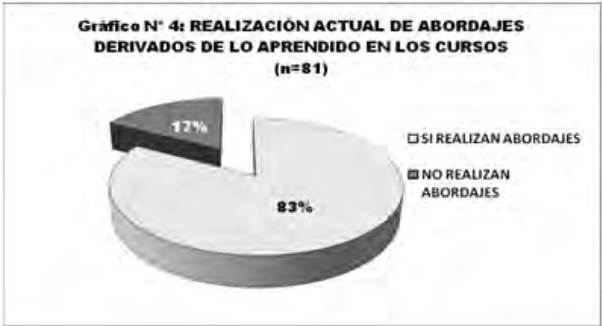


Tabla 1: ASISTENTES QUE RINDIERON EL EXAMEN FINAL

Curso	Frec	% Profesionales que rindieron el examen
Medicina China	23/34	68%
Medicina Ayurveda	21/42	50%
Plantas Medicinales	38/61	62%

trabajo cotidiano en los efectores de la red. (Gráfico N° 4). De este grupo, un 65% refiere realizar abordajes individuales con herramientas de las Medicinas Tradicionales y Naturales, un 5% abordajes exclusivamente grupales mientras que un 30% ambos tipos de abordaje. En tal sentido, si bien los abordajes individuales son los más frecuentes, es interesante comprobar que 3 de cada 10 intervenciones se realizan de modo grupal o comunitario.

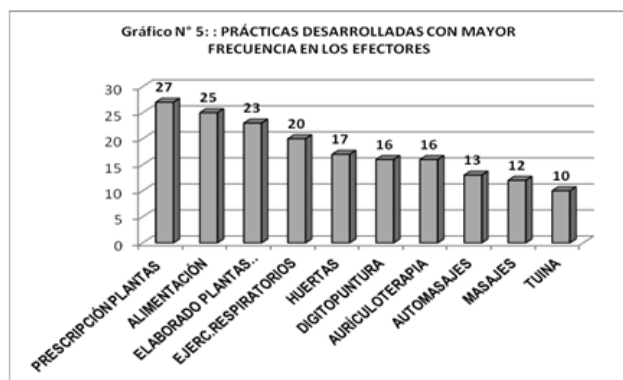
Atendiendo a las prácticas específicas implementadas, se evidencia la mayor frecuencia de abordajes que incluyen la utilización de plantas medicinales ya sea en la prescripción, la elaboración o en la construcción de huertas. Este hallazgo es coincidente con el mayor número de inscriptos registrados en el Módulo de formación de Plantas Medicinales. No obstante es de destacar la frecuencia en la realización de ejercicios respiratorios. (Gráfico N° 5)



Otro aspecto indagado, refiere al grado de participación de otros trabajadores de los equipos de salud y de los propios miembros de la comunidad en los abordajes con Medicinas Tradicionales. En tal sentido cabe resaltar que para la mayoría de las prácticas, en más de la mitad de los casos se seala la participación de otros integrantes del equipo en dichos

abordajes. Por su parte, como puede observarse en Tabla 2, los abordajes relacionados con plantas medicinales, alimentación y ejercicios respiratorios son los más proclives a desarrollarse de modo grupal y/o comunitario.

Con respecto al análisis de las dificultades para desarrollar las prácticas de Medicinas Tradicionales



en el ámbito de la red de servicios (Tabla 3), se se ala como principal obstáculo para su realización, la falta de disponibilidad de horas en los ámbitos de trabajo. Luego y en orden de frecuencia se mencionan las dificultades de acceso a insumos y la falta de espacios físicos adecuados para el desarrollo de las prácticas.

En lo que refiere al análisis del apartado de comentarios generales, se pueden identificar por una parte opiniones que aludirán al impacto que el proceso de formación en estas medicinas tendrá no sólo en la práctica profesional, sino también en la dinámica de los equipos y en el trabajo con la comunidad.

Tabla 2: ABORDAJES CON MEDICINAS TRADICIONALES

PRÁCTICA	Frec.	PARTICIPACIÓN DE OTROS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
Prescripción plantas medicinales	48	30	9
Elaborado de plantas medicinales	41	24	10
Alimentación	40	27	8
Ejercicios respiratorios	37	17	8
Masajes	25	13	4
Huertas	24	18	7
Automasajes	24	95	
Aromoterapia	18	64	
Tuina	18	84	
Meditación	17	54	
Dgitopuntura	15	62	
Auriculoterapia	12	72	
Otros	27	12	6

Así, algunos profesionales rescatan el hecho de que los contenidos impartidos en los cursos permiten realizar prácticas innovadoras respecto a las aprendidas en las distintas disciplinas de grado.

"Interesantes los cursos porque es fundamental salir de la postura de médico hegemónico. Te abre un montón la cabeza y podés ver al paciente con otros ojos" (M. dic@ APS)

Tabla 3: OBSTÁCULOS PARA DESARROLLAR LAS PRÁCTICAS

DIFICULTADES/IMPEDIMENTOS PARA REALIZAR LAS PRÁCTICAS	Frec.
Falta de disponibilidad de horas dentro del ámbito de trabajo	29
Dificultad o falta de acceso a insumos	17
No cuenta con espacio físico ADECUADO para realizar las prácticas	15
Percepción de déficits de conocimientos/ destrezas para llevar adelante las prácticas	15
Inseguridad para realizar las prácticas	13
Escasa/nula disponibilidad de espacio físico en el efector	11
Falta de habilitación de la gestión del efector	8
El ambiente comunitario/social no es propicio para la implementación de las prácticas	8
Disconformidad de los compañeros con el otorgamiento de horas para realizar estas prácticas	5
Desacuerdo de los compañeros con este tipo de prácticas	3

“He encontrado en este espacio una respuesta a ciertas dolencias de los pacientes que esta medicina alopática no me estaba dando ni al paciente ni a mi práctica diaria” (M dic@ APS)

También se resaltan las posibilidades de ampliación de la mirada incorporando modos de abordajes superadores del reduccionismo propio del modelo médico hegemónico.

“El acceso a los cursos me permitió tener una mirada diferente, importante, saludable no solo para lo individual sino que permite ampliar la visión frente a lo cotidiano del trabajo” (Enfermer@ APS)

“Son altamente enriquecedores los encuentros de intercambio y seguimiento de las situaciones de salud que se comienzan a abordar desde lo tradicional ya que en la instancia grupal se fortalecen tanto lo aprendido desde la instancia de formación como lo aprendido por la práctica compartida” (M dic@ hospital)

“Lo aprendido ha enriquecido mi mirada profesional y personal, lo aplico en mí y en mi entorno, muy buena la posibilidad de aplicar estos conocimientos en la salud pública” (M dic@ áreas centrales SSP)

Un aspecto reiterado alude a la importancia/interés otorgados a la incorporación de otros integrantes de los equipos de salud en estas experiencias de

formación y práctica, probablemente en virtud de la potencialidad diferente que ello tendrá a no solo en el trabajo con los pacientes sino en un abordaje más integral del territorio.

“Es una práctica que estamos en su etapa inicial y estamos tratando de sumar más integrantes del equipo para realizar las prácticas en los pacientes y el abordaje integral en el territorio” (M dic@ hospital)

“Cada día se suman más compañeros de la secretaría a las medicinas tradicionales compartiendo conocimientos” (Psic@ log@ áreas centrales SSP)

“Al poder acceder a un curso sobre MTN tuve un beneficio individual sobre mi salud, también hemos trazado un camino en el centro de salud para generar proyectos para trabajar con la comunidad” (Enfermer@ APS)

Con respecto a las posibilidades de acceso a las instancias de formación, varios encuestados coinciden en señalar dificultades para la realización de los cursos en los horarios de trabajo dada la imposibilidad de relevos en las tareas cotidianas. Algo similar ocurre respecto de la viabilidad de acceso a instancias de retraining clínico como son los denominados Seminarios de Integración.

“Me resulta complicado acceder a los seminarios dado el horario de trabajo, quedo con ganas de asistir a los de profundización de ayurveda y plantas medicinales”

nales" (Psic log@, APS)

"No me resulta fácil disponer de tiempo para participar de las instancias de formación, ya que a veces tengo agendados turnos y debo suspenderlos y también reducir la carga horaria....me trae complicaciones" (M dic@ APS)

ALGUNAS DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS

Las dificultades para la implementación de las prácticas en los servicios obedecen a la imposibilidad de conciliar la excesiva demanda con la organización de los tiempos que requieren estos abordajes. Asimismo se señala como dificultad el hecho de quedar a cuenta de los propios trabajadores la compra de los insumos necesarios para el desarrollo de las prácticas.

"En APS las consultas se programan cada 20 min, tiempo insuficiente para realizar dichas prácticas donde el diálogo es la base de la consulta y demora mucho mas de 20 min." (M dic@ APS)

"A cargo nuestro se compran insumos (tinturas, jarabes, semillas, cintas, auriculopuntor" (Administrativ@ APS)

"Es la combinación de dificultades en la organización del espacio y el tiempo para sostener la práctica en forma integral y permanente". (Médic@ APS)

"Incompatibilidad por tareas superpuestas a resolver". (M dic@ APS)

PROPUESTAS

En términos de propuestas, la mayoría se orienta a estrategias para reforzar el acompañamiento en la práctica de los trabajadores que pasaron por estas experiencias formativas. Entre ellas, dispositivos de soporte matricial a cargo del equipo coordinador del Programa.

"Consulta permanente con equipos matriciales para evaluar casos clínicos complejos" (M dic@ APS)

"Me interesaría si los equipos de medicinas tradicionales, plantas medicinales, medicina china se acercaran como equipo matricial una vez por mes para tratar casos clínicos, salud mental, odontología, pediatría, enfermería" (Enfermer@ APS)

"Mejorar el acompañamiento de los trabajadores que estamos utilizando tuina, auriculoterapia o digitopuntura" (Enfermer@ APS)

Por otro lado, se hace referencia al sostenimiento de instancias de formación/discusión clínica que

mantengan actualizados los conocimientos adquiridos

"Resultado de ayuda que se realicen seminarios, al tratar por aparatos, nos hace repasar qué plantas y alternativas utilizar". (Enfermer@ hospital)

Finalmente se realizan otras propuestas tendientes a favorecer el acceso a las instancias de formación y producción implementadas desde el Programa.

"Ampliar el dictado de cursos en otros horarios, para poder realizarlos sin complicaciones por el trabajo" (Enfermer@ áreas centrales SSP)

"Podríamos pensar un modo de conclusiones virtual, temario de lo trabajado, más material de estudio, de modo de acceder a los textos y a la producción de quienes no podemos asistir" (Psic log@, APS)

ALGUNAS REFLEXIONES PARA SEGUIR AVANZANDO...

La experiencia del colectivo de trabajo de Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública lleva ya más de 20 años de construcción, hecho destacable si se tiene en cuenta que se desarrolló al calor del neoliberalismo en la década del noventa, en una lógica que justamente iba a contrapelo del fuerte avance del complejo médico-industrial. La clave de esta construcción habrá de encontrarse en la habilitación de la propia gestión de la Secretaría de Salud Pública y en gran medida en el compromiso y movilización de los trabajadores que transitaban la experiencia de formación y prácticas comunitarias con el uso de estas medicinas.

Atendiendo a los resultados arrojados por la encuesta, llama la atención la mediana de antigüedad de los participantes de los Cursos, cercana a los 19 años, que permitiría hipotetizar una demanda particular de lógicas innovadoras (o como mínimo, superadoras de la oferta tradicional de servicios) de abordaje en salud entre trabajadores que ya llevan muchos años de experiencia de trabajo en ese campo. A su vez, una alta proporción de cursantes se desempeña en Atención Primaria, cuestión lógica si se considera que se trata de un ámbito de prácticas donde ha sido más atenuada la permeación del modelo médico hegemónico. No obstante resulta de sumo interés que cerca de un 30% de participantes proviene del ámbito hospitalario y/o CEMAR.

Otro aspecto relevante en términos de la consolidación de prácticas de Medicinas Tradicionales y Naturales es el hecho de que un 83% de los trabajadores refirió estar desarrollando en la actualidad prácticas

derivadas de lo aprendido en los diversos Módulos de Formación, hallazgo que refuerza la vinculación directa entre la formación y la práctica asistencial de quienes pasan por esta experiencia, práctica que va involucrando además a otros miembros de los equipos de trabajo. No obstante ello, cabe reflexionar sobre las dificultades percibidas por muchos de los encuestados para el sostenimiento de estas prácticas, entre las cuales, la falta de tiempo es una de las más referenciadas. En tal sentido, cabe presuponer que los tiempos de consulta requeridos para esta modalidad de abordajes entra en colisión en ocasiones con los tiempos estándares previstos para las consultas realizadas con los abordajes de la medicina occidental. Otras dificultades señaladas aluden al déficit de espacios físicos adecuados para la realización de las prácticas y por otro lado a falta de habilitación desde la gestión de los efectores y disconformidad de los pares con respecto a la realización de estas prácticas, aspectos de interés que deben ser agendados por la Coordinación del Programa.

Los últimos aspectos señalados, conjuntamente con las reiteradas propuestas de implementación de dispositivos de acompañamiento y soporte matricial constituyen sin duda, los principales desafíos a afrontar por el equipo de Coordinación del Programa, con vistas a seguir afianzando su anclaje en la red de servicios.

Agradecimientos

Agradecemos en la figura del Secretario de Salud Pública, Dr. Leonardo Caruana, la decisión política de formalizar la implementación del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales en la salud pública rosarina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Ordenanza municipal N° 8155. Concejo Municipal de Rosario. Mayo de 2007.
- 2-Acevedo G. Villarreal C. y otros. Hierbas rosarinas. Taller de plantas medicinales con la comunidad del Centro de Salud "Eva Duarte". Rosario. Argentina. 2003
- 3-Ricchetti, M; Sauro, M, Velasco Olivera, S. Nuevas alternativas en el abordaje de la salud integral: Para estar bien y Sentirnos mejor. Taller de Salud integral en el Centro de Salud "1ro de Mayo". SSP. Municipalidad de Rosario. Argentina. 1998

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 con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, en hoja ISO A4, en word (sistema operativo Windows). Deberá ser enviado con dos páginas de encabezamiento: en la primera constarán los nombres de los autores y/o autoras, título de grado, último título de posgrado con las instituciones respectivas y correo electrónico de cada autor y/o autora; en la segunda página constarán en español e inglés, el título completo, resumen y palabras clave. Los trabajos podrán ser enviados a invesalud@rosario.gov.ar

- Portada: incluir el título del trabajo, nombres y apellidos completos de los autores y/o autoras.

Al pie, con asterisco identificatorio, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo.

Sealar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

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

- Bibliografía

Las referencias serán citadas en el texto con números consecutivos, entre paréntesis. Se numerarán conforme al orden de aparición de las citas en el texto, se incluirán todos los autores y/o autoras cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et. al. Las fuentes bibliográficas consultadas que no hayan sido citadas en el texto se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los autores y/o autoras bajo el título de Bibliografía de consulta. Las Referencias bibliográficas y la Bibliografía de consulta se enviarán en hojas separadas, al final del artículo, de acuerdo al estilo adoptado por la National Library of Medicine (NLM) <http://www.nlm.nih.gov/books-helt/br.fcgi?book=citmed>.

En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de los libros, conferencias, congresos y

consultas electrónicas, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

EJEMPLOS

Artículos de revistas

Barata R.B.; Ribeiro M.C.; Cassanti A.C.; y Grupo do Projeto vulnerabilidade social no Centro de São Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saúde: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. Cad. Sa de P blica. 2011, 27,(2): 164-175.

Libros

Bourdieu.; Chamboredon J.C. El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI., 2002.

Capítulos de libros

Vasilachis de Gialdino, I. Investigación Cualitativa: Metodologías, Estrategias, Perspectivas, Propósitos., En Denzin N. K. Y Lincoln, Y. Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa. 2013.

Conferencias, Congresos

Brito P. Recursos humanos y SILOS. Ponencia presentada en 2º Congreso Interinstitucional Multidisciplinario La Salud en el Municipio de Rosario, 11 al 15 de noviembre de 1991; Rosario. Edición de Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 1992.

Consultas electrónicas

Leal, M. do C.; Pereira, A.P.; Lamarca, G. de A. y Vettore, M.V. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. Cad. Sa de P blica (online). 2011, vol 27, suppl.2 (citado 2015-10-19), pp.s237-s253. Disponible en: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0102-311X2011001400011&lng-es&nrm-iso> > . ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400011>

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 citará: 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 podrá inferir su acuerdo con los propósitos, resulta-

dos 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 y summary en inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberá 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) deberá figurar las palabras clave (máximo 5).

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

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

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

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

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

ci en el 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, este 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.

Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal
Vol. 11 – Nº 1 – Rosario, Enero- junio de 2015

Investigación en Salud

Comité Editorial

Editora

Adriana Huerta

Editores Asociados

Alicia Rodríguez

Marta del Rosario Maidana

Asesores científicos

Aronna Alicia, (Argentina)

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, Aldaís (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)

Litvock, Julio (Brasil)

Méndez Domínguez, Alfredo A. (Guatemala)

Méndez Spina, Eduardo L. (México)

Menin, Ovide (Argentina)

Onocko Campos, Roxana (Argentina)

Pantelides, Edith A. (Argentina)

Proietti, Fernando A. (Brasil)

Rohlf 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

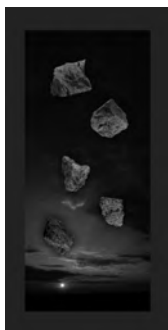
Dr. Leonardo Caruana
Secretario de Salud Pública

Adriana Huerta
Coordinadora Área Investigación en Salud

Propietaria
Secretaría de Salud Pública
Director
Dr. Leonardo Caruana

Impreso en: Borsellino Impresos
Cantidad de ejemplares: 500
Edición: 2014

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



Cielito argentino con escombros II - 2002

Norberto Puzzolo

Fotografía digital (P/A)

210 x 105 cm

Colección Castagnino+Macro

Norberto Puzzolo nace en Rosario, el 26 de julio de 1948.

A los dieciséis años empieza a tomar clases de pintura con Juan Grela. El pintor Anselmo Puccoli también tiene un rol importante en su formación.

Luego de esta faceta, elige a la fotografía como medio de expresión artística. Su recorrido se inicia en los 60, cuando comienza a realizar distintas experiencias formando parte del grupo de Rosario una serie de artistas que conforman la vanguardia artística rosarina de esa década.

De esta época es Estructura I, que presenta en 1967 en la Sociedad Hebrea Argentina. Una obra que realiza con pocos materiales, en un afán de establecer nuevas coordenadas espaciales mediante la intervención de un conjunto de volúmenes geométricos y enteramente blancos en la muestra.

De la misma época se destaca su participación en muestras como: "OPNI" (1967), "El Arte por el Aire" (1968), y también en el "Ciclo de Arte Experimental" auspiciado por el Instituto Di Tella en Rosario (1968), con una exhibición individual. Su participación activa en estas y otras actividades lo lleva a formar parte del grupo de realizadores de la obra de denuncia Tucumán Arde. Un hito en la historia del arte argentino.

De emplear la cámara como una herramienta de documentación y de denuncia, y luego de trabajar como cronista gráfico, pasa a una producción fotográfica que, pasada la vanguardia, presenta en la galería Krass, en una muestra individual (1975) basada en una serie de retratos de artistas.

Simultáneamente comienza a utilizar la fotografía en el campo de la publicidad.

En las realizaciones de los años 80 y 90 transita por las vías de una imagen más bien intimista, de fuertes conexiones con su historia personal.

Tres rostros (2000) es una de las obras del artista en la que se observa el modo en que el registro fotográfico funciona como el punto de partida de un trabajo destinado a dejar marcas puramente autorreferenciales.

En sus últimas producciones, trabaja con elementos que, al ser extraídos de su contexto, cargan de un significado singular a la obra. Las piedras que aparecen en "Cielito argentino con escombros II" constituyen símbolos que, al estar entre la obviedad y el enigma, hacen eco de una propuesta enfrentada a "la supuesta certeza del registro".

Desde 1966, expuso su producción en forma individual y colectiva en diversas galerías, instituciones y museos de Buenos Aires, Rosario, Santa Fe, Córdoba, Mar del Plata, como también en el Uruguay, España, Alemania y Estados Unidos.

El Museo Nacional de Bellas Artes le otorgó el premio Leonardo 2001, por su trayectoria, y en 2002 recibió el Premio Konex en fotografía.

Agradecemos a Norberto Puzzolo el permitirnos reproducir esta Obra.

Bibliografía:

Archivos del museo.

Estructuras Primarias II, cat. exp., Buenos Aires, Sociedad Hebrea Argentina, septiembre de 1967.

Colección de Arte Contemporáneo de Rosario, cat. exp., Rosario, MMBAJBC, 2000.

Norberto J. Puzzolo en el Museo Nacional de Bellas Artes, cat. exp., Buenos Aires, MNBA, 2002.

La brecha entre la producción de información del campo de la investigación y la toma de decisiones propia del campo de la gestión política en países de América Latina, constituye una preocupación de larga data para organismos internacionales como OPS, IDRC (Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá), o UNESCO. Diversas razones se han señalado para explicar esta brecha. Entre otras, la condición de operar diferentes racionalidades entre los actores de la Universidad -considerada como instancia privilegiada de producción de conocimiento a través de la investigación- y los tomadores de decisión del campo de la política; la complejidad del proceso de toma de decisiones en la arena política, en la cual, el conocimiento científico constituiría en el mejor de los casos un insumo más en el proceso, no el núcleo ni el más importante; la escasa difusión de resultados derivados de la investigación; el desencuentro entre los contenidos priorizados en las investigaciones y las prioridades de la agenda política.

Sin embargo, en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario, el sostenimiento desde hace más de veinte años del área de Investigación en Salud puede considerarse una experiencia innovadora en dirección a acotar la brecha a la que se hace referencia. En efecto, la propuesta formulada desde el área tiene la potencialidad de un dispositivo que puede dar lugar a un acontecimiento, en el sentido radical en que lo plantean filósofos como Badiou. El acontecimiento en esta lógica, irrumpe inesperadamente del "trasfondo invisibilizado de una situación" y, si hay condiciones de posibilidad, abre a un universo nuevo de sentidos y significaciones. El acontecimiento de algún modo provoca la emergencia de un sujeto o un colectivo que está dispuesto a reconocerlo como tal, y en ese reconocimiento se juega la transformación del propio sujeto que atestigua el acontecimiento.

Es quizás en esta dimensión de la micropolítica del trabajo en salud donde puede situarse el carácter potencialmente transformador de la propuesta de Investigación, dimensión que habitualmente escapa a las agendas de organismos internacionales. ¿En qué consiste esa potencia? Probablemente en la novedad de inaugurar nuevos roles en viejos escenarios: el ámbito de los servicios de salud, históricamente considerado como ámbito de práctica, de acción, o en el mejor de los casos ámbito de generación de datos, puede reconfigurarse como espacio de producción de conocimiento; los trabajadores de salud, históricos proveedores de datos pueden resituarse como constructores de conocimiento a partir del ejercicio reflexivo y la revisión sistemática de sus propios procesos de trabajo. En "Hermenéutica del Sujeto" sostiene Foucault: "no puede haber verdad sin una conversión o una transformación del sujeto". Es quizás en ese sentido que la importancia capital de sostener una práctica de investigación íntimamente asociada a los procesos de trabajo en salud, tiene que ver con el efecto de desalienación que este ejercicio reflexivo produce en la subjetividad de los trabajadores.

En este número, se presentan experiencias concretas como el Estudio de Factibilidad para la utilización de la vacuna contra la leptospirosis, que refle-

jan la articulaci3n entre efectores y niveles de gesti3n del 3mbito provincial, municipal, 3rea de Investigaci3n, Colegios Profesionales y organizaciones sindicales. Por su parte, el art3culo derivado del Programa de Detecci3n y Atenci3n de Enfermedad Renal Cr3nica, pone de manifiesto el impacto poblacional de la coordinaci3n entre los distintos niveles de la red de atenci3n en t3rminos de la potencialidad de la detecci3n oportuna para mejorar indicadores de morbi-mortalidad. Trabajos como el del Programa de Medicinas Tradicionales y el de la Direcci3n de Odontolog3a ponen de manifiesto el valor de la investigaci3n como herramienta de revisi3n del alcance de las pr3cticas implementadas desde esas instancias. Finalmente, la experiencia de investigaci3n planteada desde Auditor3a del CEMAR expresa la potencia de la pr3ctica de investigaci3n en servicios como herramienta privilegiada de revisi3n de la organizaci3n de la red de servicios, los propios procesos de trabajo y el impacto de los mismos en t3rminos de acceso a la atenci3n de los usuarios.

Daniel Maceira, investigador de CONICET hace alusi3n a la denominada Brecha 10/90, met3fora que se 3ala que a nivel mundial, menos del 10% de los recursos de investigaci3n se destinan a abordar el 90% de los problemas de salud que afectan a los pa3ses del tercer mundo. En el camino de acotar la brecha, cabe resaltar una experiencia de investigaci3n actualmente en curso denominada Proyecto Equity desarrollada a trav3s de la gesti3n asociada de la Maestr3a de Salud P3blica del Instituto L3azarte y el 3rea de Investigaci3n en Salud de la Secretar3a de Salud P3blica de la Municipalidad de Rosario. Se trata de un proyecto internacional coordinado por un Consorcio de Catalu3a y desarrollado en seis pa3ses de Am3rica Latina, entre ellos Argentina, particularmente en el 3mbito de la red municipal de Servicios de Salud. Dicho proyecto, centra la mirada en la coordinaci3n lograda al interior de las redes asistenciales de Salud en diversos pa3ses de Am3rica Latina y prev3, con una l3gica de investigaci3n participativa, la implementaci3n de intervenciones tendientes a superar la fragmentaci3n que opera en la mayor3a de los sistemas de salud Latinoamericanos.

En esa direcci3n podemos ubicar la apuesta 3tica del 3rea de Investigaci3n: la reivindicaci3n de una gesti3n social del conocimiento, vale decir su producci3n, su apropiaci3n y su utilizaci3n por parte de todos los actores del sistema de salud. En ese marco, propiciamos el pasaje de una concepci3n de “investigaci3n aplicada” a una concepci3n de “investigaci3n implicada” y en tanto tal estrechamente vinculada a las condiciones reales en que se desarrollan los procesos de trabajo en salud en ajuste con los procesos de reproducci3n social de los grupos poblacionales.

Dra. Adriana Huerta
Editora

Editorial

P g. 5

Art culos originales.

- Estudio de factibilidad para la utilizaci n de la vacuna contra Leptospirosis.

rea de Investigaci n en Salud, Secretar a de Salud P blica (SSP) Municipalidad de Rosario.
Direcci n Provincial de Promoci n y Prevenci n de la Salud. Provincia de Santa Fe. Direcci n Pro-
grama Provincial de Epidemiolog a. Direcci n de Bioestad stica (SSP). Municipalidad de Rosario.
Colegio de Veterinarios Rosario y Venado Tuerto. Centro de Salud Remanso Valerio. Granadero
Baigorria. (Santa Fe). Centro de Salud Mangrullo. Rosario. Laboratorio Nacional de Referencia de
Leptospirosis humana. Red Nacional de Laboratorios de leptospirosis (RNLL). Instituto Nacional
de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (INER) ANLIS. Coordinaci n de Redes Bioqu micas.
Ministerio de Salud. Santa Fe. Direcci n de Bioqu mica (SSP) Municipalidad de Rosario.

P g. 9

- Accesibilidad a estudios de Resonancia Magn tica Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades M dicas Ambulatorias de Rosario en el per odo comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012. Quadri, A.

P g. 21

- La p rdida de un hijo. Vivir y convivir en su proceso de morir en el domicilio. Andreatta, M.

P g. 44

- Acceso a los servicios de Odontolog a en centros de salud municipales de la ciudad de Rosario. Agosto 2012.

Aguilar, M. F.; Beltramo, E.; Bessone, L.; Brutinel, S.; Chiapello, A.; Gasparini, M. C.; L 'Episcopo, J.; Maino, C.; Marmioli, L.; Morabito, A.; Moreyra, C.; Oldani, P.; Oudot, S.; Pedroza, F.; Pes Juncos, P.; Segales, E.; Waksman, A. L.

P g. 73

Relato de experiencia.

- Desarrollo de un programa de detecc i n y atenci n de Enfermedad Renal Cr nica. Rosario, Santa fe. Per odo 2011-2013.

Alonso, C.; Anchart, E.; Petroni, G.; Luj n, S.; Hern ndez, E.; Pendino, A.

P g. 91

- **De la l gica del control a una estrategia para garantizar la equidad.**

Quadri, A.; Ju rez, S.; Vergara, V.; Forte, J.

P g. 99

Comunicaci n breve

- **Proyecto de aplicaci n de Medicinas tradicionales y Naturales en la Secretar a de Salud P blica de la Municipalidad de Rosario. Desarrollo de los cursos de capacitaci n para los integrantes de los equipos de salud.**

Equipo Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales:

Sauro, M.; Martino, F.; Falbo, M. F.; Ezcurra, G.; Quiroga, M.; Okon, M.; Orrego, E.

Equipo de rea de Investigaci n en Salud:

Huerta, A.; Rodr guez, A.; Maidana, M. R.

P g. 111

Normas de publicaci n.

P g. 119

Estudio de factibilidad para la utilización de la vacuna contra leptospirosis

Estudio en dos grupos de riesgo ligados a condiciones medioambientales y laborales en la región Sur de la provincia de Santa Fe. Período 2012-2014

Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud. Provincia de Santa Fe

Dirección Programa Provincial de Epidemiología

Área de Investigación en Salud (SSP). Municipalidad de Rosario

Dirección de Bioestadística (SSP). Rosario.

Colegio de Veterinarios de Rosario y Venado Tuerto.

Centro de Salud Remanso Valerio. Granadero Baigorria. (Provincia de Santa Fe)

Centro de Salud Mangrullo. Municipalidad de Rosario

Sindicato de Barrido y Limpieza. Rosario

Laboratorio Nacional de Referencia de Leptospirosis humana. Red Nacional de Laboratorios de leptospirosis (RNLL).

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. E. Coni" (INER) ANLIS.

Coordinación de Redes Bioquímicas. Ministerio de Salud de Provincia de Santa Fe. Dirección de Bioquímica. Municipalidad de Rosario

RESUMEN

Se trata de un estudio evaluativo a partir de la utilización de la vacuna contra leptospirosis (vaxSpiral) desarrollado en dos grupos poblacionales alejados a Centros de Salud y dos grupos laborales de riesgo. La intervención consistió en la colocación de dos dosis de vacuna con un intervalo de seis semanas. Se evaluó reactividad a una muestra de la población vacunada y se obtuvieron muestras de sangre para estudio serológico a tres de las poblaciones incluidas en la evaluación.

Los resultados obtenidos revelan una aceptabilidad muy satisfactoria de la vacuna. La cobertura (colocación de las dos dosis de vacuna) se concretó en un 80%. Recibieron la primera dosis 1222 pobladores y 1030 la segunda. Los efectos adversos se relevaron mediante encuesta telefónica a 289 de los vacunados (muestreo estadístico). Mientras

60/289 (21%) refirieron no presentar ningún síntoma, 229/289 (79%) tuvieron afectaciones locales en el sitio de punción, siendo el dolor el síntoma más frecuente.

El estudio inmunológico (224/94 primeras y segundas muestras) permitió conocer que el 15,6% de los vacunados tenían títulos de Inmunoglobulinas previos a la vacuna. Un hallazgo de importancia lo constituyó el marcado aumento de anticuerpos para alguna inmunoglobulina posterior a la colocación de la vacuna.

Se administró además una encuesta sobre condiciones de vida a la totalidad de las poblaciones enroladas en el estudio. Las condiciones de mayor criticidad – en consonancia con menores porcentajes de cobertura alcanzados – la manifestaron los pacientes adscritos a los centros de salud, mientras que la presencia de roedores fue referida como un pro-

blema de jerarquía por el conjunto de la población vacunada.

Palabras clave: Vacuna- Leptospirosis- aceptabilidad- inmunología- condiciones de vida

ABSTRACT

The article presents an evaluative investigation by the utilization of the vaccine against leptospirosis (vaxSpiral), put into practice in two populations nearby Health Centers and two labour populations at risk. The intervention lay on the colocation of two vaccine dose during an interval of six weeks. The reaction to the vaccine (considering possible adverse effects) was evaluated in a sample of the population vaccinated and were got blood samples for a serologic study covering three of the populations included in the investigation.

The results obtained show a very satisfactory acceptance of the vaccine. The coverage (colocation of vaccine dose) was set on 80% of the population. 1222 people received the first dose and 1039 the second one. The adverse effects were identified by a telephonic survey to 289 of the vaccinated population (statistical sampling). While 60/289 (21%) indicated no symptom, 229/289 (79%) mentioned local complaint in the place of the tap, and in this cases pain was the most frequent symptom.

The immunological study (224/94 first and second samples) revealed that the 15.6% of the vaccinated people had levels of immuno globulins previously to the vaccine colocation. An important finding was the marked increased of antibodies for some immuno globulins, after de vaccine colocation.

Besides, it was conducted a survey about life conditions to the whole population included in the study. The more critical conditions –related to lower percentages of coverage reached-, were revealed by the patients assigned to Health Centers, while the presence of rodents was mentioned as a significant problem by the vaccinated population.

Key Words: Vaccine – Leptospirosis – acceptability – immunology – life conditions

FUNDAMENTACIÓN

La leptospirosis es considerada la zoonosis más difundida en el mundo, transmitida por espiroquetas del género *Leptospira*. Tiene como reservorios fundamentales a los roedores y animales domésticos y reconoce como áreas geográficas de distribución tanto zonas rurales como urbanas.

La presentación clínica más común se asemeja a un cuadro gripal (con fiebre, cefaleas, artralgias y mialgias), pero pueden presentarse, si bien de modo poco frecuente, cuadros graves con falla renal y hepática, distrés pulmonar y muerte. La naturaleza inespecífica de los síntomas o a la presentación subclínica, sumada a la necesidad de toma de varias muestras para efectuar diagnóstico serológico y la subnotificación de casos, tornan difícil el conocimiento de la real incidencia de esta patología.

El ser humano contrae la enfermedad a través del contacto con agua, alimentos, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados con leptospirosis, a través de lesiones de la piel o membranas mucosas.

En áreas rurales el contagio se asocia habitualmente a trabajos de agricultura o ganadería que favorecen una mayor exposición de los sujetos, en tanto que en zonas urbanas, esta problemática se presenta mayoritariamente en contextos de pobreza con condiciones de vida inadecuadas (hacinamiento, falta de acceso a agua potable, servicios sanitarios deficientes, etc.) a la vez cuando no es excluyente de estos contextos. En efecto, autores como Barcellos (1), advierten que las fuentes medioambientales de riesgo y las áreas de alta incidencia de enfermedad, raramente coinciden en el espacio, proponiendo en tal sentido incorporar la perspectiva de análisis espacial para explicar los riesgos de enfermar, mediante la integración de datos sociales, demográficos y medioambientales. En la investigación que emprenden acerca de los riesgos asociados a condiciones ambientales durante el brote de leptospirosis acaecido en 1996 en la región oeste de Río de Janeiro, donde utilizaron el Sistema de Información Geográfica, concluyen que las mayores tasas de incidencia fueron verificadas dentro de áreas sometidas a inundación como así también en torno de áreas con acumulación de basura.

Según informes del Ministerio de Salud, en Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis *“es el contacto prolongado con inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupación*

nes rurales también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones facilitan la proliferación de los roedores y la propagación de las leptospirosis en una comunidad humana al poner en contacto más cercano la bacteria y sus huéspedes animales con las personas” (2p.8). En el período 2005-2011 se notificaron 2122 casos al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, Ministerio de Vigilancia Clínica, registrándose un pico de notificación durante 2007 debido al brote ocurrido en las provincias de Santa Fe y Entre Ríos, derivado de las inundaciones. En 2010 y 2011, el mayor número de casos reportados en el país correspondieron a las provincias de Santa Fe y Entre Ríos.

En Rosario, se llevó a cabo un estudio (Balpará, Corallo, Porcasi, Lamfri) acerca de las variables medioambientales que pudieran estar relacionadas con el brote de leptospirosis acaecido durante 2007, con el objeto de desarrollar un mapa de riesgo epidemiológico. En dicho estudio se concluyó que la cercanía a zonas inundadas, anegadas, como así también el contenido de humedad de la vegetación y del suelo constituyeron las variables principales para la construcción del mapa de riesgo. Reconociendo el aporte de la Epidemiología Panorámica, los autores se alaban no obstante, la necesidad de *“incorporar al análisis la siguiente información disponible: densidad poblacional, índice de condiciones saludables, localización de basurales, localización de lotes baldíos, trapeo de roedores, entre otras; como también investigar los casos ocurridos distantes de las zonas inundadas/anegadas”* (3p.9).

En lo atinente a estrategias de prevención de la problemática, la vacunación a grupos de riesgo constituye una de las medidas de protección más eficaces en el hombre para evitar la infección, conjuntamente con intervenciones dirigidas al saneamiento ambiental y aseguramiento de medidas de protección para los grupos de trabajadores expuestos. La inmunización humana contra serovares específicos se ha utilizado con buenos resultados en Cuba, Italia, Japón, Polonia, Israel, Francia, Rusia y China.

En nuestro país se cuenta con la vacuna cubana Vax-SPIRAL que contempla en su composición a los serogrupos *Canicola* serovar *canicola*, *Icterohaemorrhagiae*, serovar *Copenhagueni*, y *Pomona*, Serovar *Mozdok*. En un estudio fase II(4) que evaluó reactividad, se constató que se trataba de una vacuna segura y muy poco reactiva para adultos humanos, siendo los principales signos y síntomas reportados la fiebre, dolor local en el sitio de inyección

y malestar general.

La eficacia y seguridad de esta vacuna, fue evaluada en un estudio publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública(5) en 2004, evidenciándose una eficacia del 78,1%; involucró 101.832 personas con seguimiento a 12 meses. En otro estudio (6) desarrollado en el 2000 con grupos en riesgo de la provincia de Olguín, Cuba, se demostró una efectividad del 97,3%.

No obstante estos antecedentes, el Ministerio de Salud de la Nación no ha tomado a la decisión de incorporar la vacuna en forma sistemática, fundamentalmente en virtud de las escasas experiencias nacionales de aplicación de la vacuna, hecho que plantea interrogantes respecto de la aceptabilidad de la misma por parte de la población.

En efecto, en nuestro país se llevaron a cabo dos experiencias de inmunización con la utilización de la vacuna cubana, una en Entre Ríos y otra en el Gran Buenos Aires. En ninguna de las intervenciones fue posible asegurar la colocación de la segunda dosis en un porcentaje que permitiera producir conocimiento sobre la vacuna ni se logró tampoco un registro sistemático de la intervención. Uno de los supuestos respecto de las razones de la no concurrencia a la aplicación de la segunda dosis, giraba en torno a la emergencia de dolor local en la zona de aplicación, síntoma que podría haber desalentado a los usuarios a completar la cobertura del esquema. En síntesis, no fue factible realizar un adecuado monitoreo de los potenciales eventos adversos derivados de la inmunización, como así tampoco de sus potenciales beneficios en el contexto nacional.

En tal sentido, se considera relevante poder desarrollar un estudio evaluativo que contribuya a la toma de decisiones y sistematización de estrategias preventivas en el sector salud con relación a esta problemática. Dicho estudio evaluativo, debe contemplar diversas dimensiones: la disposición de la población a completar el esquema de vacunación y la aceptabilidad con respecto a tal/es medida/s preventiva/s; las condiciones de vida que podrían propiciar el potencial contagio, la capacidad operativa del propio sistema de salud para acercar la vacuna a los usuarios en tiempo y forma adecuados a sus necesidades y para asegurar el seguimiento clínico epidemiológico en el tiempo; el comportamiento inmunológico de la población que accediera al esquema completo de vacunación, identificando su posible exposición previa al agente causal de la leptospirosis, como así tam-

bi en modificaciones del perfil inmunológico a lo largo del proceso de inmunización.

OBJETIVOS

General:

- Evaluar la aceptabilidad de la vacuna contra la leptospirosis, reactogenicidad, comportamiento inmunológico y vigilancia clínico-epidemiológica en la población de dos barrios de la región Sur de la provincia de Santa Fe y en dos grupos laborales de riesgo durante el período octubre 2012-octubre 2014.

Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población inmunizada y condiciones de vida según: características de la vivienda, del entorno medio-ambiental, hábitos de vida y factores de riesgo presentes en los procesos de trabajo de los sujetos destinatarios.

- Estimar la cobertura de vacunación alcanzada en la población incluida en el estudio.

- Identificar eventos adversos derivados de la colocación de la vacuna.

- Caracterizar el comportamiento inmunológico de los pacientes mediante dosaje de anticuerpos previos a la inmunización y posterior a la misma.

- Valorar en la población inmunizada la emergencia de posibles casos de enfermedad mediante seguimiento clínico-epidemiológico.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se trata de un estudio evaluativo desarrollado en dos grupos poblacionales aledaños a Centros de Salud y dos grupos laborales de riesgo.

Población en estudio

El presente estudio está dirigido a población adulta entre 18 y 65 años, expuesta a riesgo de infección de leptospirosis, considerando exposición vinculada a condiciones medioambientales en el lugar de residencia y/o a actividad laboral. A tal efecto se focalizó el estudio en las áreas de influencia de los CS Mangrullo y Remanso Valerio. Dichas áreas son aledañas a las costas del río Paraná, (con actividad de pesca de los pobladores, uso recreativo de las aguas, condiciones deficitarias de urbanización, de las viviendas, y fuentes de contaminación peridomiciliarias ligadas a acumulación de basura y aguas estancadas, volcado de residuos de cereal en las veredas, circulación de animales domésticos callejeros, y presencia significativa de roedores) La condición de adscripción al

sistema de salud de los pobladores del área de influencia de estos Centros facilita el consentimiento de los sujetos a la vez que el proceso de seguimiento de dos años previsto en la investigación.

Además se incorporaron al estudio trabajadores nucleados en el sindicato de barrido y limpieza con sede en la ciudad de Rosario como también profesionales veterinarios vinculados a la atención de animales de compañía, de producción y aquellos abocados al trabajo en tambos, pertenecientes a los Colegios Veterinarios de la ciudad de Rosario y de Venado Tuerto.

Todos los participantes completaron un formulario de consentimiento informado previo a la intervención para garantizar la decisión voluntaria de enrolamiento en el presente estudio.

Criterios de inclusión:

- Individuos de ambos sexos mayores de 18 años, adscriptos a los centros de salud de la zona que brinden su consentimiento de participación.

- Trabajadores nucleados en el sindicato de barrido y limpieza.

- Veterinarios

Criterios de exclusión:

Embarazadas, individuos con antecedentes de enfermedades crónicas descompensadas (asma bronquial, cardiopatía isquémica, hepatopatías y nefropatías graves) inmunodeprimidos; enfermedad infecciosa aguda en el momento de aplicación de la vacuna y antecedentes de tratamiento inmunosupresor. Enfermedades del sistema hematopoyético.

Captación de la población

En primera instancia se procedió a una amplia difusión de la intervención a través de los medios de comunicación locales (radio, diarios, etc.)

Se realizaron Jornadas de sensibilización previas a la vacunación en los dos espacios barriales, con participación del propio equipo de APS y de vecinos de la zona.

Para el caso de los veterinarios se trabajó con integrantes de los Colegios Profesionales de Veterinarios, quienes asumieron la tarea de sensibilización y captación de la población.

Para el caso de los trabajadores de barrido y limpieza se acordó la intervención con los actores del gremio correspondiente.

Intervención

En el momento de la aplicación de la primera dosis de vacuna(a) se administró un cuestionario con preguntas cerradas, Encuesta de Condiciones de Vida

que relev información acerca de aspectos socio-demográficos, laborales, hábitos de vida, características de la vivienda; y condiciones de saneamiento ambiental (b). Se procedió también a la toma de una muestra de sangre para el caso de la población de Centros de Salud y profesionales de ambos Colegios de Veterinarios, a efectos de evaluar inmunidad previa a leptospirosis. El tipo de serología realizada consistió en un enzoinmunoensayo en fase sólida (ELISA), que permite determinar IgG e IgM (Vanasco et al., 2007) (7). Ambos enzoinmunoensayos detectan anticuerpos específicos anti-leptospiras, sin poder diferenciar cuáles es la variedad o variedades de leptospiras reaccionantes.

Se evaluó reactividad en la población inmunizada. Para el caso de la población adscrita a los centros de salud y para los profesionales veterinarios de Rosario, dicha evaluación se dirigió al total de la población. Mientras que, para el caso de población de trabajadores nucleados en el sindicato de Barrido y Limpieza, la evaluación se realizó a una muestra (muestreo simple al azar) de 170 personas (Precisión 0,05.-Confianza 0,95.) A tal efecto se contactó a los individuos inmunizados en forma telefónica y se relevaron las posibles consultas a los servicios de salud, dentro de los siete días posteriores a la aplicación de la primera dosis con el fin de detectar posibles efectos adversos derivados de la aplicación de la vacuna. Esta información se volcó en un registro específico – para el caso de grupos laborales de riesgo denominado “Planilla de Eventos Adversos”, y para el caso de usuarios de los Centros de Salud “Planilla de Seguimiento Clínico”, que se adjuntó a la respectiva historia clínica. Transcurridas seis semanas desde la aplicación de la primera dosis, se procedió a la aplicación de la segunda dosis de vacuna. En esa instancia se reinterrogó sobre el surgimiento de posibles eventos adversos derivados de la inmunización que hubieran aparecido a posteriori de la aplicación de la primera dosis. Se completó la intervención con la extracción de una segunda muestra de sangre a partir de los 21 días de la segunda dosis de vacuna para caracterizar el comportamiento inmunológico de la población.

Se previó un seguimiento clínico-epidemiológico durante 2 años a partir de la colocación de la primera dosis de la vacuna, con el fin de relevar la aparición de potenciales casos de la enfermedad. Para ello, se contó con el Sistema Municipal y Provincial de Vigilancia Epidemiológica y se siguió el protocolo de

actuación definido por el Ministerio de Salud de la Provincia.

CRONOGRAMA:

Octubre 2012– Noviembre de 2014:

Semana 1: Aplicación de primera dosis de vacuna, extracción de primera muestra de sangre, almacenamiento y administración de encuesta de condiciones de vida.

Semana 2: Evaluación de reactividad en la población vacunada.

Semanas 3 a 6: Carga de datos de encuesta.

Semana 6: Aplicación de segunda dosis. Búsqueda activa de la población que no concurre y cita para la extracción de la segunda muestra de sangre.

Semana 9 y 10: Extracción de la segunda muestra de sangre. Búsqueda activa de la población que no concurre.

Semana 11 y 12: Elaboración de Informe de avance.

Semana 9 hasta fin del estudio (Noviembre de 2014): Seguimiento de la población inmunizada para identificar emergencia de casos de leptospirosis.

Noviembre 2014 – Diciembre de 2014: Análisis de resultados, interpretación, redacción del informe final, comunicación de hallazgos y transferencia de resultados en distintos niveles del Sistema de salud.

RESULTADOS

Se aplicó una primera dosis de vacuna contra leptospirosis a un total de 1222 personas. La población destinataria la constituyeron pacientes y grupos familiares adscritos a los Centros de Salud (CS) Mangrullo y Remanso Valerio; veterinarios asociados a los Colegios Profesionales de Rosario y Venado Tuerto, y trabajadores pertenecientes al sindicato de Barrido y Limpieza. Luego, se aplicó la segunda dosis correspondiente, a 1030 personas (84% de los que recibieron la primera aplicación). (Tabla 1)

Se llevó a cabo además un estudio de serología con el objeto de caracterizar el comportamiento inmunológico de los pacientes, para lo cual se incluyó específicamente a la población de los CS y de profesionales veterinarios. Se realizó ELISA IgM e IgG, según protocolo del Kit LEPTO ELISA IgM y LEPTO ELISA IgG producidos por el INER “Dr. E. Coni” (ANLIS-UNL).

De este modo junto con la primera dosis de vacuna se extrajo la primera muestra de sangre a la totalidad de los vacunados incluidos en el estudio

serológico (224). A partir de la tercera semana de la segunda dosis de vacuna, se llevó a cabo la segunda muestra de sangre; en esta oportunidad se concretó la extracción en menos de la mitad (91) de los usuarios que realizaron la primera muestra. (Tabla 2)

REACTOGENICIDAD

Se evaluaron los posibles efectos adversos posteriores a la colocación de la primera dosis de vacuna mediante una encuesta telefónica. Se totalizaron

289 encuestas distribuidas según se muestra en la siguiente tabla. (Tabla 3)

El relevamiento dio como resultado que 60/289 (21%) de los encuestados refirieron no presentar ningún signo ni síntoma. En tanto 229/289 (79%) sí lo presentaron, síntomas locales y dentro de éstos, el dolor en el sitio de aplicación de la vacuna fue el más frecuente. (Tabla 4)

Tabla 1: Número de vacunados por población

Población	1ª Dosis	2ª Dosis	% población que recibió 2º dosis
CS El Mangrullo	31	17	54.8
CS Remanso Valerio	88	44	50.0
Col. de Veterinarios	105	81	77.1
Sindicato de B. y L.	1037	911	87.8
Total	1261	1053	83.5

Tabla 2: Número de muestras de sangre por población

Población	1ª Muestra	2ª Muestra
CS El Mangrullo	31	12
CS Remanso Valerio	88	24
Col. de Veterinarios	105	55
Sindicato	0	0
Total	224	91

Tabla 3: Distribución de encuestas telefónicas de las poblaciones vacunadas

Grupos encuestadosE	ncuestados (frecuencia)
CS Mangrullo	26 encuestados
CS Remanso Valerio	36 encuestados
Colegio de Veterinarios Rosario	57 encuestados
Trabajadores Barrido y Limpieza	170 encuestados
Total	289 encuestados

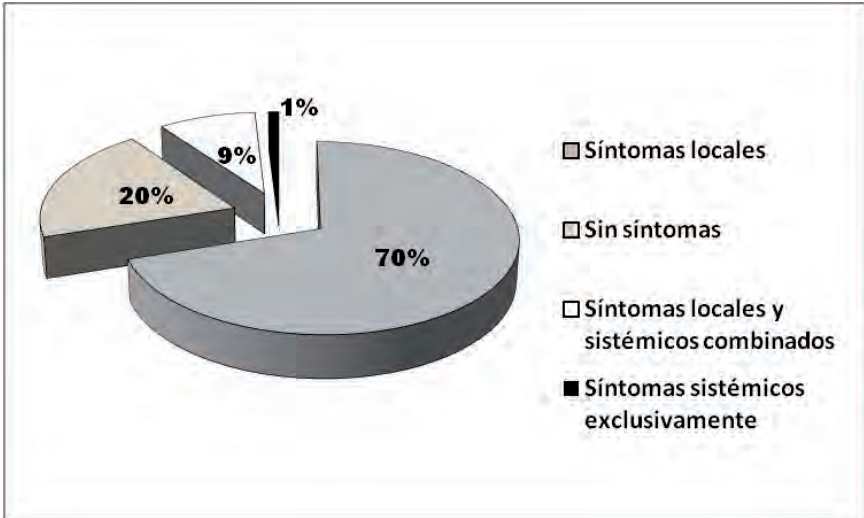
Tabla 4: Reactogenicidad: Dolor local

Población						
		CS "El Mangrullo"	"Remanso Valerio"	Veterinarios	Sindicato	Total
Dolor	Si	19 (73%)	28 (78%)	53 (93%)	129 (76%)	229 (79%)
local	No	7 (27%)	8 (22%)	4 (7%)	41 (24%)	60 (21%)
Total		26 (100%)	36 (100%)	57 (100%)	170 (100%)	289 (100%)

S lo 17 de los vacunados que tuvieron dolor local tambi n presentaron induraci n en el sitio de aplicaci n de la vacuna. En tanto 25/258 (9%) de los vacunados, refirieron s ntomas sist micos (febr cula, fiebre, malestar general, cefaleas, prurito o rash) asociados con efectos locales. Por ltimo, dos personas manifestaron s ntomas sist micos exclu-

sivamente.
Ninguno de los encuestados refiri s ntomas tales como lipotimia, n useas y v mitos, o absceso y necrosis en el sitio de puncci n. (Gr fico 1)
Para aquellos encuestados que presentaron alg n tipo de reactogenicidad posterior a la aplicaci n

Gr fico 1: Tipo de sintomatolog a posterior a la vacunaci n (n=289)



de la vacuna, se indag respecto de la necesidad de consulta m dica que hubieran ocasionado los s ntomas. Se encontr que s lo el 5% de la poblaci n que refiri alg n s ntoma (11/231) requiri de dicha consulta.

COMPORTAMIENTO INMUNOL GICO

Se analizaron 315 muestras de suero pertenecientes a 224 individuos: 224 primeras muestras ob-

tenidas inmediatamente antes de la inmunizaci n con la vacuna antileptospir sica Vax-SPIRAL® y 91 segundas muestras, comprendidas entre 50 y 244 das despu s de la vacunaci n. Todas ellas se procesaron por duplicado mediante ELISA IgM e IgG, seg n protocolo del Kit LEPTO ELISA IgM y LEPTO ELISA IgG, producidos por el INER "Dr. E. Coni" (ANLIS-UNL). Los resultados de cada uno de ellos se expresaron como el promedio de las densidades pticas (DO) de

las dos lecturas de los duplicados y se consideraron positivos cuando superaron el valor de corte determinado para cada ELISA según protocolo. Ambos ELISAs son cualitativos y no es posible determinar títulos de anticuerpos, por ello para poder evaluar el aumento de anticuerpos se definió un criterio arbitrario en base a las DO obtenidas en las lecturas.

Los resultados de los ELISAs obtenidos para cada inmunoglobulina y tipo de muestra se detallan en la Tabla 5.

Si se considera como resultado positivo a cualquiera de los ELISAs (IgM o IgG), el total de primeras muestras que resultaron positivas fue de 35 (15,6%), mientras que en el caso de las segundas muestras fue de 67 (73,6%).

Se evaluó en cada paciente la “seroconversión” y el “aumento de anticuerpos” IgM e IgG, entre la 1ª muestra obtenida al momento de la primera dosis vacunal (nivel basal) y la 2ª muestra obtenida a partir de los 21 días de la segunda dosis de vacuna.

Se definió como seroconversión a IgM o IgG aquellos individuos cuyos resultados de ELISA IgM o IgG respectivamente, pasaron de negativo a positivo entre ambas muestras. Se denominó seroconversión total, cuando ocurrió seroconversión a una o ambas

inmunoglobulinas.

Se definió como “bajo aumento de anticuerpos” cuando se observó un aumento en las densidades ópticas de 0,1 a 0,9 DO y un “alto aumento de anticuerpos” cuando el aumento de DO fue mayor de 0,9. Es importante resaltar que este criterio se usó tanto en muestras positivas como negativas, para poder medir el comportamiento inmunológico tanto en aquellos pacientes que no llegaron a seroconvertir porque ya resultaban positivos en la primera muestra o aquellos donde el aumento fue insuficiente para generar la seroconversión. Se denominó aumento total de anticuerpos, cuando ocurrió aumento de DO frente a una o ambas inmunoglobulinas.

Se analizó la seroconversión y el grado de aumento de anticuerpos IgM e IgG luego de la vacunación, de los 91 individuos que poseen 2 muestras. El **aumento total de anticuerpos (IgM y/o IgG)** se encontró en el **97,8%** de los casos (89/91 muestras). (Tabla 6)

Notarse que la columna del aumento como de seroconversión de IgM y/o IgG, no es igual a la suma de los aumentos parciales, porque resultan de considerar “aumento” cuando ocurrió en al menos una de las dos inmunoglobulinas para cada individuo, pudiendo

Tabla 5: Resultados de serología de las muestras antes (1ª muestras, n=224) y después (2ª muestras, n=91) de la vacunación (2012-2013)

	IgM	IgG	IgM e IgG	LISA
1ª muestra positiva	21/224 (9,4%)	16/224 (7,1%)	2/224 (0,9%)	35/224 [♣] (15,6%)
2ª muestra positiva	53/91 (58,2%)	53/91 (58,2%)	39/91 (42,8%)	67/91 (73,6%)

♣ Los totales resultan de la suma de muestras reactivas a IgM e IgG, restando el número de muestras con resultado positivo a ambas inmunoglobulinas para evitar el doble conteo en estos casos.

Tabla 6. Aumento y seroconversión de anticuerpos, IgM, IgG y/o ambos, en las 91 individuos con muestras pareadas.

	IgM	IgG	IgM y/o IgG
Seroconversión	50 (54,9%)	47 (51,6%)	63 (69,2 %)
Bajo Aumento	9 (10,5%)	19 (20,9%)	27 (29,7%)
Alto Aumento	76 (83,5%)	55 (60,4%)	83 (91,2%)
Aumento total	85 (93,4%)	74 (81,3%)	89 (97,8%)

aumentar en algunos casos una, en otros, otra o cada una de las categorías.

Sin embargo, cuando se analizó la **seroconversión** luego de la vacunación, 34 muestras seroconvirtieron a IgM e IgG (37,3%), 16 lo hicieron sólo a IgM (17,6%), 13 muestras sólo a IgG (14,3%) y la seroconversión total fue del 69,2% (63 muestras). Dentro de las muestras que seroconvirtieron, 5 ya tenían resultado positivo en IgG o IgM en su primera muestra y lo hicieron a la otra inmunoglobulina en la segunda muestra. Hubo 25 muestras que no seroconvirtieron a ninguna inmunoglobulina, sin embargo, en 23 de ellas se observó aumento en la densidad óptica (DO) entre la primera y segunda muestra. Esto explica que la seroconversión observada haya sido elevada aunque menos que el aumento total de anticuerpos.

Por último, se evaluó el aumento total de anticuerpos y seroconversión discriminando por el tiempo transcurrido entre la vacunación y la obtención de la

2ª muestra. Se recibieron muestras de entre 50 y 244 días posteriores a la vacunación, y se dividieron en las siguientes categorías: muestras extraídas entre los 50 y 90 días, 91 y 120 días, y más de 120 días.

El porcentaje de muestras con seroconversión tanto a IgM como a IgG aumenta entre los 91 y 120 días para luego disminuir a valores similares en ambas inmunoglobulinas.

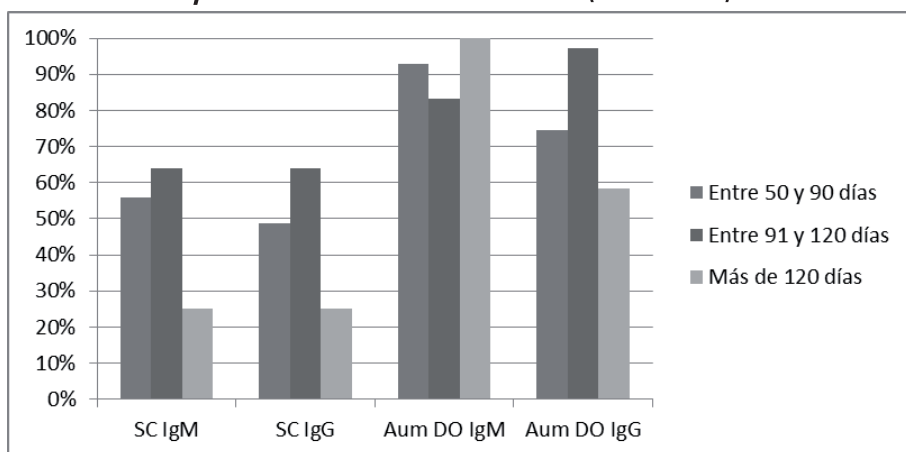
En cuanto al aumento de la densidad óptica (DO). Se observa un comportamiento opuesto entre IgM e IgG, siendo esperable la mayor respuesta de IgM en las muestras de 60 a 90 días y más de 120 días.

Los resultados se observan en el gráfico 2.

SEGUIMIENTO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

El seguimiento de la población vacunada se llevó a cabo hasta cumplidos los dos años de la colocación de la primera dosis de vacuna. Hasta la fecha se notificaron y estudiaron a tres de los vacunados

Gráfico 2. Porcentaje de muestras con seroconversión (SC) y con aumento de densidad óptica (Aum DO) en IgM e IgG, discriminado por días entre vacunación y toma de muestra. Gran Rosario (2012-2013)



que presentaron sintomatología. Dos de ellos manifestaron síndrome febril de varios días de evolución, descartándose mediante pruebas de laboratorio la emergencia de leptospirosis. Otro de los vacunados debió ser internado por un síndrome de Guillain-Barré. En este paciente no se pudo concluir la posible relación con la vacuna.

DISCUSIÓN

En primer lugar resulta de relevancia considerar los alcances del presente estudio. Se trata de

la primera experiencia en el país de colocación de vacuna contra leptospirosis en población enrolada para su seguimiento. Por otro lado la evaluación de la intervención contempla con profundidad todos los aspectos relacionados con la vacuna: aceptabilidad, reactogenicidad, comportamiento inmunológico y monitoreo clínico epidemiológico. El seguimiento de la población vacunada se extendió a dos años. En los estudios llevados a cabo en países donde la vacunación se realiza en forma sistemática, se evalúa en un año el alcance de la inmunidad. En nuestro ámbito

y por tratarse de una experiencia inédita, el seguimiento se extendió a dos años, tendiente a detectar la emergencia de la enfermedad en la población de vacunados.

En términos generales la **aceptabilidad** de la vacuna resultó altamente favorable, debido a la cobertura alcanzada y a la baja **reactogenicidad**.

La segunda dosis se logró colocar en el 84% de la población que realizó la primera vacuna. No obstante, cabe consignar diferencias significativas al interior de las distintas poblaciones enroladas en el estudio. Las poblaciones de veterinarios y de trabajadores de barrido y limpieza lograron cumplimentar el esquema de dos dosis en un alto porcentaje (88%), mientras que en los pacientes adscritos a los Centros Salud, sólo la mitad de los que recibieron la primera vacuna, completaron las dos dosis.

Para la selección de los dos centros de salud se priorizaron las condiciones socio-sanitarias y de urbanización deficitarias y la cercanía al río, así como el antecedente de la aparición de casos de leptospirosis en la última inundación. Si bien en estas barriadas la pesca suele constituirse en un trabajo frecuente con la consecuente exposición al riesgo de contraer leptospirosis, las gestiones para convocar a los pescadores fundamentalmente en El Mangrullo, resultaron insuficientes. Sólo accedieron a la vacuna 20 de ellos, 16 en el Remanso Valerio y 4 en el Mangrullo. A los posibles errores en la estrategia de convocatoria, cabe considerar de qué modo condiciones laborales precarias como las de las poblaciones adscritas a los Centros de Salud, redundan en perfiles de mayor vulnerabilidad psico-social que se traduce en posibilidades diferenciales de apropiación de comportamientos preventivos. En contrapartida, poblaciones expuestas a riesgo laboral, pero con condiciones laborales formales logran dar consistencia a conductas de prevención del riesgo, tal el caso de los empleados de barrido y limpieza y los profesionales veterinarios.

El otro atributo de la vacuna que facilitó la adherencia al esquema de dos dosis, lo constituyó la escasa reactogenicidad referida por todas las poblaciones de vacunados. Mientras el 20% no refirió presentar ningún signo ni síntoma, el 70% sólo manifestó dolor local pasajero en el sitio de la aplicación. Otros efectos de escasa jerarquía relevados lo constituyeron el eritema y el calor local en el sitio de punción. Por último, síntomas sistémicos como la fiebre, la fiebre y el malestar general asociados o no a dolor local

se relevaron en un 10% de los vacunados.

El análisis del **comportamiento inmunológico** permitió conocer los títulos de inmunoglobulinas previas a la vacunación. El 15,6% de las muestras de serología resultaron positivas al inicio del estudio, es muy probable que el resultado obedezca a la presencia de infección previa con leptospira. En este título queda pendiente la individualización de los vacunados con serología positiva previa y su relación con la exposición que derivó en el contacto con leptospira. Se analizará en cada uno de ellos, las condiciones laborales, los hábitos, el contacto con roedores, el lugar y el tipo de residencia entre otros posibles riesgos.

Otro hallazgo de importancia lo constituyó el **marcado aumento** de anticuerpos para una inmunoglobulina o para ambas posterior a la vacuna, ya sea en población sin títulos previos como en los individuos con antecedentes de contacto con leptospira. De los 91 vacunados en los que se pudo comparar la inmunidad pre y pos vacuna, 89 de ellos aumentaron los niveles de anticuerpos.

Los resultados obtenidos en este estudio fueron similares e incluso mejores a los documentados en los países donde la aplicación de la vacuna se realiza en forma sistemática. Las mayores proporciones de aumento de anticuerpos obtenidas en este trabajo pueden ser debidas a una mayor sensibilidad de los métodos de ELISA aplicados. La seroconversión a una u otra inmunoglobulina fue elevada (69,2%) y superior al 45% obtenido por Martínez y col. (2005). La diferencia podría deberse a la incorporación del ELISA IgM, ya que si sólo se considerase el porcentaje de seroconversión a IgG (51,6%) los valores serían comparables. Tanto el incremento de anticuerpos como la seroconversión obtenida están relacionados con la capacidad inmunológica de la vacuna.

En este punto resta por realizar un análisis individualizado con el objeto de relacionar, procedencia y condiciones de vida con comportamiento inmunológico.

Otra línea de indagación que requiere de futuros estudios, estará orientada a la evaluación de la durabilidad de los anticuerpos en el tiempo derivados de la colocación de la vacuna. Esta información resulta de relevancia para la elaboración del cronograma de vacunación en caso que se decida contar con la disponibilidad de la vacuna en nuestro país.

La aplicación de la vacuna se complementó con la administración de una **encuesta de condiciones de vida**. Los datos relevados muestran diferencias

significativas entre las distintas poblaciones incluidas en el estudio.

Las condiciones de mayor criticidad la manifestaron los pacientes adscriptos a los centros de salud, donde se registraron mayores índices de viviendas precarias, hacinamiento y deficientes servicios sanitarios, tales como recolección de residuos, ausencia de agua segura y conexión clandestina a la red de energía eléctrica. También en estos grupos poblacionales prevalecen las actividades laborales informales y niveles de escolaridad bajos. Paradójicamente, en los grupos que revisten alto riesgo de exposición para contraer leptospirosis y podrán beneficiarse con la vacuna, es donde se logra menor cobertura.

Con relación a la presencia de roedores, todos los grupos poblacionales refirieron encontrarlos en las inmediaciones de las viviendas. Puntualmente para el caso de los vacunados adscriptos a los centros de salud, los roedores dentro de la vivienda constituyen un problema de jerarquía.

Por último, es pertinente rescatar la importancia de implementar trabajos de evaluación de tecnologías en tanto contribuyen a la producción de información necesaria para la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión.

NOTAS FINALES

a. El esquema de administración de la vacuna es de dos dosis de 0,5 ml administradas por vía intramuscular profunda en el músculo deltoides, con un intervalo de 6 semanas entre ambas dosis.

b. Cabe aclarar que la Encuesta de Condiciones de vida estuvo dirigida exclusivamente a las poblaciones de los centros de salud, los veterinarios del Colegio Profesional de Rosario y los trabajadores de barrio y limpieza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barcellos C. O lugar do caso: leptospirose e riscos associados a condições ambientais durante o surto de 1996 na Zona Oeste do Rio de Janeiro. *Cad. Saude Publica* (online). 2001, vol. 17, supl, pp 59-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700014>
2. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Integrado de Vigilancia. Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, N° 119. Mayo 2012.
3. Corallo L; Balparda L; Porcasi X; Lamfri M. Desarrollo de un mapa de riesgo epidemiológico de leptospirosis en la ciudad de Rosario utilizando datos

provenientes de sensores remotos y de la infraestructura de datos espaciales de Rosario. <http://www.selper-mexico.org.mx/XT%20PDF/EPIDEMIOLOGIA/EPIDEM-14.pdf>.

4. Martínez R et al. Reactogenicidad de la vacuna cubana trivalente contra la leptospirosis humana en un ensayo clínico fase II. *VacMonitor*. 2001.Enero-Marzo. 10 (1) 1-7.
5. Martínez R et al. Eficacia y seguridad de una vacuna contra la leptospirosis en Cuba. *Rev.Panam.Salud Pública*. 2004. 15 (4) : 249-255.
6. Martínez R et al. Evaluación de la efectividad de una nueva vacuna contra la leptospirosis humana en grupos de riesgo. *Rev.Panam.Salud Pública*. 2000. 8 (6) 385-392.
7. Vanasco NB, Lottersberger J, Schmeling MF, Gardner IA, Tarabla HD. Diagnóstico de leptospirosis: evaluación de un ensayo inmunoenzimático en fase II en diferentes etapas de la enfermedad. *Rev. Panam Salud Pública*. 2007; 21 (6): 388-95.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Informe sobre Leptospirosis en la República Argentina. 2006. CCLA – AAVLD. Fundación Mundo Sano. Bs. As., Argentina. 54 pp.
- Martínez Sánchez, R.; Pérez Sierra, A.; Obregón Fuentes, A. M.; Rodríguez González, I.; Baly Gil, A.; Barón Suárez, M.; Rodríguez Silveira, J.; Bermond Gastón, D. Reactogenicidad e inmunogenicidad de la vacuna cubana inactivada trivalente contra la leptospirosis humana según diferentes esquemas. *Rev Cubana Med Trop* 54(1): 37-43, ND. 2002 Apr.
- Martínez I., Martínez R., Zamora Y., Rodríguez JE, Fernández C., Obregón A. Respuesta de anticuerpos IgG antileptospira en individuos inmunizados con vax-SPIRAL. *Rev. Cubana Med. Trop.* 2005; 57 (1): 32-7.
- Zunino E. Pizarro R. Leptospirosis. Puesta al día. *Rev. Chil.infectol.v.24 n.3.* Santiago. Jun.2007.
- Agudelo-Florez P. Restrepo-Jaramillo B. Arboleda Naranjo M. Situación de la leptospirosis en el Urab antioqueño colombiano: estudio seroepidemiológico y factores de riesgo en población general urbana. *Cad. Saude Publica* (online). 2007, vol.23, n9, pp2094-2102. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900017>
- Rodríguez I. Martínez R. Zamora Y. Rodríguez JE. Fernández C. Obregón AM. Respuesta de anticuerpos IgG antileptospira en individuos inmunizados con vax-SPIRAL. *Rev. Cuba.med.trop*; 57(1), ene-abr.2005.
- Obregón AM. Martínez G. Martínez R. Llop A.

Rodríguez I. Rodríguez J. Fernández C. Respuesta serológica por ELISA y MAT en voluntarios cubanos vacunados con vax-SPIRAL. Rev. Cuba.med.trop; 56(2), mayo-ago.2004.

Accesibilidad a estudios de Resonancia Magnética Nuclear en pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012.*

Quadri, Andrea ¹

RESUMEN

El acceso a la atención en salud reconoce múltiples determinaciones. El acceso a tecnología de alta complejidad en el marco de la estrategia de atención primaria podría señalar diferenciales de acceso particulares. El objetivo del presente trabajo consiste en analizar la accesibilidad en términos de utilización de alta complejidad, de pacientes a los que se les solicitó Resonancia magnética nuclear (RMN) en consultorios del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario durante el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012 Rosario, y su relación con la condición de cobertura por obra social y especialidad que prescribe.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se utilizaron fuentes secundarias de información provenientes de datos del sistema informático del área de Auditoría del CEMAR y de registros de realización de RMN del área de Diagnóstico por imágenes. Los principales resultados

consisten en el hallazgo de diferenciales de acceso a la realización de RMN. Según dichos hallazgos, los pacientes con obra social tienen mayores probabilidades de no realizarlos, si bien los que acceden a realizarlos lo efectivizan en mejores tiempos comparados con el grupo sin cobertura social. Considerando la dimensión temporal de accesibilidad en el grupo que realizó la RMN, se constata, que en más de la mitad de los pacientes, la realización excede los tiempos establecidos como máximos para cada nivel de priorización temporal. En cuanto a los resultados según servicio solicitante, se observa que los pacientes atendidos por el servicio de traumatología, tienen mayores chances de realizar los estudios en tiempos inadecuados, en tanto que los atendidos por el servicio de ginecología y oncología tienen mayores chances de realizarlos en tiempos adecuados.

Palabras clave: Accesibilidad a los servicios de salud / Tecnología de biomédica / Atención ambulatoria.

1.-Médica Generalista. Miembro del área de Auditoría del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ABSTRACT

Access to health services admit multiple determinants. Access to high complexity technologies in the primary care strategies framework could show particular access variances. The purpose of this work is to analyze accessibility in terms of high complexity services utilization, by patients with Magnetical Resonance Imaging (MRI) requests, in consulting rooms from Ambulatory Medical Specialties Centre (CEMAR) depending on Public Health Secretary of Rosario City Municipality, during the period between July of 2011 and June 2012, and its connection to health insurance coverage condition and requesting specialty.

This is an observational, cross-sectional, descriptive study where secondary information sources were used. These sources come from the informatic system data of Auditing Area, and records of performed MRI in Diagnostic-radiology Area in CEMAR. The main results achieved are the finding of access variances to MRI performances. According to those findings, in patients with health insurance coverage is more likely not to undergo to MRI, but those who do, performs it in less time that those patients without health insurance coverage. Regarding the temporal dimension of accessibility on the group that underwent to MRI, can be verified that in more than a half, the procedure is performed in more time than the maximum established for each level of time prioritization. On the other hand, the results concerning to requesting specialty, it was observed that patients from traumatology service have more chances to underwent to MRI in an inadequate time, whereas patients from oncology and gynecology have more chances to underwent to MRI in an adequate time.

Key words: Accessibility to health services – biomedical technology – outpatient care

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la problemática del acceso a la alta tecnología de diagnóstico por imágenes en particular Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en el marco del sistema público de salud de la Municipalidad de Rosario y en particular en el ámbito del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). El interés en este abordaje radica en la importancia de producir conocimiento respecto de las trayectorias realizadas por los pacientes atendidos en el sistema de salud público en

el proceso de búsqueda de atención especializada y utilización de tecnología diagnóstica de alta complejidad a fin de identificar obstáculos y facilitadores en el acceso a estudios de alta tecnología sanitaria diagnóstica y analizarlos a la luz de los lineamientos político-sanitarios de integralidad, equidad y universalidad sostenidos por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (SSP-MR), en el marco de la constitución actual del sistema sanitario nacional. Por este medio se busca efectuar contribuciones concretas que permitan visibilizar nudos críticos en el proceso de atención de pacientes ambulatorios al momento de acceder a niveles mayores de complejidad dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como así también considerar posibles mecanismos tendientes a su superación.

CONTEXTO

En sistemas de Salud como el de Argentina la característica dominante de coexistencia de establecimientos de salud sin una planificación y programación coordinada, tanto entre los subsectores público, privado y de la seguridad social, como hacia el interior de cada uno de ellos, trae como consecuencia la fragmentación de la atención generando, además de ineficiencia en el uso de recursos y duplicación de la atención, importantes limitaciones a la hora de garantizar la continuidad de atención, entendiendo a la misma como la asistencia a un problema determinado de salud de un usuario en todos los niveles del sistema sanitario que requiera(1), lo que incluye el acceso a tecnología de alta complejidad tanto para procedimientos diagnósticos como para la realización de tratamientos.

En el municipio de Rosario el sistema público de salud está constituido por efectores que corresponden a diferentes dependencias administrativas: provincial y municipal. Ambas administraciones reconocen como marco político-sanitario la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En lo que atañe al Subsector público municipal, la Secretaría de Salud Pública de Rosario implementó en el año 2003, el Proyecto de Adscripción de Ciudadanos a través de Equipos de Referencia (a); con el objetivo de garantizar equidad en el acceso a los niveles de mayor complejidad. En dicho proyecto se privilegió el primer nivel de atención como puerta de entrada y nivel de referencia de los pacientes. Es así que en la actualidad la red de salud municipal está conformada por efectores que se organizan en tres niveles de aten-

ción, según la especialización técnica y complejidad tecnológica que poseen para la atención de los problemas de salud/enfermedad de la población. El primer nivel de atención que se propone como puerta de entrada al sistema y sitio de atención de problemas de salud/enfermedad prevalentes está constituido por 51 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos estratégicamente en todo el municipio, organizados distritalmente y coordinados por la Dirección de Centros de Salud (b). El segundo nivel de atención contempla consultas médicas y prácticas especializadas. Está constituido por: tres hospitales que cuentan con internación, un servicio de Internación Domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación (ILAR) y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) efector dedicado exclusivamente a la atención de pacientes adultos que nuclea consultorios externos especializados que anteriormente a su creación funcionaban en el Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Ivarez". El tercer nivel que concentra la mayor sub-especialización técnica profesional y la alta complejidad tecnológica está constituido por el Hospital de Niños "Vctor J. Vilela" (HNVJV) y el Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Ivarez" (HECA). Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

CEMAR: Lógica organizacional

Estructura: El CEMAR -institución donde ancla la presente investigación- constituye en la red de servicios, el efector de segundo nivel con mayor número de consultas médicas especializadas (c). En el año 2012, se realizaron 67286 consultas a las distintas especialidades que allí se concentran. Cuenta además con servicio de odontología, cirugía ambulatoria, kinesioterapia, rehabilitación y un servicio de diagnóstico por imágenes en el que se realizan radiografías, ecografías y senografías.

Distritalización: Las derivaciones que recibe este efector provienen de todos los distritos de la ciudad dada la diversidad de especialidades que concentra. Al interior del CEMAR los profesionales tienen distritos de atención asignados, a fin de favorecer el intercambio distrital con los equipos de los CAPS.

Asignación de turnos: Debido a que es un efector dedicado a la consulta ambulatoria que no cuenta

con consulta de guardia ni de demanda espontánea, todas las atenciones deberán realizarse con turno previamente asignado. Esta lógica pretende mejorar la atención de la población favoreciendo la distribución de horas de consultorio, como así también la disponibilidad de historias clínicas en tiempo y forma para el momento de la consulta.

La asignación de turnos para los pacientes derivados desde el primer nivel se realiza telefónicamente a los CAPS, de modo que el paciente concurre a la consulta con su turno asignado. Para el caso de pacientes recitados en el CEMAR se les puede asignar turno desde el CAPS o en el propio CEMAR. Finalmente, las derivaciones del tercer nivel de atención pueden provenir de atenciones de guardia o de externalizaciones y se gestionan los turnos desde el HECA al momento del alta. En teoría no se otorgan turnos a pacientes que soliciten espontáneamente una consulta especializada, modalidad histórica en la atención sanitaria y que aún persiste con fuerte vigencia en el subsector privado. De hecho, la organización actual del sistema de salud municipal, tiende a desalentar esta modalidad de acceso a la atención especializada, por considerar que atenta contra la equidad en el acceso y en muchos casos produce efectos de fragmentación impactando en la integralidad de los procesos de atención. Sin embargo algunos pacientes acceden de este modo, facilitado muchas veces por circuitos informales.

En los hechos se constatan también atenciones a pacientes que acceden sin turno asignado. Esta situación puede afectar también la continuidad de atención dado que no sólo no quedan registradas en el sistema de registro informático, sino que muchas veces tampoco quedan registradas en la historia clínica.

ACCESO A ALTA COMPLEJIDAD

Los pacientes atendidos en CEMAR tienen garantizado el acceso a estudios de diagnósticos por imágenes de baja/mediana complejidad (radiografías, ecografías) que sean solicitados en la consulta. En aquellos casos en que el paciente requiera un estudio de imágenes de alta complejidad, tal como la Resonancia Magnética entre otras, la misma es autorizada solo en el caso de tratarse de pacientes carentes de cobertura social, efectivizándose el estudio en un Resonador propio de la red municipal. Por el contrario, si se trata de pacientes con cobertura social, es tarea del área de Auditoría gestionar la derivación a

su Obra Social correspondiente (d). Esta restricción se debe fundamentalmente a la necesidad de racionalizar el uso de la tecnología existente considerando no solo los costos que esta prestación representa para el sistema público de salud y que la posibilidad de que el Estado recupere económicamente las prestaciones realizadas a personas con cobertura de obra social no ha sido de las experiencias más exitosas en nuestro medio (2), sino también a la necesidad de priorizar a la población sin cobertura a fin de poder realizarlos en tiempo y forma. La práctica demuestra que se desencadenan diversas posibilidades de recorridos a la hora de gestionar, el paciente o sus familiares, su atención en la obra social para la realización de la Resonancia Magnética. Puede acontecer que estos pacientes desconozcan tener cobertura de obra social, que estando en conocimiento de tenerla, no se hayan afiliado a ella o no puedan afrontar los costos de los co-seguros, situaciones todas estas que hacen peligrar la continuidad de su atención, al intentar derivarlos a su obra social para efectivizar dichos estudios.

Por otro lado, si se centra la mirada en aquellos pacientes usuarios del sistema público de salud carentes de cobertura, también podrán encontrarse diferentes perfiles en el acceso a la Resonancia Magnética dependiendo de factores organizacionales que involucran:

- el nivel desde el cual se derivó al paciente al especialista que solicita el estudio,
- si la consulta con el especialista se realizó con turno asignado previamente o sin turno,
- la condición de estar adscripto o no al primer nivel de atención y
- la especialidad que solicita el estudio entre otros.

MARCO TEÓRICO

Acceso, accesibilidad, utilización de los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud es una cualidad de la calidad de atención referida a la interacción entre la población con necesidades de salud y el sistema de salud (3). Esta interacción se da en un contexto en el que las políticas públicas constituyen un factor de peso tanto en las condiciones socio-sanitarias de la población, como así también en la configuración de la oferta de servicios del sistema de salud de que se trate (4). Se trata de un término polisémico, en tanto su empleo puede referir tanto

a un aspecto del sistema de salud que posibilita u obstaculiza que las personas lleguen a los servicios necesarios para que se pueda establecer un primer contacto (5), como así también al acceso real a los servicios y a la utilización de los mismos (6,7). En términos generales existe coincidencia en considerar que el acceso y utilización de los servicios de salud está determinado por un lado por la oferta de servicios de salud en cuanto a las características de recursos específicos y organizacionales; y por otro lado por las características de la población a la que está asignado en términos demográficos, socioeconómicos, culturales y a las necesidades de salud. (3,4,7).

Ya desde Alma Ata se establece la diferencia entre accesibilidad y cobertura por considerar que este término delimita la existencia de servicios sanitarios en relación con cantidad de población, y el aprovechamiento de los servicios depende de que sean accesibles, considerando los patrones de utilización como un indicador de accesibilidad (7 p.67-68).

Las dimensiones clásicas aplicadas a accesibilidad a la atención en salud, geográfica, económica, socioculturales y funcionales u organizacionales (7) se han ido redefiniendo y profundizando. Particularmente el documento de OPS Renovación de Atención Primaria en las Américas señala la necesidad de trabajar con una perspectiva intercultural y de género la provisión de servicios de salud y como así también la responsabilidad de detectar barreras culturales, económicas, institucionales y legales que impidan que determinados grupos socioeconómicos de la población puedan acceder a la utilización de los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (8). La no discriminación y el acceso a la información son dimensiones incluidas desde la perspectiva del derecho a la salud por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas como variables a tener en cuenta para garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a todas las personas (9).

La atención en salud constituye según Mario Testa una serie de acciones específicas, concatenadas, con diferente grado de agregación, teniendo como punto de partida las necesidades de las personas como demandas actuales o potenciales (10 p.183). Este proceso que comprende tanto el primer contacto de un usuario con los servicios de salud en el momento de búsqueda de resolución de sus necesidades, como así también los caminos recorridos por él en el sistema en busca de la resolución de esa

necesidad es definido por Jesus W y Assis M como acceso (6). Estos autores retoman el desarrollo de Giovanella y Fleury respecto a las dimensiones de acceso, que incluyen aspectos mencionados por otros autores como localización de los servicios, disponibilidad, modos de organización y costos económicos pero desde una mirada que entiende que el acceso a los servicios de salud implica una relación entre el conjunto de obstáculos en la búsqueda de la atención de la salud y la capacidad de la población para superarlos (11). Es necesario destacar que la accesibilidad no constituye una característica propia del primer nivel de atención, en tanto todos los niveles de servicios deben estar accesibles, reconociendo que los requisitos son diferentes para el primer nivel de atención, en tanto constituye la puerta de entrada a los servicios de salud, que para los niveles de mayor complejidad (5).

Proceso de atención: Coordinación asistencial y continuidad de la atención

La trayectoria por los circuitos de atención, tanto si requiere del pasaje de un paciente por distintos niveles de complejidad, como si requiere del involucramiento de diferentes efectores de salud, plantea como riesgo frecuente la fragmentación en los procesos de atención. Se entiende por fragmentación la existencia simultánea de unidades o establecimientos de salud en un sistema de salud que operan de manera no integrada (8). Esta característica del sistema de salud se manifiesta en la falta de coordinación y comunicación entre los servicios de salud y entre niveles de atención generando duplicación de oferta de atención de salud, ineficiente utilización de recursos en algunos casos, provisión de la atención en el lugar menos apropiado -como es el caso de atenciones en guardias hospitalarias de problemas que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención- y una distribución territorial de los efectores que podría resultar inequitativa al no contemplar las características, distribución y necesidades de salud poblacionales (características socio-demográficas, población urbana o rural, estrategias de reproducción social, etc.).

Las consecuencias de la fragmentación del sistema de salud se traducen en falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad de atención ya sea por demanda de atención que no obtiene respuesta, conocida como demanda insatisfecha, por la prolongación de tiempo para obtener un turno, por la existencia de listas de espera, por la realización tardía de derivacio-

nes como así también por la entrega de servicios con enfoques programáticos reducidos (programas verticales). Otras consecuencias de importancia atribuibles a la fragmentación (entre otros factores) aluden a la menor posibilidad de contar con un equipo o institución de referencia en el primer nivel de atención, y a la trayectoria de pacientes que para solucionar un único episodio de salud debieron realizar múltiples consultas para su atención con diversos prestadores y a la inexistencia de transferencia de información clínica entre niveles de atención o entre diferentes prestadores (12).

Esta problemática, que comparte Argentina con otros países de Latinoamérica, es tratada en la literatura sanitaria por diversos autores que desarrollan conceptos como coordinación asistencial entre niveles de atención y continuidad de atención. Se trata de desarrollos teóricos que tienen como horizonte profundizar en mecanismos que promuevan la atención integral (12,13,14,15). Tanto el concepto de coordinación asistencial entre niveles de atención como el de continuidad asistencial aluden a la lógica de atención como un continuo para el paciente. La coordinación asistencial refiere a la articulación desde la gestión, de los servicios que requiere sucesivamente el paciente para la atención de un mismo problema de salud, y es definida por Terraza Nuñez y otros como "la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos" (13 p.486). La atención integrada ser a para estos autores, el punto máximo de coordinación asistencial. La continuidad asistencial refiere al resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como "el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo" (13 p.486).

En función de lo descripto hasta el momento es necesario señalar que, si bien la conexión de servicios sanitarios a través de la transferencia de información y la sincronización de los servicios son condiciones necesarias para que la atención se brinde en el momento y el lugar adecuados, es indispensable como elemento previo a la coordinación asistencial la existencia de un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes (13). En términos de la macrogestión se trata de la definición de los lineamientos político-sanitarios para todo el sistema sanitario, en términos de la me-

sogestión, la definición de lógicas organizacionales institucionales acordes con dichos lineamientos, y finalmente en términos de la microgestión se trata de la construcción de un proyecto diagnóstico/terapéutico en el sentido en que lo propone Wagner de Sousa Campos al referirse a la función de los profesionales de referencia de un paciente (16). Según este autor dichos profesionales serían responsables de la construcción de un proyecto terapéutico individual una vez arribado a un diagnóstico, considerando al paciente como sujeto y ya no como objeto de intervención y apelando para el desarrollo de dicho proyecto a herramientas de intervención que exceden largamente las de la clínica tradicional.

En lo que respecta al cumplimiento de circuitos organizacionales coordinados y normatizados, Mario Testa sostiene que podrá dar respuesta eficaz y eficiente al acceso y a la atención de la población, considerando que dicha normatización tenga el eje puesto en las necesidades de los pacientes y no sólo en las necesidades organizacionales de los servicios. Vale decir que el cumplimiento de normas organizacionales favorecerá el acceso y atención eficiente; de hecho la ausencia de reglas podrá también atentar contra las posibilidades de atención de ese paciente. Sin embargo, atendiendo a la complejidad de los problemas de salud, reconoce la necesidad de considerar situaciones que requieran circuitos singulares que exceden las posibilidades de esa normatización (10).

En todos los casos, la integración de los servicios de salud aparece como una propuesta para superar los resultados deletéreos de la fragmentación a través de una oferta de servicios organizados de tal forma que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, acorde a sus necesidades a lo largo del tiempo (12).

En el marco de esta perspectiva se considera que la presente investigación, cuyo foco está puesto en indagar en torno al acceso a estudios de alta complejidad -lo que involucra intervenciones de diferentes unidades asistenciales, y pasaje de pacientes a través de diferentes niveles de complejidad- puede constituir una aproximación para valorar la eficacia de la red de servicios en términos de integración y coordinación asistencial.

Tecnología Sanitaria. Resonancia Magnética

La atención sanitaria ha estado marcada a partir del siglo XX por el desarrollo científico-tecnológico traducido concretamente en productos como medi-

camentos, vacunas, implantes, instrumental, ortopedias y aparatología tendiente a mejorar los procedimientos clínicos de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación, de atención sanitaria y de promoción de la salud dirigidos a la población. Denominadas por Merhy tecnologías duras (17 pp.65-66), constituyen conjuntamente con los dispositivos organizacionales de los servicios de salud el campo de las llamadas tecnologías sanitarias. Al respecto, Mario Testa señala en su libro *Pensar en salud* (18 pp 171-172) que la forma organizativa no sólo es parte de la tecnología, sino que es la que da significación social a la misma, por constituir en conjunto el proceso de trabajo.

En lo que hace al campo del diagnóstico por imágenes, la radiología, la ecografía, la tomografía computada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) constituyen en la actualidad un pilar de la práctica clínica en la atención de la salud de la población.

En particular la Resonancia Magnética Nuclear constituye una tecnología desarrollada a partir de investigaciones en el campo de la física fundamentalmente durante la década del 70 que le valiera en el año 2003 el otorgamiento del premio Nobel de fisiología y medicina al estadounidense Paul Lauterbur y al británico sir Peter Mansfield, quienes con sus desarrollos investigativos permiten la aplicación de la técnica de la resonancia al campo de la clínica médica. (19) Constituye una metodología diagnóstica que ha evidenciado ventajas importantes respecto de las tecnologías de imágenes utilizadas hasta su aparición, entre las que se destaca la tomografía computada. En efecto, resulta valiosa su capacidad de generar imágenes tomográficas del cuerpo sin el uso de radiación ionizante; permite obtener imágenes múltiples planos sin necesidad de mover al paciente alcanzando altos niveles de resolución por contraste sin inyección de agentes radiológicos iodados de contraste.

Se trata de una tecnología de alta aplicabilidad en el campo de la neurología y de la traumatología. De hecho, constituye el método de elección para caracterizar tamaño, contornos y extensión de tumores primarios y secundarios de Sistema Nervioso Central. También ha evidenciado utilidad en la identificación de lesiones isquémicas precoces y malformaciones vasculares, esclerosis múltiple y trastornos de mielinización, lesiones estructurales en lóbulos temporales en pacientes con epilepsia parcial compleja, etc. Por otra parte es el método de elección para el estudio no invasivo de columna vertebral y tiene especial

utilidad en el estudio no invasivo del sistema articular (desgarros meniscales, traumas de tejidos blandos, osteocondritis disecante, etc. en rodilla; desgarros degenerativos del manguito rotador en hombro; necrosis vascular y displasias acetabulares en cadera). Se reconocen también algunas aplicaciones específicas en patologías abdomino-pélvicas, considerándose de alto valor para la estadificación de procesos malignos. (20,21)

Por lo tanto, el acceso efectivo a esta tecnología, configura un momento clave en el proceso de atención de tal modo que su interrupción o interferencia producida por ejemplo por prolongación de tiempos en el acceso a la misma o por cambio de la institución de salud de referencia puede reportar consecuencias perjudiciales para la salud del paciente al que le ha sido solicitado.

OBJETIVOS

General

- Caracterizar la accesibilidad de pacientes ambulatorios atendidos durante el periodo comprendido entre julio de 2011 y junio 2012 a estudios de RNM prescritos por especialistas del CEMAR y autorizados por el área de Auditoría y su relación con la condición de cobertura por obra social y servicio solicitante.

Específicos

- Describir perfil de pacientes que requirieron RNM según: características sociodemográficas (edad; sexo; pertenencia distrital del domicilio) y socio-sanitarias (cobertura de Obra Social y diagnóstico que motiva la solicitud).
- Describir factores socio-organizacionales involucrados en los circuitos de acceso a los estudios (adscripción en el primer nivel de atención, nivel de atención que solicita turno con especialista, servicio que solicita el estudio, criterios de prioridad/urgencia, intervenciones realizadas desde auditoría).
- Establecer para este grupo de pacientes condiciones de accesibilidad en términos de utilización, accesibilidad temporal y organizacional.
- Comparar condiciones de accesibilidad a RNM según servicio solicitante.
- Comparar condiciones de accesibilidad a RNM en pacientes con y sin obra social.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La orientación general de la estrategia metodológica

se enmarca en la metodología cuantitativa, mediante un diseño observacional, descriptivo, transversal. El universo estuvo constituido por pacientes del sistema público de salud municipal con prescripciones autorizadas desde el área de Auditoría del CEMAR para la realización de RNM durante el periodo julio de 2011 a junio de 2012. Se estratificó en función de la variable tenencia de obra social, configurándose así dos grupos de pacientes: con y sin obra social; y según el servicio solicitante.

Se trabajó a partir de fuentes secundarias, específicamente cada una de las solicitudes de estudios de alta complejidad que se reciben en el área de Auditoría del CEMAR. Dichas solicitudes son codificadas y cargadas en una Base de Datos correspondiente al Sistema Informático de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (Datatech) reuniendo la siguiente información: fecha de prescripción- sexo- edad- domicilio- adscripción al primer nivel de atención- nivel de atención que deriva al especialista- servicio solicitante- diagnóstico que motiva el pedido- obra social- efectivización del estudio- fecha de realización del estudio - intervenciones de auditoría. Se obtuvo además información de listados de estudios realizados, confeccionados por el área de diagnóstico por imágenes del HECA.

Se consideraron como variables: Perfil del paciente, que alude a características socio-demográficas clásicas tales como sexo, edad, distrito donde se ubica el domicilio y características socio-sanitarias tales como diagnóstico que motiva la solicitud del pedido y tenencia de Obra Social; Factores socio-organizacionales del sistema de salud, que considera aspectos de la oferta de servicios de salud que podrán actuar como favorecedores u obstaculizadores del acceso a los estudios (adscripción a 1er nivel de atención, nivel de complejidad que deriva al especialista, servicio solicitante, criterio de urgencia, intervenciones realizadas desde el área de auditoría del CEMAR para la gestión del estudio); Accesibilidad a estudios de alta complejidad (RNM), que refiere a la posibilidad concreta de un usuario del sistema de salud pública municipal de realizarse un estudio de alta complejidad sin una demora temporal que exceda 30 días para estudios solicitados sin criterio de urgencia, 20 días para solicitudes priorizadas y 10 días para solicitudes con criterio de urgencia.

Los datos recolectados fueron codificados y cargados en una planilla de Microsoft Excel 2010, para su posterior procesamiento y análisis con los

programas estadísticos SPSS (versión 11.5) y SAS (versión 9.1). Para el análisis específico de los datos, se trabajó con variables cualitativas, estableciendo frecuencias y porcentajes. Se evaluó la asociación entre variables correspondientes a perfil de pacientes, accesibilidad y las correspondientes a factores organizacionales. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango, mínimos y máximos). Se dividió a la población en dos estratos según contasen o no cobertura de obra social. Se identificó, para cada estrato: edad, sexo, distrito, descripción, nivel de atención que deriva al especialista, servicio solicitante y diagnósticos. En cada estrato se estableció el porcentaje que efectivizó el estudio y el que no lo efectivizó, estimando para el caso de los que lo efectivizaron el tiempo promedio de demora para la realización. En relación al lugar de realización se consideró para cada estrato si se realizó en el sector público o privado. Para realizar las comparaciones entre variables se calculó la razón de

prevalencia (RP) para valorar la existencia de asociación y su magnitud. Se aplicaron los siguientes tests estadísticos: Chi-cuadrado de Pearson, T-Student y análisis de la variancia. En todos los casos se utilizó un nivel de significación del 5% ($=0,05$). Para la descripción gráfica de las variables se utilizaron histogramas, gráficos de sectores, barras y box plots.

Se construyó un índice de accesibilidad/utilización seleccionando los siguientes indicadores:

- **Adecuación temporal:** construida a partir de relación entre las variables tiempo entre la prescripción y la realización del estudio en días y priorización. Se asignó 10 puntos a tiempo adecuado que corresponde a la realización del estudio en un plazo menor o igual al establecido para cada priorización; se establecieron 8 puntos para moderadamente inadecuado, considerándose como límite máximo un 50 % más del tiempo estipulado para la realización. Finalmente se consideró tiempo excesivamente inadecuado con un puntaje de 6, a aquellos cuya realización excediera el límite del 50 % más del tiempo estipulado. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Escala de Adecuación temporal en la realización de RMN según priorización

Tiempo entre la prescripción y la realización			
Priorización	Adecuado (10 pts.)	Moderadamente inadecuado (8 pts.)	Excesivamente inadecuado (6 pts.)
Urgentes	Menor o igual a 10 días	Entre 11 y 15 días	16 días o más
Priorizadas	Menor o igual a 20 días	Entre 21 y 30 días	31 días o más
Sin priorizar	Menor o igual a 30 días	Entre 31 y 45 días	45 días o más

Fuente: Elaboración propia

- **Condición de Descripción:** Se consideraron para esta variable dos puntajes:
 Adscripto: 6 puntos
 No adscripto: 5 puntos
- **Tipo de Intervenciones:** Se trata de acciones realizadas desde auditoría con el objetivo de gestionar la viabilidad para la realización de los estudios. Se otorgó mayor puntaje a aquellos casos en los que no se realizó ninguna intervención, y puntajes decrecientes de acuerdo con la complejidad/multiplicidad de intervenciones implementadas desde auditoría considerando que existe una relación entre la cantidad y tipo de intervenciones realizadas y el grado de obstáculo para el acceso a los estudios.
- Sin intervención
- Relevamiento de información filiatoria y socio-

sanitaria con paciente o familiar

- Auditoría de historia clínica
- Derivación a Obra Social
- Interconsulta con prescriptor y/o con CAPS
- Intervención especial con Obra Social

De la combinatoria de las tres variables recién descritas (Adecuación temporal; condición de descripción y tipo de intervenciones) deriva el siguiente índice de accesibilidad: (Cuadro 2)

Se aplicó el índice de accesibilidad considerando el estrato de pacientes con y sin obra social, y los servicios prescriptores. Para valorar las asociaciones estadísticas se consideraron las frecuencias acumuladas en el valor Accesibilidad Adecuada versus el resto.

Cuadro 2. Índice de accesibilidad

Accesibilidad	Puntaje
Adecuada	21 23 pts.
Escasamente inadecuada	18 20 pts.
Moderadamente inadecuada	15 17 pts.
Inadecuada	12 14 pts.

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

La información obtenida corresponde a 1006 pacientes atendidos en consultorios externos del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) en el período comprendido entre julio de 2011 y junio de 2012, a quienes se les solicitaron estudios de Resonancia Magnética Nuclear. Se excluyeron 5 pacientes con edades comprendidas entre los 9 y los 12 años que quedan fuera de los objetivos de este estudio, resultando así una población de 1001 pacientes.

Características sociodemográficas

De la población estudiada un 58,8% (589) de los pacientes correspondió al sexo femenino y un 41,2% (412) al sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de $41 \pm 14,3$ con una edad mínima de 13 años y una edad máxima de 82 años.

Teniendo en cuenta el lugar de residencia de los pacientes se encontró que el 97,6% (982) pertenecían a la localidad de Rosario mientras que el 2,4% (24) a otras localidades. Analizando la distribución distrital en el grupo de 978 pacientes que residen en la ciudad de Rosario, se encontró que el mayor porcentaje correspondía al Distrito Sudoeste, dato atribuible al hecho de que el CEMAR constituye el principal centro de derivación de los doce CAPS de ese Distrito. Si bien en el caso del Distrito Centro también se cumple esta condición, solo se cuenta allí con un CAPS.

Considerando la condición de cobertura social, se encontró que el 89,9% (904) de los pacientes atendidos carecen de obra social mientras que el 10,1% (102) cuenta con ella.

También se indagó específicamente la obra social de pertenencia para las 102 personas que poseen cobertura, encontrándose que los porcentajes más altos corresponden a PAMI con un 22,5% (23), OSPECOM con un 14,7% (15) y OSEAC con un 11,8% (12).

Características socio-organizacionales

La adscripción al primer nivel de atención constituye uno de los objetivos del sistema de salud en el marco de la estrategia de atención primaria. Concebida como el vínculo estable entre los usuarios y un equipo profesional correspondiente al primer nivel de atención, la adscripción configura un eje fundamental orientado a garantizar equidad en el acceso a los niveles de mayor complejidad del sistema de atención.

Al respecto, se encontró que el 83,2% (833/1001) de la población en estudio estaba adscrita y el 16,8% (168/1001) no lo estaba. Se indagó además respecto del tipo de efectores al que se encontraban adscriptos los pacientes, hallándose que el 91,1% (759/833) estaban adscriptos a equipos de referencia de CAPS y el 8,9% (74/833) en el primer nivel hospitalario. Cabe consignar que la adscripción al primer nivel hospitalario supone una referencia estable con un médico en particular del efector, a diferencia del dispositivo de adscripción en CAPS que supone la vinculación con un equipo de referencia constituido a punto de partida de las necesidades de salud del paciente, con el objetivo de garantizar una perspectiva integral en los procesos de atención. En efecto, además de los integrantes nucleares de estos equipos (médico y enfermero como profesionales responsables) y en función de las necesidades del proyecto terapéutico pueden incorporarse a la estrategia otros trabajadores del CAPS como psicólogos, trabajadores sociales, farmacéuticos, administrativos, etc.

Se consideró en particular la relación entre la localidad de residencia del paciente y su condición de adscrito al sistema, encontrándose que para el caso de Rosario alrededor de un 15% (149/978) de pacientes no se encontraban adscriptos. Con respecto a los pacientes adscriptos de otras localidades (4 pacientes), se trata en general de usuarios de locali-

dades lindantes que conforman el Gran Rosario y que pueden tener como referente de atención Centros de Salud cercanos de la ciudad de Rosario.

En particular, para los pacientes de la ciudad de Rosario (978) se analizó la relación entre el distrito de pertenencia de los pacientes y la condición de adscripción, encontrándose que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,18$, Test Chi cuadrado). El porcentaje más alto de pacientes tanto para el grupo de adscriptos (829/978) como de no adscriptos (149/978), corresponde al Distrito Sudoeste (24,7% y 24,2% respectivamente) seguido por el Distrito Oeste (18,0% y 18,8%). Se mantiene en ambos casos conjuntamente con el Distrito Sur (24,7 y 24,2%), similar proporción de pacientes en ambos grupos. Un mayor porcentaje en el grupo de adscriptos en relación con los no adscriptos presentaron los Distritos Norte (12,9% y 7,4%) y Noroeste (17,1% y 12,8%). Por el contrario, para el caso del Distrito Centro, resulta llamativo que el porcentaje relativo de pacientes no adscriptos (20%) duplica al de adscriptos (10,9%).

En relación a la condición de adscripción y la cobertura por obra social, un 74,5 % de los pacientes que cuentan con obra social (76/102) se encuentran adscriptos al sistema de salud en el primer nivel de atención, dado que la atención en el primer nivel no se encuentra restringida para personas con cobertura social, y un 25,5% (26/102) cuenta con cobertura y no está adscripto al sistema accediendo directamente a la consulta especializada. Del grupo de pacientes sin obra social, un 15,8 % (142/899) no se encuentra adscripto al sistema. Respecto del origen de la derivación a la consulta especializada en el CEMAR para este grupo de pacientes, se encontró que 71/142 provienen del 3er nivel HECA, 46/142 de consultorios de 2º nivel, 12/142 de CAPS provinciales y 13/142 por otro efector. Sería necesario profundizar en el estudio y conocimiento de las características de este grupo en particular dado que podría tratarse de situaciones de inaccesibilidad al primer nivel de atención de grupos vulnerables, de pacientes que provienen de otras localidades o que siendo de Rosario tienen su atención en el primer nivel en efectores provinciales, o bien de pacientes usuarios del circuito privado de atención médica.

En lo que refiere a los Servicios que solicitaron estudios de resonancia, se encontró que el mayor porcentaje de solicitudes correspondieron al Servicio de Traumatología (47,6%), 476/1001 seguido por

Neurología 23,9 % 239/1001, concentrando entre ambos alrededor del 70 % de las prescripciones. Les siguen en orden de frecuencia Cirugía con 13,6 %; Oncología 6,2%; Ginecología 4,7% y Otros 4 % [Incluye urología (18), otorrinolaringología (7), gastroenterología (7), reumatología (5), endocrinología (2), oftalmología (1) y flebología (1)]

Con respecto a los diagnósticos registrados en las solicitudes de RNM, cabe señalar que dicho registro es en general de baja exhaustividad, enunciado de modo muy general y no según la codificación de CIE10. Este sistema clasificatorio es el utilizado por la Dirección de Estadística de Salud para la carga de datos, razón por la que la información cargada en la base de datos resulta de la interpretación del diagnóstico planteado en el registro y traducido por quienes realizan la carga de datos.

A los fines del presente estudio se partió de 236 categorías diagnósticas encontradas en la base de datos que fueron reagrupadas según regímenes anatómica explorada, siguiendo criterios similares a los encontrados en estudios antecedentes sobre el tema (22) (Tabla 1)

La distribución de diagnóstico topográfico según Servicio Solicitante, se corresponden con la especificidad del Servicio; 66,4% a SNC para el 100% de Neurología, 98% a Columna y Aparato Locomotor para el total de Traumatología y 71,7% a Abdomen y pelvis para Ginecología.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se muestra la distribución de pacientes con y sin cobertura social según servicio solicitante. En base a la evidencia encontrada se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas entre el servicio solicitante y la cobertura por Obra Social. ($p=0,02$) Así existe un 71% más chance de que los pacientes del Servicio de Traumatología tengan cobertura social en comparación con el resto de los servicios. (RP: 1,71: 1.17-2.49 – Int. Confianza 95%)

Analizando la relación entre el Servicio que solicitó las Resonancias y la condición de adscripción de los pacientes, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0,001$). Así, los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Traumatología, tienen un 84% más de probabilidades de no estar adscriptos al sistema de salud en comparación con los otros servicios. (RP= 1.84: 1.38-2.45) (Tabla 3)

En la organización del sistema de atención, la circulación o derivación entre el primer, segundo y

Tabla 1. Distribución de frecuencias según diagnóstico previo o presunto

Diagnóstico	Frecuencia	%
Problemas del Aparato locomotor: incluye: Traumatismos de miembros, trastornos de los tendones, artropatías, trastornos musculares y de sistema nervioso periférico.	360	36,0%
Problemas de la Columna vertebral dorsalgia, lumbalgia, escoliosis discopatía, radiculopatía y trastornos de los plexos nerviosos.	297	29,7%
Problemas del Sistema Nervioso Central que incluye: cefalea, migraña, enfermedades cerebrovasculares, tumores benignos y malignos, mareos, convulsiones, epilepsia, trastornos mentales, parálisis cerebral, trastornos extrapiramidales, otros trastornos del sistema nervioso central y otros trastornos del encéfalo.	193	19,4%
Problemas de Abdomen y pelvis que incluye: litiasis urinaria, tumores de órganos genitales femeninos y masculinos, tumores de órganos del aparato digestivo, malformaciones congénitas del tórax y renales	73	7,3%
Problemas de Tórax que incluye: tumores malignos mamarios y tumores benignos y malignos de bronquios y pulmones.	20	2,0%
Problemas de Cabeza y cuello (excluye columna cervical) que incluye tumores benignos y malignos de esta región, y enfermedades del oído.	16	1,6%
Otros que incluye: malformaciones congénitas, tumoraciones benignas y malignas sin especificar sitio, trastornos metabólicos y hallazgos anormales en estudios de diagnóstico por imágenes.	19	1,9%
Mal definidos incluyeron todas aquellas solicitudes cargadas como "Consulta y fichado" y que remiten a prescripciones en las que no se puede inferir un diagnóstico, ya sea por la insuficiencia de datos o bien porque la letra resulta incomprensible.	21	2,1%
Total	999	100

Nota: 2 registros sin información

tercer nivel de atención se encuentra normatizado. El acceso a consultas con especialistas de segundo nivel siempre debe realizarse con un turno programado y provenir de un efector municipal.

Se consideró la distribución de pacientes según hayan asistido a la consulta con el especialista con un turno asignado previamente o sin turno. Se encontró que casi el 95% de los pacientes accedió a la consulta especializada con turnos

previamente asignados.

Se analizó en particular la distribución de pacientes según tuvieran turnos asignados o no para la consulta en el Servicio en que se originó la solicitud de RNM, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,025$). Así, el Servicio de Traumatología tiene 155% más de probabilidades de que los pacientes consultantes lleguen sin turno asignado que en el caso del resto de los servicios. (RP= 2.55: 1.44-4.52)

Tabla 2. Servicio solicitante y cobertura de Obra social

Servicio Solicitante	Obra Social		
		sin obra social	con obra social
TRAUMATOLOGÍA	n	414	62
	%	46,1%	60,8%
NEUROLOGÍA	n	225	14
	%	25,0%	13,8%
CIRUGÍA	n	120	16
	%	13,3%	15,7%
ONCOLOGÍA	n	59	3
	%	6,6%	2,9%
GINECOLOGÍA	n	45	2
	%	5,0%	1,9%
OTROS	n	36	5
	%	4,0%	4,9%
Total	n	899	102
	%	100%	100%

Tabla 3. Servicio solicitante y Adscripción

Servicio Solicitante	Adscripción		
		No adscripto	Si adscripto
TRAUMATOLOGÍA	n	105	371
	%	62,5%	44,5%
NEUROLOGÍA	n	18	221
	%	10,7%	26,5%
CIRUGÍA	n	27	109
	%	16,1%	13.1%
ONCOLOGÍA	n	11	51
	%	6,6%	6.1%
GINECOLOGÍA	n	6	41
	%	3,6%	5,0%
OTRAS	n	1	40
	%	0,5%	4,8%
TOTAL	n	168	833
	%	100%	100%

Se analizó además la relación entre el nivel de derivación del que provienen los pacientes y la condición de adscripción de los mismos encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el

nivel de atención que deriva y la condición de adscripto ($p < 0,0001$, Test Irwin Fisher).

De este modo, puede observarse que el mayor peso relativo en el grupo de no adscriptos, corresponde a derivaciones realizadas desde el tercer nivel acumulando un porcentaje del 50.6%, siguiendo en orden de frecuencia el segundo nivel de atención con un 31%, y finalmente el primer nivel con un 8,3% del total. Un pequeño número de no adscriptos proviene de otras derivaciones constituyendo el 10.1%.

La distribución de porcentajes al interior de los estratos con y sin obra social muestra un incremento en el porcentaje pacientes derivados del tercer nivel con obra social (19,7 %) en relación con el porcentaje de pacientes derivados por ese mismo nivel sin cobertura de obra social (15,4 %), comportamiento que se observa también en el grupo derivado de otros efectores no especificados que crece de un 3,2 a un 4,9%. Por el contrario, tanto el segundo nivel como el primer nivel, presentan porcentajes decrecientes entre los estratos sin y con obra social siendo de 31.7 % a 29.4 % y de 29.8 % a 46 % respectivamente.

Se analizó además la variable Intervenciones de auditoría que remite a las diversas estrategias implementadas desde dicha área para garantizar la realización de los estudios. Se consideran allí intervenciones desarrolladas al interior de la propia red de servicios incluyendo la comunicación con los médicos prescriptores, la comunicación con los Centros de Salud de referencia de los pacientes y la revisión de Historias Clínicas; intervenciones que involucran la comunicación directa con el paciente o familiar para completar o ampliar información referida a la situación clínica de los mismos, como así también a temas referidos a la cobertura por obra social y recursos con que cuentan los pacientes y grupo de pertenencia para gestionar el estudio. Finalmente, las denominadas intervenciones intersectoriales aluden a gestiones realizadas ante las obras sociales a fin de articular un circuito que garantice la realización del estudio en ese subsector.

Un dato de relevancia que surge del análisis es que solo en el 12,7% (127/1000) de los casos no se realizaron intervenciones desde Auditoría para dar viabilidad al estudio. (1 registro sin dato)

Si se analizan separadamente el grupo de pacientes con y sin obra social, este porcentaje resulta del 0% para el primer grupo que en todos los casos requirieron alguna intervención; y del 14,2 % (128/898) para el caso de usuarios carentes de cobertura. Por

su parte de este grupo de usuarios en los que no se realizó ninguna intervención de auditoría, 111/128 efectivizaron el estudio. Queda el interrogante respecto de si en el caso de los 17/128 pacientes que no pudieron efectivizar la resonancia, hubo una valoración desajustada desde Auditoría respecto de la necesidad de intervenciones que dieran viabilidad a la práctica prescripta.

Resulta de interés observar que analizando las modalidades de intervención de Auditoría, en un 60,8% (608/1000) la misma consistió exclusivamente en el relevamiento directo con el paciente o familiar de información filiatoria y/o socio-sanitaria. En cambio en un 26,4% (264/1000) se desarrollaron intervenciones múltiples para otorgar viabilidad al estudio (revisión de historias clínicas, comunicación con el prescriptor, comunicación con profesionales del CAPS, intervenciones especiales con la Obra Social, gestiones con efectores provinciales, entre otras).

Un aspecto central a considerar en el estudio fue el atinente a los tiempos transcurridos para la realización del estudio desde su indicación, considerando la prioridad temporal asignada en la solicitud. Esto es, la indicación de la RMN podía tener según criterios del prescriptor, carácter urgente, lo que implica un tiempo potencial de demora hasta su realización inferior a 10 días; priorizado, lo que implica un tiempo de demora hasta su realización no mayor a 20 días, o no priorizado, casos en los cuales se admita hasta su realización una demora no mayor a 30 días.

En tabla 4, se observa la distribución de las solicitudes según priorización efectuada por el prescriptor, encontrándose que más del 90% eran caracterizadas como sin priorización admitiendo una espera no superior a los 30 días.

Se relevó para toda la población en estudio si se había realizado o no la resonancia solicitada encontrándose que en un 13,5% de los casos no se había efectuado. El 1,7% de los casos, consignados como "no se sabe" corresponden en su mayoría (14 de 17) a pacientes con cobertura que fueron derivados a su obra social. (Tabla 5)

Se analizó la distribución de pacientes que realizaron y no realizaron el estudio en función del Servicio que lo había solicitado, encontrándose que para todos los servicios el porcentaje de realización osciló en un rango que va de 83,3 a 88,5%.

Analizando el grupo particular de los 135 pacientes que no realizaron el estudio se encontró que en su mayoría, 115/135 (85,2%) eran adscriptos mientras

Tabla 4. Priorización

Respuestas	Frecuencia	%
sin prioridad	905	91,2
urgente	50	5
priorizada	38	3,8
Total	993	100

Tabla 5. Realización del estudio

REALIZACIÓN DE RMN	Frecuencia	%
SI	849	84,9%
NO	135	13,5%
No se sabe	16	1,6%
Total	1000	100%

que 20 pacientes no lo eran. En relación a los diagnósticos, los porcentajes más altos correspondieron (al igual que en la población general de pacientes bajo estudio) a: Problemáticas de columna (27,4%); Problemáticas de Sistema Nervioso Central (17,7%) y de Aparato locomotor (37%).

Se consideró particularmente el grupo de pacientes que contaba con cobertura social a fin de determinar cuántos de ellos efectivizaron los estudios solicitados. Se encontró que en un 36,6 % de los casos, los pacientes no pudieron realizar los estudios prescritos. (Gráfico 1)

En lo que refiere al grupo de pacientes que carece de cobertura, se encontró que solo en un 11% de los casos no se efectuó el estudio. (Gráfico 2)

Se analizó la relación entre la condición de cobertura social y la realización del estudio, encontrándose que existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$), así, los pacientes que cuentan con cobertura social tienen 3,8 veces más chances de no realizar el estudio que aquellos que carecen de cobertura (Ver tabla 6) (RP: 3.84 rango 2,82 5,23. IC: 95%)

Se evaluó también la cantidad de tiempo transcurrido entre la prescripción y la realización de los estudios, encontrándose un promedio general de demora

de $45,9 \pm 19,9$ días, hecho a destacar si se considera que el plazo máximo esperable de realización es de 30 días para aquellas solicitudes que no cuentan con prioridad. (Tabla 7)

En Gráfico 3 se observa la distribución de pacientes según rangos de tiempo de demora para realización del estudio.

Se analizó el tiempo de demora para la realización de los estudios considerando el grado de priorización establecido por los prescriptores, encontrándose promedios de tiempo de demora que exceden el límite máximo esperado para cada grupo. (Tabla 8)

Tal como puede observarse en el gráfico 4, si se considera por ejemplo el grupo de solicitudes Urgentes, se encuentra que el valor de la mediana es de 17 días, lo que indica que en más del 50% de los casos se excedió el tiempo máximo esperable de realización. En efecto, en solo 12 casos de 49 (24,5%), el estudio pudo realizarse en tiempos adecuados. Para el grupo de solicitudes priorizadas, el valor de la mediana es de 32 días, en tanto que en 10 de 34 casos (29,4%) se realizaron los estudios en tiempo adecuado. Para el grupo de los no priorizados, la mediana resultó en 48 días, y en 120 casos (15,9%) se realizó el estudio en tiempo correcto.

Se analizó también la distribución de los tiempos

Gráfico 1. Pacientes con cobertura social según realización del estudio

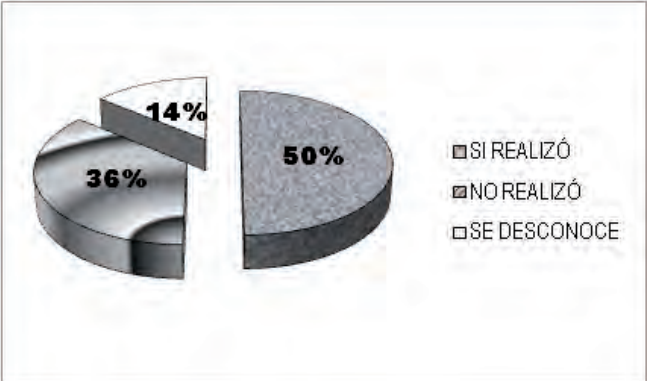


Gráfico 2. Pacientes sin cobertura social según realización del estudio (n= 899)

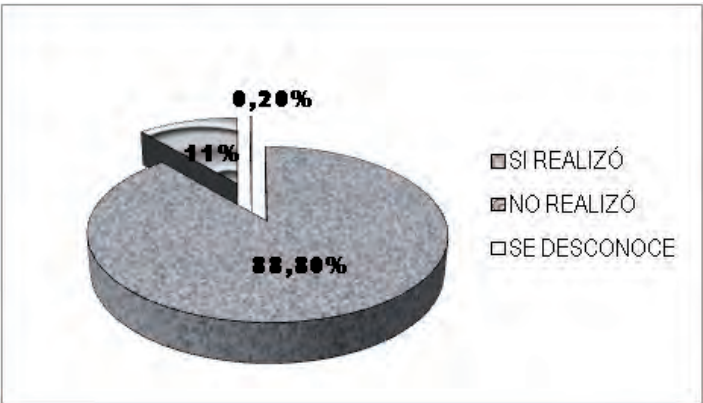


Tabla 6. Realización de RNM y Obra Social

Realización de RNM		Obra Social		Total
		sin obra social	con obra social	
si	n	798	51	849
	%	94,0%	6,0%	100%
no	n	98	37	135
	%	72,6%	27,4%	100%
no se sabe	n	2	14	16
	%	12,5%	87,5%	100%

Nota: 1 registro sin información

de demora en la realización de RNM en función del servicio que prescribió el estudio (Tabla 9). Para ello, se consideraron dos grupos según la efectivización

del estudio se hubiera realizado en tiempo adecuado o no. Se encontró una asociación estadística significativa entre la condición de prescripción por parte del

Tabla 7. Cantidad de días entre la prescripción y realización

N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
845	0	176	45,9	19,9

Nota: 4 registros sin información

Gráfico 3. Distribución de pacientes según días transcurridos entre la prescripción y la realización de las resonancias

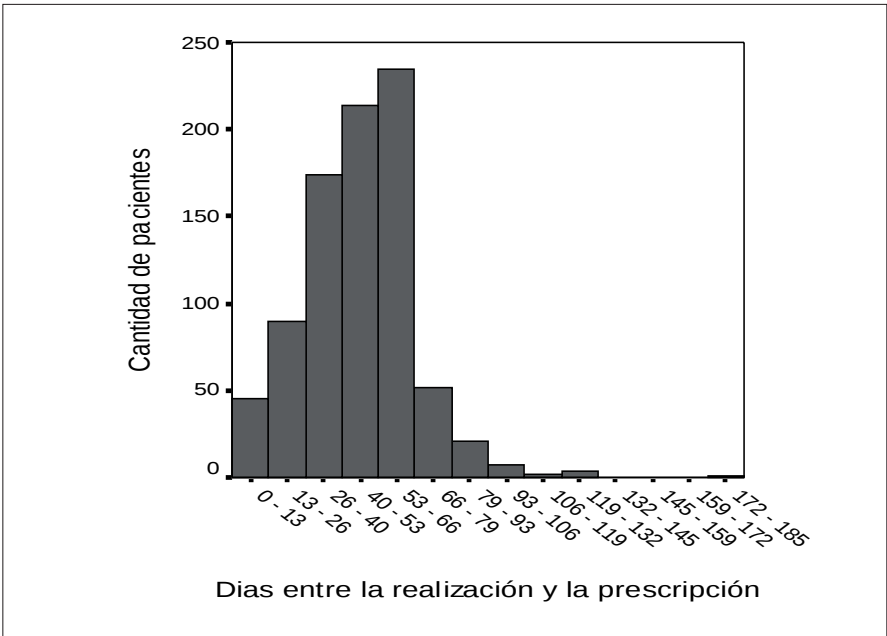


Tabla 8. Priorización y días entre la realización y la prescripción

Priorización	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Sin prioridad	754	0	176	48,2	18,7
Urgente	49	3	45	18,4	10,2
Priorizada	34	1	88	34,7	20,8

Nota: 8 registros sin datos de priorización

Servicio de Oncología (RP= 0.77; 0.73-0.94) y Ginecología (RP= 0.74; 0.58-0.95) y las mayores probabilidades de realizar el estudio en tiempo adecuado. Para el caso del Servicio de Traumatología, se encontró un 10% más de probabilidades de realizar el estudio en tiempo inadecuado. (RP= 1.10; 1.04-1.17) Se analizó la relación entre la condición de cobertura social y la adecuación o demora temporal para la realización de RNM (Tabla 10) encontrándose

una asociación estadísticamente significativa entre pacientes sin obra social y tiempo inadecuado de realización del estudio (RP: 1,44 Rango 1.14-1.81 IC 95%) de modo tal que la tenencia de cobertura social aumenta un 44% las chances de realización del estudio en tiempos adecuados. Considerando el grupo de pacientes que efectivizó el estudio, se indagó el efector de realización del mismo, encontrándose que en el 95,6% de los casos

(812/849), las resonancias se realizaron en un efector público de alta complejidad (HECA).

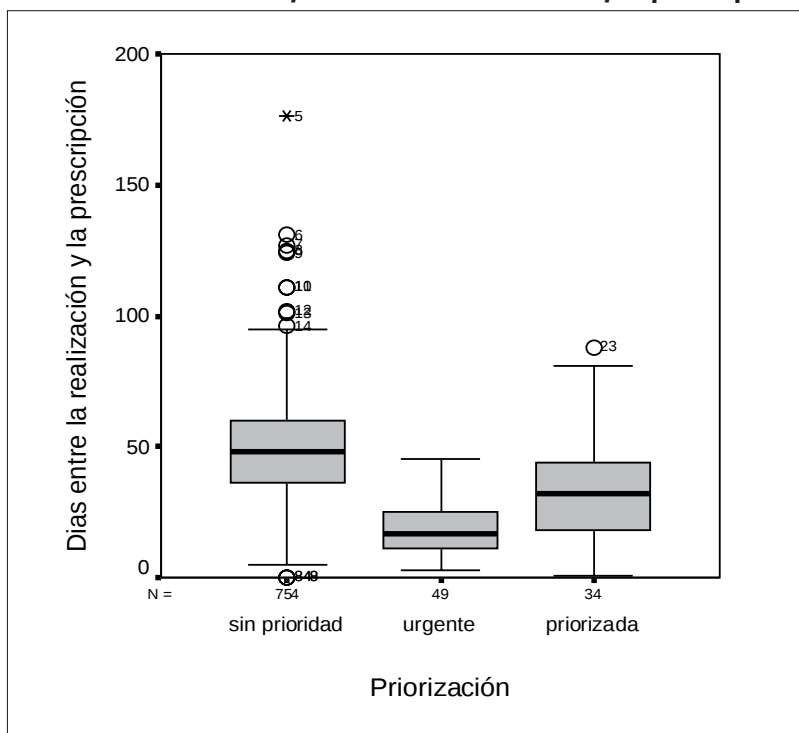
Observando en particular, el grupo de pacientes con cobertura social que realizara el estudio se encontró que en el 61% (31/51) de los casos, el mismo se efectuó en un prestador privado a través de la obra social; el 39% restante (20/51) lo realizó en HECA por haberse considerado desde Auditoría que constituía una mejor opción para este momento de

su proceso de atención.

Analizando temporalmente la efectivización de los estudios y su relación con el efector de realización, se encontró que para el grupo que hizo la RNM en el sector público solo 4/20 lo hicieron en tiempo adecuado, mientras que para el grupo de los que los efectivizaron en el sector privado esta relación fue de 17/31.

Se aplicó el índice de accesibilidad al total de pa-

Gráfico 4. Priorización y días entre la realización y la prescripción



cientes que realizaron el estudio (849). Se excluyeron 12 casos en los cuales faltaba información de alguna de las variables con las que se armó el índice, quedando un total de 837 pacientes.

En Tabla 11 se observa la distribución de los pacientes según el grado de accesibilidad a los estudios. Como puede observarse alrededor de un 25% de pacientes encontraron importantes dificultades para el acceso a los estudios, esto sumado a los 135 pacientes que directamente no pudieron realizar el estudio.

En Gráfico 5 se observa la distribución de los pacientes según los puntajes asignados con el índice de Accesibilidad.

Se analizó el grado de accesibilidad y su relación

con la tenencia o no de cobertura social, encontrándose una asociación estadísticamente significativa, de modo que la condición de contar con obra social se asocia con mayor probabilidad de tener un acceso inadecuado a este estudio de alta complejidad. (Tabla 12) (RP: 1,14 : 1,07- 1,22)

Se analizaron además los valores que tomaba el índice de accesibilidad en función de los diferentes Servicios que solicitaron las resonancias, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. ($p < 0.001$) En efecto, los pacientes de los Servicios de Traumatología (RP= 1.06: 1.00-1.13) y Cirugía (RP= 1.07: 1.00-1.15), tuvieron mayores chances de tener accesibilidad inadecuada, en comparación con

Tabla 9. Servicio solicitante y tiempo entre prescripción y realización

Servicio	Adecuaci n				Total	
	Tiempo inadecuado		Tiempo adecuado			
	n	%	n	%	n	%
Oncolog a	35	64,8%	19	35,2%	54	100%
Neurolog a	174	84,0%	33	16,0%	207	100%
Cirug a	95	87,2%	14	12,8%	109	100%
Ginecolog a	25	62,5%	15	37,5%	40	100%
Traumatolog a	346	87,4%	50	12,6%	396	100%
Otros	24	68,6%	11	31,4%	35	100%

Tabla 10. Cobertura social y adecuación temporal

COBERTURA SOCIAL	Adecuación temporal				Total	
					n	%
	Tiempo inadecuado		Tiempo adecuado			
	n	%	n	%		
Con Obra Social	30	58,8%	21	41,2%	51	100%
Sin Obra Social	669	84,7%	121	15,3%	790	100%

los pacientes de los otros Servicios. Por su parte, los pacientes abordados en el Servicio de Oncología tienen más probabilidades de alcanzar accesibilidad adecuada en comparación con los demás servicios. (RP= 0.82: 0.69-0.98) (Tabla 13)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El punto de partida de la presente investigación tuvo que ver con una preocupación en torno a la accesibilidad a la alta tecnología y posibles inequidades que se estuvieran presentando en este acceso en el marco de un sistema público de salud que plantea como principios rectores la universalidad, la equidad y la integralidad de la atención.

En tal sentido los hallazgos obtenidos en el estudio podrán estar evidenciando patrones diferenciales de acceso y utilización de la alta complejidad. En primer lugar, resulta preocupante que alrededor del

14% (135) de los pacientes que requieren de estos estudios, no pudieron realizarlos. En una mirada particular de ese grupo de pacientes, se encontró que la condición de contar con cobertura social, terminaba resultando en una mayor probabilidad de no efectivizar el estudio. En su mayoría (113/135) se trata de usuarios adscriptos al primer nivel de atención en el sistema público municipal de salud, lo que pone de relieve la insuficiencia de garantizar la universalidad en el acceso al primer nivel de atención pero no a los demás niveles, a la vez que devela como posibles nudos problemáticos dificultades marcadas en la coordinación intersectorial que se hacen visibles en la instancia de pasaje de los pacientes de un sub-sector a otro en el marco de su proceso de atención.

Por otro lado, a nivel entre los pacientes que sí lograron efectivizar el estudio, también se advierten patrones diferenciales de acceso y utilización de

Tabla 11. Accesibilidad en pacientes que concretaron RNM

Accesibilidad	Frecuencia	%
Adecuada (21-23 pts.)	129	15.4
Escasamente inadecuada (18-20 pts.)	506	60.4
Moderadamente inadecuada (15-17 pts.)	137	16.4
Inadecuada (12-14 pts.)	65	7.8
TOTAL	837	100

Gráfico 5. Distribución de pacientes según valores que toma el índice de accesibilidad

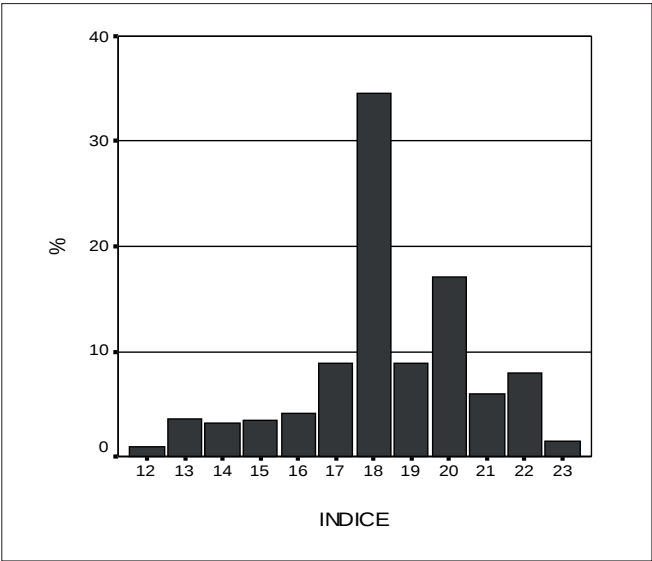


Tabla 12. Accesibilidad y Obra Social

Accesibilidad	OBRA SOCIAL			
	Sin obra social		Con obra social	
	n	%	n	%
Inadecuada	61	7,7%	4	8,2%
Moderadamente inadecuada	123	15,6%	14	28,6%
Escasamente inadecuada	477	60,6%	29	59,2%
Adecuado	127	16,1%	2	4,0%
TOTAL	788	100%	49	100%

la alta complejidad, vinculados fundamentalmente a la variable tiempo. En términos generales, se encontró un desfase temporal para la realización de los estudios en todas las modalidades de solicitudes (urgentes, priorizadas y sin priorizar); así el porcen-

taje de estudios realizados en tiempos acordes a la priorización establecida fue de solo el 24,5% para solicitudes consideradas urgentes; de 29,4% para las priorizadas y del 15,9% para las no priorizadas.

A la vez, se encontró que los pacientes con

cobertura de Obra Social tienen menor chance de realizar los estudios, si bien para el grupo que logra efectivizarlos, los tiempos de realización parecen más adecuados, esto es con menor demora desde la prescripción. La razón que posiblemente subyace a este hallazgo consistiría en que el efector de realización del estudio predominante en estos casos, es el

efector privado contratado por la Obra Social, donde los tiempos en el otorgamiento de turnos para RNM se reducen considerablemente en comparación con los tiempos en el sector público. De este modo, el proceso de atención del paciente con cobertura social encuentra un punto crítico al momento de requerir

Tabla 13. Distribución de adecuación de accesibilidad según Servicio Solicitante

Accesibilidad		Servicio Solicitante					
		ONCOLOGÍA	NEUROLOGÍA	CIRURGÍA	GINECOLOGÍA	TRAUMATOLOGÍA	OTRAS
Inadecuada	n	6	22	11	3	20	3
	%	11,1%	10,8%	10,1%	7,5%	5,0%	8,8%
Moderadamente inadecuada	n	14	33	20	6	57	6
	%	25,9%	16,2%	18,4%	15%	14,5%	17,6%
Escasamente inadecuada	n	18	118	67	19	267	16
	%	33,4%	57,8%	61,4%	47,5%	67,8%	47,1%
Adecuada	n	16	31	11	12	50	9
	%	29,6%	15,2%	10,1%	30,0%	12,7%	26,5%
TOTAL	n	54	204	109	40	394	34
	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

el pasaje de un subsector a otro, - momento que requiere en la mayoría de los casos múltiples intervenciones de Auditor a sumadas a las propias gestiones que debe realizar el paciente ante la obra social- pero una vez ingresado al circuito de la obra social de pertenencia, el acceso a estudios de alta complejidad aparece a con menos tiempo de demora.

En una mirada más integral de la accesibilidad, que contemple las diversas dimensiones en juego, los pacientes con Obra Social que se atienden en el Sistema público, ven un tanto más comprometidas sus posibilidades de acceso y utilización de la alta complejidad. De hecho, constituyen el grupo con más chance de no realizar el estudio, o bien con marcadas dificultades para acceder a los mismos; paradójicamente aunque en un 75% de los casos se trata de usuarios adscriptos al sistema público de salud, esta doble afiliación no redunde en mejores posibilidades concretas de utilización de la alta complejidad.

El análisis pormenorizado de los Servicios que prescriben resonancias, permite identificar una dinámica particular en el caso del Servicio de Traumatología, en el cual se visualiza la tendencia a encontrar un perfil de consultantes que cuentan con cobertura social, no adscriptos al sistema de salud y que llegan a la consulta sin turnos asignados desde la institución. Si bien esta condición es compartida por otros servicios, la mayor concentración de este perfil de consultantes en el Servicio de Traumatología plantea la necesidad de revisar procesos de gestión institucional que podrían dar lugar a esta situación; fundamentalmente para poder discriminar si las razones que operan están en un modo de acceso de población que no encuentra garantizada su atención por los circuitos formales que propone el sistema público de salud, o bien si se trata de mecanismos encubiertos de financiamiento de alta tecnología por parte del sector público, en pacientes que desarrollan su

proceso de atención en el circuito privado o de obras sociales. En efecto, la búsqueda de circuitos alternativos de acceso a la alta tecnología en pacientes del subsector privado o de obras sociales, puede deberse tanto a los costos derivados de su utilización como a la restricción que puede devenir de los procesos de auditoría de estos subsectores. En tal sentido, podrá pensarse que es una cuestión pendiente la evaluación sistemática de los procesos de atención que concluyen en la indicación de estos estudios, habida cuenta que en muchas ocasiones, se trata de prescripciones que parecieran intentar sustituir las insuficiencias de procesos de atención fragmentados, discontinuos, con intervenciones de múltiples profesionales, con duplicación de circuitos y de estudios, etc.

Por su parte, la efectivización de los estudios no guarda relación con el servicio que lo prescribe, encontrándose porcentajes similares de realización de resonancias para todos los servicios.

Otra asignatura pendiente que se evidencia a partir de este trabajo, se vincula a la imposibilidad de recuperar información confiable respecto de los diagnósticos previos o presuntivos que justifican la solicitud de las resonancias. Este obstáculo se debe por un lado al hecho de que los profesionales prescriptores no utilizan los códigos de clasificación de enfermedades utilizados en el sistema informático de la Secretaría de Salud Pública (CIE 10). De este modo, la codificación para la carga involucra una interpretación de un operador administrativo del diagnóstico volcado por el médico. Por otro lado, muchos prescriptores no registran ningún tipo de diagnóstico, con lo cual, el mismo resulta de una reconstrucción efectuada desde Auditoría en base a la lectura de antecedentes registrados en historia clínica.

Retomando la problemática de la demora en la realización de estudios, se pudieron constatar inequidades en el ajuste temporal para la realización de las resonancias entre los diferentes servicios. Así, Servicios como Oncología y Ginecología tienen mayores chances de efectivizar las resonancias en tiempos adecuados a diferencia de Traumatología que evidencian mayor tendencia a realizar los estudios en tiempos inadecuados.

La aplicación del índice de accesibilidad devela que solo el 15,4% de pacientes logran una adecuada accesibilidad a las resonancias magnéticas, si bien alrededor de un 60 % no encontrarán obstáculos graves en este acceso. Se constituye un desafío para la gestión, profundizar el análisis en torno al 25% res-

tante de pacientes que según esta escala encuentra severas dificultades para su acceso. Otro aspecto que reconfirma la aplicación de este índice refiere a los mayores obstáculos de accesibilidad/utilización en el caso de usuarios con cobertura social. Con respecto a los Servicios prescriptores, el índice aplicado refuerza los hallazgos que fueron surgiendo respecto a las diversas dificultades de acceso en los pacientes del Servicio de Traumatología y en contrapartida, se evidenciaron las mejores chances de acceso para los pacientes atendidos por el Servicio de Oncología.

NOTAS FINALES

a. Los principios rectores del mismo fueron: garantizar la Equidad, la Responsabilización Territorial, la Integralidad de las prácticas, y la transformación de la lógica del modelo de atención hacia uno más humanizado, que propicie el vínculo como recurso terapéutico, atendiendo a la necesidad del ahora no más paciente, sino Sujeto implicado activamente en su proceso salud enfermedad; todos ellos referidos tanto al 1er nivel de atención, como a los de mayor complejidad. Documento Interno de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

b. Creada por Decreto 0769 el 15 de Mayo de 1990 como Dirección de Atención Primaria de la Salud, dicha denominación fue un indicador de la tensión existente en el sistema de salud entre APS como estrategia o como nivel de atención. En la práctica, en Rosario, referirse a APS significa referirse al Primer nivel de atención, y así ser mencionado en este trabajo aclarando cuando se alude a APS como estrategia. Posteriormente, el ejecutivo municipal modifica la denominación por decreto N° 2378 del 18 de noviembre de 2010 pasando la misma a denominarse Dirección de Centros de Salud.

c. Los servicios del HECA destinan una carga de horas profesionales a consulta en CEMAR.

d. Una situación particular se presenta en relación a los usuarios con cobertura de Medicina Prepaga debido a que no se encuentran registrados en padrones de ANSES ni de Superintendencia de Servicios de Salud, por lo cual no pueden ser identificados siendo tratados en la práctica como pacientes sin cobertura. Por tal motivo, en muchos casos, efectúan estudios de alta complejidad en el subsector público.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Forti S. La APS como ordenadora del Sistema de Salud: Ventajas y desventajas de una puerta preferencial. Documento elaborado en el marco del Inter-cambio EUROsocial Salud III.2-2.09: El primer nivel de atención como puerta de al sistema de salud: posibilidades y límites en América Latina. Coordinación Técnica: Ligia Giovanella (ENSP/Fiocruz) [Internet citado 05 oct 2013] Disponible en: <http://biblioteca.programaueurosocial.eu/PDF/Salud/Salud10.pdf>
- 2 Belmartino S. Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Salud Colectiva*. 2005; 1(2): 155-171.
- 3 Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N°534. OPS, 1992 en Díaz A, Huerta A, Rodríguez A, Telesco C. La dimensión sociocultural y su relación con los patrones de utilización. Acerca de un centro de salud de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Revista Investigaciones en Salud*. 2001; (3) 1y 2:111-130.
- 4 Aday L., Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* [Internet]. 1974 [citado 05 feb 2012]; 9 (3): 208-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436074>
- 5 Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnológica. Brasília: UNESCO, Ministerio da Saúde; 2002.
- 6 Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso aos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):161-170.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud [Internet]. Alma Ata- URSS; 1978. [citado 26 oct 2010]. Disponible en: http://www.ops.org.bo/alma_ata/declaracion.pdf
- 8 Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
- 9 Ase I., Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*. 2009; 5(1): 27-47
- 10 Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso salud). Buenos Aires: Editorial Lugar; 1995.
- 11 Giovanella L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198
- 12 Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010 [citado 10 noviembre 2012] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf>
- 13 Terraza Nuez R, Vargas Lorenzo I, Viquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2006 [citado 4 Jul 04]; 20(6): 485-495. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsa/v20n6/revision.pdf>
- 14 Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez P rez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, Ferran Mercadé M, Colomé Figuera L, Viquez Navarrete ML. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. [Internet]. 2010 [citado 12 dic 2011]; 84 (4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272010000400003&script=sci_arttext&lng=pt
- 15 Mendoza-Sassi R, Boria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 12 dic 2011]; 17(4):819-832. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
- 16 Wagner de Sousa Campos G. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 17 Merhy EE. Salud, cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006
- 18) Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- 19 Canals M. Historia de la Resonancia magnética de Fourier a Lauterbur y Mansfield: en ciencias, nadie sabe para quién trabaja. *Rev. chil. radiol.* [Internet] 2008 [citado 5 enero 2013]; 14(1):39-45. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082008000100009&lng=es. doi: 10.4067/S0717-93082008000100009.
- 20 Delgado JA, Resonancia Magnética. Algunas aplicaciones básicas. *Rev CES Medicina* [Internet] 1994

[citado 10 diciembre 2012]; 8(1): 111-112. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2275/1589>

21 Superintendencia de servicios de salud. Utilidad de la Resonancia Magnética Nuclear en el diagnóstico de patología de columna y médula espinal [Internet] 2010 [citado 18 noviembre 2012]; Disponible en: http://www.iecs.org.ar/iecs-frame-visor-publicaciones.php?cod_publicacion=83&archivo_pdf=20040517115553_.pdf&origen_publicacion=publicaciones

22 Almazán C, Moharra M, Espallargues M. Estudio de las indicaciones y adecuación de las exploraciones de tomografía computarizada y resonancia magnética en la atención primaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Junio 2005 (BR01/2005)

La pérdida de un hijo. Vivir y convivir en su proceso de morir en el domicilio.

Andreatta, Maricel ¹

RESUMEN

Esta investigación se centró en el grupo familiar que vive y convive con el proceso de morir de un niño/a adolescente atendido por el servicio de internación domiciliaria pediátrica de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el período 2009-2010.

La estrategia metodológica se inscribe en la investigación cualitativa. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante y la entrevista. Se adoptó el método comparativo constante para el análisis de los datos. Se entrevistó a las madres, al considerarlas con el rol de mayor responsabilidad en el cuidado del niño/a adolescente enfermo y del grupo familiar, es quien mejor puede dar cuenta de las vivencias e impacto en la vida cotidiana del proceso de morir de uno de sus miembros. -Resultados: Se destacan como hallazgos las vivencias de estar 24 hs en estado de alerta, el registro de suspensión de la propia vida, las dificultades en el tránsito escolar de los otros niños, las rupturas de pareja acaecidas, como indicadores del impacto subjetivo que supone a estas familias el tránsito por la experiencia de con-

vivir con un niño en proceso de morir. Se concluye en la necesidad de reflexionar y debatir políticas públicas respecto del contexto de muerte digna para toda persona que padece una enfermedad terminal, principalmente en aquellas familias vulnerables que están por fuera del mercado laboral y viven de la asistencia y prestaciones sociales. Es necesario que las políticas públicas de salud y los equipos médicos, prioricen medidas destinadas al bienestar del paciente y su familia respetando sus decisiones y no motivadas por el afán de abaratar costos hospitalarios poniendo en detrimento la salud física y psíquica de los cuidadores.

Palabras clave: Internación domiciliaria/ proceso de morir/ rol de la familia.

¹ Licenciada en Trabajo social, integrante del Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica de la Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

ABSTRACT

This research focused on the family group living with the dying process of a child / teenager dressed by the pediatric home care service of the Municipality of Rosario in 2009-2010.

Methodology: The methodology is framed in qualitative logic. The techniques of data collection were participant observation and interviews. The constant comparative method of analysis of data was adopted. We interviewed mothers, whose role of greater responsibility in caring for the sick child / adolescent and family group, ranks as the best person to account for the experiences and impact on the daily lives of the dying process of one of its members.

Results: It highlights as findings the experiences of being 24 hours on standby, suspension of registration of one's life, difficulties in the education of other children, couples ruptures, all indicators of subjective impact resulting of the experience of these families of living with a child dying process. We conclude on the need to reflect and discuss public policies regarding the context of dignified death for anyone who has a terminal illness, especially in those vulnerable families who are outside the labor market and living on social assistance and benefits. It is necessary that public health policy and medical teams, prioritize measures for the welfare of the patient and family respecting their decisions and not motivated by the desire to lower hospital costs putting detrimental physical and mental health of caregivers.

Key Words: home care - Dying process - role of the family.

INTRODUCCIÓN

Desde mi práctica profesional en el Servicio de Internación Domiciliaria de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, he podido aproximarme a un acontecer poco estudiado como es la vida cotidiana de familias en las que uno de sus miembros, un niño enfermo crónico, se encuentra en proceso de morir. Es así que la enfermedad del niño irrumpe en la cotidianidad de su grupo familiar, produciendo cambios drásticos en su espacio, tiempo y organización.

El contexto en que se desarrolla la vida cotidiana de estas familias es la pobreza. La mayoría de los progenitores se encuentra por fuera del mercado laboral, no pudiendo cubrir las necesidades básicas, entre ellas, una vivienda digna para poder alojar al niño

enfermo hasta su muerte. Sus ingresos económicos provienen generalmente de trabajos informales que realizan los padres como albañiles, vendedores ambulantes, o pequeño comercio familiar en el domicilio (kiosco). En muchos casos son familias beneficiarias de subsidios estatales como la prestación universal por hijo, pensión por discapacidad, tarjeta de ciudadanía y Nutrir Niños. Grupos familiares que conforman lo que Minujin y Kessler (1), Miguel Murmis y Silvio Feldman (2) llaman "pobres estructurales", que son los pobres de larga data. En los contextos de pobreza, la familia suele convertirse en un valor refugio como dice Ana Pampliega de Quiroga (3) depositaria de la identidad individual y social, con múltiples exigencias adaptativas, donde la restricción en las posibilidades de ingreso y permanencia en el mercado laboral formal e informal, va produciendo cambios en la organización material, sin cambiar el modelo de familia nuclear, aunque aparezcan materialmente nuevas formas.

Como Trabajadora Social de este servicio, en sucesivas visitas realizadas en los domicilios y en el Hospital de Niños V. J. Vilela, comencé a observar que la organización de la vida cotidiana de estas familias giraba en torno a la enfermedad del niño, principalmente en las madres como sostenedoras plenas de los cuidados del hijo enfermo y de la casa.

Eran ellas las primordiales cuidadoras del hijo tanto en el hogar como en el hospital cuando el niño era internado. Eran las depositarias de las instrucciones para el manejo de aparatos tecnológicos, niveles de alarmas, suministro de medicación, etc., situación que se complicaba en aquellas que tenían un hijo con una enfermedad crónica evolutiva terminal, donde la demanda de cuidados requería de toda su atención todos los días. Complejidad ligada al impacto emocional que supone en cada una de ellas, el observar y sentir el deterioro del cuerpo del hijo por el avance de su enfermedad, sumado a las responsabilidades cotidianas por las tareas domésticas, la atención de los otros hijos y de la pareja.

Partiendo de la compleja situación de vida cotidiana en estos grupos familiares, (principalmente en la madre que es la portavoz en esta investigación) donde uno de sus miembros se encuentra transitando por el proceso del morir, surgieron las siguientes preguntas de investigación:

¿Cómo es el desarrollo del día a día en estos grupos familiares conviviendo con uno de sus miembros que se encuentra en proceso de muerte? ¿Qué

cambios se producen en la organizaci3n familiar?
¿Qu3 impactos se rastrean en su subjetividad? ¿Qu3
vinculos colaboran como sost3n ante esta situaci3n?
¿Afecta la falta de ingresos econ3micos en este es-
cenario del morir?

SERVICIO DE INTERNACI3N DOMICILIARIA

El Servicio de Internaci3n Domiciliaria constituye un dispositivo de atenci3n integrado en el marco de los Servicios Ambulatorios de la red de salud p3blica municipal. Mario Rovere, (4) lo concibe como “un servicio que forma parte de una pol3tica de innovaci3n, 3nica ciudad del pa3s que ofrece esta opci3n en el 3mbito de la salud p3blica. Se relaciona e interact3a con los hospitales municipales y centros de atenci3n primaria, con la finalidad de lograr la recuperaci3n y rehabilitaci3n del estado de salud del paciente en su propio domicilio. La implementaci3n y aplicaci3n de este servicio es de vital importancia en la construcci3n de un sujeto comprometido en el ejercicio del derecho a la salud, fomentando su capacidad de autocuidado a la vez que se implica y educa al grupo familiar en la dupla salud-enfermedad y sus posibles complicaciones.”

Fue creado en el a3o 1998 por la Direcci3n General de Servicios de Salud, operando en la red de salud p3blica desde 1992. En sus comienzos se insert3 en el Hospital de Emergencia Clemente Alvarez y la atenci3n solo se dirig3a a pacientes adultos. En 1994 se crea el Servicio de Internaci3n Domiciliaria para pacientes Pedi3tricos, ingresando Neonatos a partir de 1995, teniendo como lugar de anclaje un consultorio del Hospital de Ni3os Victor J. Vilela.

En 1998 se crea el Departamento unific3ndose las dos 3reas de adulto y pediatria, no solo en referencia al espacio f3sico sino tambi3n en lo administrativo, funcionando en el Centro de Especialidades M3dicas Ambulatoria de Rosario (CEMAR), donde contin3a hasta el d3a de hoy.

Esta alternativa asistencial de salud integral, est3 ligada a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa. Es una pr3ctica que apunta a estar m3s cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepci3n moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos t3cnicos de actualidad para lograr una prestaci3n ambulatoria cuyo objetivo fundamental es resguardar la autonom3a y calidad de vida (a). Se trata de una modalidad de atenci3n que interact3a permanentemente con los

efectores de los distintos niveles de la red de salud, recepcionando a los pacientes para su atenci3n por el servicio, y derivando al mismo luego de ser dado de alta. Su estructura organizativa incluye un jefe de departamento y dos 3reas bien definidas, la de adultos y la pedi3trica, coordinada cada una de ellas por m3dicos. Ambos coordinadores tienen a su cargo la organizaci3n, funcionamiento, coordinaci3n y supervisi3n de los profesionales que conforman cada equipo multidisciplinario.

La disponibilidad de camas en el servicio es de 60, n3mero que va cambiando durante el a3o. En poca invernal el 3rea pedi3trica presenta mayor demanda, llegando a ingresar un promedio de 40 ni3os para atenci3n en el domicilio. Con respecto al perfil de pacientes pedi3tricos, la jefa del 3rea, Dra. Gabriela Faguaga, qui3n trabaja en el servicio desde su apertura se3ala que: “... en su comienzo los pacientes que ingresaban al servicio ten3an patolog3as agudas y sub agudas. En 1995 comienzan a admitirse neonatos para recuperaci3n nutricional, predominando con respecto a los pedi3tricos hasta 1998, a3o en que se equiparan ambos grupos. Desde el a3o 2000 se produce un punto de inflexi3n y la totalidad de los pacientes ingresados tienen patolog3as cr3nicas complejas. Son pluripatol3gicos, polimedicados, con dos o m3s interconsultores de diversas especialidades en su seguimiento, con reinternaciones frecuentes ya sea por agudizaci3n de su patolog3a de base o para que se le realicen estudios m3s complejos, etc. Son pacientes que necesitan frecuencia en el seguimiento en el domicilio”.(b)

Todos son menores de 18 a3os y se encuentran residiendo en la ciudad Rosario. Los diagn3sticos principales a partir del 2000 seg3n registros de Trabajo Social (c) consisten en Malformaciones Cong3nitas, Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia Criptog3nica, hidrocefalia, encefalopat3a, Sme. de West, etc.). Enfermedades del Sistema Respiratorio, Enfermedades End3crinas, Neoplasias, Sida, etc.

Al momento del ingreso o en el transcurso de la internaci3n domiciliaria, seg3n su patolog3a requieren de los siguientes elementos tecnol3gicos:

Bomba de infusi3n: (para alimentaci3n enteral o parenteral) Es un equipo que est3 destinado al suministro de alimentos y medicamentos. Permite a trav3s de su programaci3n, medir par3metros tales como volumen a infundir y selecci3n de tiempo para dosificar con exactitud soluciones que deben suministrarse al paciente (leche o medicamentos). Posee

una serie de alarmas. Requiere de conexión a electricidad y agua potable en el domicilio.

Aspiradores: Equipamiento para extraer las secreciones de las vías respiratorias en pacientes que presentan afecciones respiratorias. Necesita conexión a electricidad.

Tubo de Oxígeno con mochila de oxígeno: para pacientes con déficit de oxigenación. La mochila de oxígeno permite el traslado del paciente por un tiempo de dos horas.

Nebulizadores: para liberar las vías respiratorias. Es necesaria la conexión eléctrica en el domicilio.

Bi-PAP: Es un aparato que insufla presión positiva en las vías respiratorias. Su aplicación mejora la función pulmonar y la oxigenación. Requerimiento de conexión eléctrica en el hogar.

Monitor de apnea: Este monitor para uso en el hogar es una máquina portátil empleada para vigilar los latidos cardíacos y la respiración de un bebé después de su salida del hospital para su casa.

Camas ortopedicas: para una mejor movilidad del paciente.

Colchón anti-escaras: Para brindar confort al paciente que no se puede movilizar. Ayuda a evitar escaras. Es necesaria la conexión eléctrica.

Durante el período enero 2009 / diciembre 2010, se atendieron 33 pacientes, de los cuales fallecieron 11 pacientes pediátricos con enfermedades crónicas, como también evolutivas terminales, recibiendo atención del servicio de internación domiciliaria hasta su fallecimiento en el hospital. (c)

Al momento de la admisión al Servicio se realizan una serie de valoraciones de orden clínico, habitacional, (tipo de construcción y acceso a servicios básicos de agua y electricidad); y familiar (contenidos familiares, niveles de alarma, etc.) tendientes a establecer si hay condiciones de viabilidad para el desarrollo de la internación domiciliaria. El familiar a cargo del niño debe brindar su consentimiento escrito para esta modalidad de atención.

Para el ingreso del paciente al servicio, el cuidador principal o los cuidadores del niño, reciben un adiestramiento que varía según la patología del paciente, siendo sus aspectos comunes: manejo de bomba infusora, monitor de apnea, control de oxígeno, respirador para asistencia mecánica, cambio de sonda nasogástrica, de tráquea stomos, suministrar medicación, aspirar, nebulizar, pautas de alarma ante una emergencia y realización de curso de reanimación.

El equipo profesional que realiza el seguimiento de los niños en el domicilio es multidisciplinario, integrado por médicos pediatras, enfermeros, kinesiólogos, trabajador social y fonoaudiólogo. El proceso de trabajo cotidiano se centra en la educación de la familia para el cuidado del niño, como así también de acuerdo al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, el abordaje de los aspectos físico, psíquico, social y espiritual manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

El espacio físico de encuentro del equipo está localizado en el primer subsuelo del edificio del CEMAR, lugar de donde se parte hacia los domicilios. El traslado se realiza en vehículos de particulares contratados por la Secretaría de Salud para este fin. Todo el servicio de internación domiciliaria cuenta con ocho choferes y una ambulancia de traslado del Sies (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias).

Los recorridos se realizan de lunes a sábado, en el horario de 7 a 19 hs. dividido en dos turnos de 7 a 13 hs y de 13 a 19 hs. Las visitas a los pacientes son programadas por cada disciplina diariamente, siendo su frecuencia distinta entre un paciente y el otro según la patología de cada niño.

EXPERIENCIAS ANTECEDENTES EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Autores como Rosangela Minardi (5) plantean que la Hospitalización domiciliaria es una modalidad de atención que surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del hospital Montefiore, como una extensión del hospital hacia el domicilio. Las razones para crear esta nueva modalidad de atención eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano favorable a su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Norteamérica como en Europa, con estructura y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud. A partir de los años sesenta la internación domiciliaria comienza a funcionar en Canadá, orientada a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó una experiencia piloto en 1987, bautizada Hospital – Extra mural, que consistían en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. En Europa, el hospital de Tenon París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde en 1957, se estableció en la misma ciudad.

dad el *Sant Service*, organización no gubernamental sin fines de lucro prestando atención sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. La hospitalización domiciliaria (HD) fue reconocida en Francia en 1992 como una alternativa a la hospitalización tradicional,

Sin embargo la HD, tardó una década en empezar a desarrollarse en otros países de Europa. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de *Hospital Care at Home* (atención hospitalaria en el hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia con el nombre de *Ospedalizzazione a domicilio* recién en los años ochenta.

El desarrollo de la HD en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa *From Hospital to Home Health Care* (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

En la Argentina, según Cecilia Bosch y otros (6) las primeras experiencias de internación domiciliaria fueron producto de la extensión del hospital al domicilio, siendo los pioneros en esta modalidad el hospital de la comunidad de Mar del Plata y el Hospital Castex de San Martín.

En 1991 la Empresa en Casa conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprenden este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, obras sociales, mutuales y pacientes privados.

Hoy algunas de ellas forman parte de empresas de medicina prepaga, otras en cambio son parte de emprendimientos independientes con una cartera de clientes muy heterogénea de obras sociales, sanatorios o clínicas privadas e incluso desde el Estado mismo (PAMI y obras sociales provinciales).

Se encuentran agrupadas en la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) y su grado de organización, staff profesional y cobertura son muy diversas.

Los servicios de Internación Domiciliaria están regulados por normas de organización y funcionamiento, aprobadas por el Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación con fecha 29 de agosto del 2000 por Resolución 704/2000, como una de

las acciones del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, de la Dirección de Calidad de los Servicios dependiente del mencionado Ministerio.

En el sector público, son escasas las experiencias desarrollando esta modalidad de atención, siendo la Municipalidad de Rosario, uno de los organismos que implementó este servicio, constituyendo un dispositivo innovador.

ROL DE LA FAMILIA

Eloisa De Jong sostiene que la "familia configura una organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En el mundo de la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto-contexto" (7 p.11).

Estructura familiar, producida y productora de un sistema social de relaciones, donde cada una de ellas, cada sujeto que la integra da significado a estas relaciones desde sus condiciones concretas que se expresan en la vida cotidiana y desde su particular manera de pensar, sentir, valorar, de ser, de entender, de actuar. Es vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, marco desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, otorgando sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a la sexualidad, a la reproducción, a la socialización, al cuidado de sus miembros en relación a necesidades socio-culturales: de trabajo, alimentación, educación, vestido, vivienda, seguridad, como así también el proceso de salud-enfermedad.

Es en esta estructura que se mantiene la salud y se produce y desencadena la enfermedad, teniendo lugar el proceso de curación, rehabilitación y en muchos casos la muerte.

Con respecto a familias que conviven en el proceso de morir de uno de sus miembros, autores como Gómez Sancho sostienen que en el proceso de salud-enfermedad, en el de vivir-morir, la institución familia cumple habitualmente las siguientes funciones:

1-Función biológico-social. Se expresa en aquellos patrones que tienen que ver con la conducta re-

productiva; a n cuando la familia tambi n transmite una serie de valores de padres a hijos y de familia a familia, regidos por leyes sociales. Esta funci n es importante en el proceso salud- enfermedad, ya que la familia desde el punto de vista de su estructura y cantidad de componentes (nuclear, extensa o ampliada), es un factor importante a la hora de distribuir las tareas concernientes al cuidado del enfermo y al mantenimiento de todas sus funciones como ncleo familiar.

2- Funci n econ mica. Garantiza la integridad de sus miembros por medio de la satisfacci n de sus necesidades de consumo. En la atenci n a un enfermo, y especialmente en fase terminal, esta es una funci n importante. Como se sabe las enfermedades cr nicas degenerativas producen largos tiempos de hospitalizaci n y gran demanda de cuidados por parte de los familiares, situaci n que en muchos casos dificulta sostener la estabilidad en el puesto de trabajo de los integrantes de la familia, repercutiendo esto en disminuci n de ingresos econ micos tan necesarios para asumir las necesidades siempre crecientes de los enfermos y la familia en sentido general.

3- Funci n espiritual- cultural. Por medio de ella se forman b sicamente valores y sentimientos y se perpet a el amor y la solidaridad. En cuidados paliativos uno de los objetivos fundamentales es respetar la espiritualidad del paciente, aspecto este que emana de forma diferente en cada ncleo familiar.

El autor agrega que las familias atraviesan por crisis que se desarrollan en tres fases fundamentales:

- Desorganizaci n: debido al impacto que produce el diagn stico y el pron stico de la enfermedad. De golpe se interrumpen las tensiones vitales de la familia, los proyectos de futuro. Se produce una disgregaci n de la red de relaciones interpersonales y una confrontaci n a un entorno reducido.

- Recuperaci n- adaptaci n: la familia inicia su adaptaci n en aspectos concretos (distribuci n de trabajos y tareas) a nivel relacional (redefinici n de las relaciones interpersonales); se transforma en un elemento m s amplio de apoyo por parte de su entorno relacional, lo cual le ayuda en este proceso. Su actitud tiende a ser m s activa, despu s del shock inicial, se produce el inicio de la adaptaci n.

- Reorganizaci n: se inicia el nuevo equilibrio en funci n de la situaci n de la enfermedad y de sus consecuencias. Esta reorganizaci n ser m s compleja en el caso de las enfermedades en fase terminal

o que han dejado secuelas importantes en el miembro de la familia afectado. El equilibrio se encontrar en el respeto de las necesidades del enfermo, pero tambi n en el respeto de la independencia y la autoafirmaci n de cada uno de los miembros de la familia. (8 p. 365-366)

PROCESO DE MORIR

Concebir la muerte como un proceso supone transitar por fases que se modifican e integran constantemente hasta culminar en el evento final que es la muerte; concepci n que permite acompa ar a la persona enferma y a la familia en el trayecto que conduce a su fallecimiento y entierro. En esta investigaci n este proceso es analizado hasta el entierro del ni o fallecido.

Con respecto a este acontecer V. Thomas (9) dice que la muerte es un proceso, no un estado [...] no hay nada m s dif cil que situar en el tiempo, el trnsito de la vida a la muerte. A. Alizade sostiene: "Ir viviendo la muerte es ir aproxim ndose a un estado de vigilia, de curiosidad l cida, a una experiencia que no es nunca la experiencia de la muerte misma sino m s bien la experiencia de las vivencias de los tiempos previos a su advenimiento" (10 p. 56).

Morir en proceso es transitar por un duelo anticipatorio que es vivido por los enfermos y familiares, sobre todo en los casos de enfermedades terminales, duelo que ofrece a la personas implicadas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida. El proceso de duelo se inicia, no con la muerte del paciente, como es convencionalmente aceptado, sino con el diagn stico de la enfermedad fatal, y da pie a prepararse para la muerte, anticipando y viviendo d a d a las muchas p rdidas que la enfermedad obliga a afrontar. Es importante y til comprender que no existe una nica muerte del ser querido sino que d a d a se van muriendo partes entra bles, rasgos muy valorados- como el control y la independencia- y actitudes muy necesarias para los dem s - como la de acompa ar, decidir, y dar fortaleza. Por tanto, la familia debe, poco a poco, hacer varios duelos, esto es, ir aceptando esas peque as muertes que culminan en la muerte biol gica y total, adaptarse a ellas, "el reconocimiento de que la muerte terminar pronto una vida, pero no necesariamente una relaci n, puede llevar a los miembros de una familia a sentir, a hacer cosas y a planear, antes de que sea demasiado tarde" (11 p. 56).

En todo caso, desde esta perspectiva, el duelo anticipado es el primer acto de un proceso de dolor afectivo que culminar en duelo propiamente dicho

después de la muerte del ser querido, en una continuidad natural y sin intervalo. Mientras que en este último duelo el estado anímico que predomina en el doliente es el deprimido, en el duelo anticipado prima la angustia.

Un aspecto distinto es lo que Alizade (10) llama pre duelo, diferente del duelo anticipatorio que se acaba de analizar. Para esta autora el pre duelo consiste en que ha muerto el ser querido en estado de salud. El que está a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad hasta el punto que en algunos casos no se lo reconoce más, abriéndose un hiato taxativo entre el antes y el ahora. El cuerpo se presenta con sus metamorfosis insalubres.

Este proceso del morir también concierne al sobreviviente. Según el sociólogo Vincent Thomas,(9) debido a que en la relación entre moribundo y sobreviviente, el que muere (quizás en "mi" lugar o por "mi" causa) se lleva a la tumba una parte de "m" si se le profesaba afecto; también puede enriquecer la personalidad, si al exhalar su último suspiro, da muestras de sabiduría: hay, en efecto, muertos que transforman al sobreviviente, el moribundo es alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera: alguien que entra en una zona de no intervención o de insignificancia y obstaculiza el impulso de obrar.

Alizade (10) denomina pre-muerte al movimiento psicofísico que deriva de una amenaza, de un hecho que demuestra que la vida peligra (enfermedad, catástrofe natural, guerras, situaciones límite diversas). Varía en duración porque puede fluctuar desde un par de segundos (cuando la muerte es súbita pero da un margen de conciencia de su inminencia, como por ejemplo en un derrumbe), meses (en una enfermedad terminal con vaivenes de mejoría y empeoramiento) e incluso años cuando a raíz de un padecimiento se instala en la espera de la muerte, en un duelo de la muerte, que para los parientes es vivir en pre duelo.

Cuando el evento de la muerte en sí pudo ser anticipado, cuando en lugar de pánico y decisiones impulsivamente tomadas al final la persona tiene una buena muerte, con su dignidad respetada y su voluntad cumplida, acompañada y aliviada en su dolor y en su sufrimiento, quedar en el recuerdo de todos los involucrados una imagen triste pero tranquilizante, sin culpas ni remordimientos, que perdurar para siempre y tendrá efectos apacibles en la elaboración del duelo posterior.

ESPACIO DE MUERTE Y DESPEDIDA:

Una de las circunstancias que probablemente más ha influido en el concepto que la sociedad occidental tiene de la muerte es el lugar donde muere el hombre independientemente del tipo de muerte que le sobrevenga.

Aries Philippe (12) señala que la habitación del moribundo pasa de la casa al hospital, suplantando a las familias en tareas que ya no se sentían capaces de realizar ni tolerar; el hospital se convierte así en el lugar de la muerte solitaria. En este sentido menciona que, cuando la hospitalización de los enfermos terminales se hizo general, hasta la misma familia fue separada, retirándose a la muerte de la sociedad y descomprimiendo a la familia de un peso que no podía sostener.

Vincent Thomas (9) coincide en señalar que el hombre moderno nace en un hospital y también muere en un hospital, donde el enfermo es alejado de su familia y llevado a una institución que no se hace cargo de él sino de su enfermedad. Objeto aislado y transformado por técnicos que están consagrados a la defensa de la salud. De este modo, el morir se convierte en algo solitario e impersonal según Kubler Ross (13) porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia. Podrá considerarse que las nuevas interdicciones de la muerte se oponen al retorno del cuerpo a la casa de los vivos. Cada vez se tolera menos cuando la defunción tiene lugar en la casa.

En el advenimiento de la muerte, luego de que enfermo, parientes y amigos transitaron por el proceso del morir, se preparan para la despedida. Al respecto plantea Isa Fonnegra: "Los seres humanos necesitamos ponerle fin a una relación, despedirnos, cerrar el ciclo vital antes de morir [...] El contacto físico, el abrazo, una caricia o una mirada, dicen tanto o más que las palabras y constituyen interacciones de profundo valor humano de las cuales los sobrevivientes jamás se arrepienten, más bien se lamentan de no haberlo hecho en vida." (11p. 129)

En cuanto al acto de la muerte todo sujeto tiene derecho a retirarse en buenas condiciones y a planear ciertos movimientos del ritual de la partida, acto de despedida. La oportunidad de decir adiós ofrece a los familiares y amigos gran alivio, momento en que se pueden compartir lágrimas, reiterarse los afectos, perdonar fallas y heridas previas, abreviar las distancias afectivas y manifestar agradecimiento por lo

vivido y el dolor por tener que separarse.

RITOS FUNERARIOS

Los ritos (9) son todas las conductas corporales más o menos estereotipadas a veces codificadas e institucionalizadas, que se basan necesariamente en un conjunto complejo de símbolos y de creencias. Los ritos funerarios, comportamientos variados que reflejan los afectos más profundos y supuestamente guían al difunto en su destino post mortem, tienen como objetivo fundamental superar la angustia de muerte de los sobrevivientes.

Aunque el cadáver es siempre el centro de las prácticas, el ritual sólo toma en cuenta un destinatario: el individuo o la comunidad de sobrevivientes. Su función fundamental tal vez inconfesa, es la de curar y prevenir, función que por otra parte presenta múltiples aspectos; aliviar el sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, revitalizar.

Ritos previos y ritos posteriores en el momento final marcan la importancia del suceso, como el oler, sentir, acariciar, limpiar, vestir, preparar al muerto para los funerales es parte de los que se plantea como aseo funerario para su posterior entierro.

Con respecto a este tema Aries (12) dice que el aseo funerario es un rito tradicional pero que su sentido ha cambiado. Antaño estaba destinado a fijar el cuerpo en la imagen ideal que se tenía entonces de la muerte, en la actitud del yacente que espera, cruzando las manos, la vida venidera. Fue en la época romana cuando se descubrió la belleza especial que la muerte imprime en el rostro humano, y los últimos cuidados tuvieron por objeto liberar esa belleza de las máscaras de la agonía. Tanto en un caso como en el otro, lo que se proponía fijar era una imagen de muerte: un cadáver bello, pero un cadáver al fin. En adelante el aseo funerario tiene por objeto enmascarar las apariencias de la muerte y conservar en el cuerpo los aspectos familiares y juveniles de la vida.

Escribe Vincent Thomas (9) que lavar el cadáver no satisface únicamente las exigencias de higiene y el decoro; equivale, para la imaginación, eliminar la suciedad de la muerte.

Llegada la etapa final de la presencia del cuerpo visible, luego de su despedida y aseo funerario, llega el momento de la despedida final de lo que está corporizado por medio del ritual de los funerales, velatorios y entierro. Los funerales son rituales donde se da un adiós formal, una oportunidad para los seres amados de estar juntos, en un adiós común después

de haberse producido la muerte.

Tal como plantea el antropólogo Vincent Thomas (9) con respecto a los espacios donde se desenvuelven los funerales, los lugares han cambiado, a los muertos ya no se los vela en su domicilio, y los cortejos fúnebres no atraviesan nuestras ciudades atestadas. Aparecen en cambio nuevos lugares, en especial los complejos funerarios que reúnen todos los espacios tan típicos. Hay en ellos una sala de recepción, una capilla para todos los cultos, un funerarium donde los cadáveres son tratados, conservados en cámaras frías y expuestas en salones particulares, un crematorio, un cementerio clásico. También negocios donde se venden ataúdes y diversos artículos funerarios, una floristería, y eventualmente un bar y un restaurante.

OBJETIVOS

General:

Explorar vida cotidiana de familias durante el proceso del morir de uno de los hijos, atendido por el Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica de la Municipalidad de Rosario en el período 2009-2010.

Específicos:

- 1- Describir las rutinas domésticas del grupo familiar que sostiene el dispositivo de internación domiciliaria.
- 2- Describir estrategias y formas de organización familiar implementadas para el afrontamiento de los cuidados del niño.
- 3- Identificar cambios en las rutinas domésticas producidos a partir de los eventos de internación hospitalaria.
- 4- Analizar el impacto subjetivo en los integrantes del grupo familiar derivado de la convivencia cotidiana en el proceso del morir.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Se planteó un abordaje de tipo cualitativo, con técnicas de entrevistas y observación. Se seleccionaron como informantes clave a las madres de los niños, por considerar que por su rol de principal responsable del cuidado del niño y del grupo familiar es quien mejor puede dar cuenta de las vivencias e impacto en la vida cotidiana del grupo familiar del proceso de morir de uno de sus miembros. Se utilizó el Método Comparativo Constante (MCC) de Glasser y Strauss como estrategia de análisis, lo que posibilitó simultáneamente, codificar y analizar datos para desarrollar conceptos.

Para la captación de los datos se utilizó una planilla de registro en tres columnas. Un primer registro de datos - primera columna- va acompañado de comentarios que van surgiendo de la lectura del material - segunda columna-, así como de aspectos de la subjetividad del entrevistador, a los que luego se vuelve en un análisis que pone en juego los aspectos teóricos que fundamentan dicha lectura, donde surge la sensibilidad teórica (14) del investigador se van conformando categorías más alejadas de lo empírico y se inicia el proceso de conceptualización - tercer columna-.

En esta planilla se volcaron las desgrabaciones de las entrevistas, y también registros realizados de la observación participante.

RESULTADOS

El comienzo: Viviendo en el Escenario del Proceso del Morir

¿Cuál es la unidad de los contrarios entre vida y muerte? ¿Entre aceptar y negar la muerte? ¿Vivir en el hogar y en el hospital? En el proceso de esta investigación, luego de un ida y vuelta en espiral entre preguntas y respuestas, entre entrevistas y observación participante, puede sostenerse que la unidad de los polos opuestos, que se excluyen y a la vez se relacionan, se configura en el proceso del morir, ya que morir por una enfermedad terminal, es un acontecer en fases que se modifican e integran constantemente hasta culminar en el evento final que es la muerte.

Sujeto y situación

Como fue planteado anteriormente, son las madres las principales cuidadoras del hijo enfermo terminal. Además recaen sobre ellas las responsabilidades de los quehaceres domésticos, el mantenimiento y preservación de la salud de los hijos y de otros miembros de la familia, como la atención ante situaciones de enfermedad. En el caso de las mujeres entrevistadas en el presente estudio, siempre eran ellas las encargadas de la atención del hijo, tanto en la casa como en el hospital, siendo quienes recibían las prescripciones y normatividad médica y las que eran consultadas sobre estas acciones. (Cuadro 1)

Los ingresos económicos provienen de los trabajos que realiza el hombre, ausentándose del hogar durante el transcurso del día, se trata habitualmente de trabajos informales. Todos los grupos familiares son perceptores de beneficios provenientes del gobierno

como la prestación universal por hijo con discapacidad, plan nutricional y tarjeta de ciudadanía.

La situación

No me llore tanto que ya se va a dormir

No me llore tanto que ya se va a dormir.

Tranquilízate que la mamá está acá la mamá.

Cálmate que la ma, la mamá está acá la mamá.

Duérmete tranquilo que de tu lado jamás me irá.

Duérmete tranquilo que de ti no me olvidaré.

No me llore tanto que ya se va a dormir

No me llore tanto que ya se va a dormir.

La mamá, la mamá está acá la mamá.

Cantante Ricardo Mollo .

CD Canciones de Cuna.

El concepto de situación hace referencia al conjunto de relaciones y significaciones que hacen al escenario de la experiencia del sujeto. Esto incluye tanto los aspectos más inmediatos del entorno como los más mediatos, es decir, al contexto social general que siempre está presente y operante (15). ¿Cuál es la situación, el escenario de estas madres y familias? Su cotidianidad transitar entre dos espacios, su hogar (la casa), en un ritmo supeditado por la urgencia o emergencia de la enfermedad, y el hospital, el lugar de alojamiento de la dada madre-hijo. Vida cotidiana que ir moldeando subjetividades constituidas en torno a polos contrarios en continua transformación, el polo de la tristeza de saber que va a perder un hijo y la alegría de seguir teniendo, el dolor ante la enfermedad y el amor especial que despierta en ella su hijo enfermo, negando y aceptando la muerte de él, la satisfacción de estar en su casa y la mortificación por estar en el hospital, sentir que por cuidar a un hijo descuidan a los otros, todas situaciones que conforman el escenario, la vida cotidiana de estas madres en el tiempo del proceso de morir del hijo enfermo, protagonistas de una historia vincular y social, única e incomparable.

"Bueno esperarme la muerte de él, no me lo esperaba hasta el momento que había hablado con un pediatra y me dijo que él no iba a vivir mucho tiempo.... sentí que me tiraron un balde frío" (E4)

"Primero tenía miedo de aspirarla y de cambiarle las sondas, tenía miedo de lastimarla, pero bueno aprendí para poder estar también en mi casa con mi otro hijo" (E6)

"Yo estaba las 24 horas con ella...cuando una madre tiene un hijo así, le dedica su vida al hijo" (E2)

Cuadro 1: Situación socio familiar de los siete casos estudiados.

CASO	Grupo conviviente del niño	Escolaridad de la madre	Ingresos económicos	Edad de la madre al momento de la muerte	Edad del niño al momento de la muerte
1	Padre y madre; abuela paterna; hermano de 7 años	Secundaria completa	Madre: Pensi n por discapacidad del hijo. Ayuda económica programa nutrirm s. Padre: cobro subsidio por desempleo. Abuela: empleada doméstica	27	4 años
2	Padre y madre; 7 hermanos de entre 15 y años	Primaria incompleta	<u>Madre:</u> Pensi n por discapacidad del hijo. <u>Padre:</u> Alba il	31	7 años
3	Padre, madre, hermano de 8 años, amiga del padre	Secundaria completa	<u>Madre:</u> Ayuda económica programa nutrirm s. Padre: construcción	33	2 años
4	Madre y hermano de 3 años, abuelos, bisabuela, tía materna	Secundaria incompleta	<u>Madre:</u> asignación universal por hijos. Abuelos: Trabajo informal.	26	2 años
5	Madre y 3 hermanos	Secundaria incompleta	<u>Madre:</u> Empleada doméstica Padre: Cuota alimentaria por el hijo.	31	1 año
6	Padre, madre y hermano de 3 años	Secundaria incompleta	<u>Padre:</u> Alba il <u>Abuela:</u> Colaboraba con mercadería.	25	5 meses
7	Padre, madre, hermanos de 13,8,5 y 3 años	Primaria incompleta	Kiosco familiar en el domicilio <u>Madre:</u> Plan familiar	31	1 años

Como se observa, las madres participantes del estudio son mujeres jóvenes entre 25 y 33 años, que tienen otros hijos menores de edad. Todas saben leer y escribir. En relación a su estado civil, la mayor vive con su pareja, a diferencia de dos que estaban solas al momento del fallecimiento del hijo, una por quedar viuda y la otra por estar separada. Todas son amas de casa, a excepción de dos, que además de cuidar a su hijo tenían que trabajar, una como empleada y otra como comerciante. En tres de los siete casos estudiados, las mujeres dejaron de trabajar cuando nació su hijo enfermo para poder atenderlo. En uno de los casos, un padre que contaba con un trabajo estable, fue despedido dada sus reiteradas inasistencias motivadas por las reiteradas internaciones del hijo.

La cotidianidad

El análisis de la vida cotidiana de las familias en estudio se realizó a partir del momento en que el niño enfermo ingresa al servicio de Internación domiciliar hasta su fallecimiento y entierro. Como ya fue mencionado anteriormente, al momento del ingreso al Servicio, las madres son entrenadas con respecto a los cuidados y atención del hijo en el hogar. A fin de dimensionar lo que implican los procesos de cuidado

en domicilio, se presentaron las indicaciones efectuadas a la progenitora para la atención en el domicilio del hijo de cinco años de edad con diagnóstico de desnutrición crónica, inmunizada con antecedentes de encefalopatía crónica no evolutiva, postmeningitis neonatal, hidrocefalia valvulada, hipertensión pulmonar moderada, pubertad precoz, traqueostomizada y gastrostomizada, con indicación de oxígeno cuando lo requiera. Su seguimiento clínico se realizara, en el

domicilio por el equipo de internación domiciliaria, y en el hospital de niños por cuidados paliativos, neurología, gastroenterología, neumonología, nutrición y cardiología.

Las indicaciones a realizarse durante las 24 hs. todos los días son:

- (1) Control de O2.
- (2) Controlar Satürometría
- (3) Kinesiología 2 veces por día por profesional, y por la madre si es necesario más durante el día.
- (4) Sabutamol 2 puff x día c/ 6 horas.
- (5) Budesonide c/12 hs.
- (6) Ranitidina c/12 hs.
- (7) Baclofeno c/ 8 hs.
- (8) Diacepan a la noche.
- (9) Fenobarbital c/12 hs.
- (10) Furseimida c/ 6 horas.
- (11) Jarabe de morfina c/4 horas
- (12) Leche maternizada c/3 horas.
- (13) Dieta hipercalórica licuada almuerzo y cena
- (14) Lactulón c/ 6 horas.
- (15) Amoxicilina c/8 horas.
- (16) Amoxi-claurilánico c/ 8 horas.
- (17) Ibuprofeno si hace fiebre
- (19) Paracetamol c/ 6 horas.
- (20) Controlar de no quedarse sin guantes, sondas, set biomax, gasas, y TQT en el domicilio. El cambio de TQT, ante una urgencia lo cambia la madre, sino en el hospital cada 15 días.

En todos los casos las madres son las encargadas de aspirar y nebulizar al hijo varias veces al día, algunas realizaban kinesiología respiratoria, cambio de traqueotomía y de sonda en el domicilio, conocimientos que eran enseñados y supervisados por los profesionales de internación domiciliaria cuando concurrían al domicilio a atender al paciente.

Al inicio de los cuidados domiciliarios, estas prácticas situaban a las madres ante el polo del miedo, de la inseguridad, de la imposibilidad, pero ante la necesidad de atender al hijo y de estar en su casa, transformaban el miedo en seguridad, en posibilidad como lo expresan estas entrevistas.

"Al principio hacer todas esas cosas me dio terror, mucho miedo..... con el paso de los meses y con las internaciones, uno aprende a hacer un montón de cosas para atenderlo a él" (E 3).

Uno de los hallazgos que surgió de las entrevistas es el sentimiento por parte de ellas de vivir entre dos lugares, de estar divididas en dos partes:

"Yo vivía más en el hospital que en mi propia casa, yo venía a mi casa como de vacaciones, o sea que venía dos o tres días" (E 1).

"No podía estar dividida en dos partes, entre la casa y el hospital" (E 2).

Estar en casa- Familia en situación de emergencia

Otra vez la noche...es el martillo de la fiebre en las sienes bien vendadas del niño. -Madre ¡El pájaro amarillo! ¡Las mariposas negras y moradas! -Duerme, hijo mío. Y la manita oprime Madre junto al lecho. -¡O flor de fuego! Quién ha de helarte, flor de sangre, dime? Hay en la pobre alcoba olor de espiago: Fuera la redonda luna que blanquea cúpula y torre a la ciudad sombría....

Antología Poética de Antonio Machado

"Muchas cosas no podés hacer en la casa porque tenía que estar pendiente de A." (E.3)

"Todo giraba alrededor de él, estar todo el tiempo pendiente de él" (E. 4).

"Entonces dejaba de hacer un motón de cosas para atenderlo a él" (E. 5).

Cuando la madre está en la casa con el hijo enfermo, el desenvolvimiento que adquiere su día a día, supone el estar las 24 hs. dedicadas, pendientes de él, como manifestaron las entrevistadas. Vida cotidiana de 24 hs. ocupadas para el hijo, habitadas por un conjunto multitudinario de hechos, de objetos, de actividades, de vínculos, relacionados con la atención del mismo, conviviendo con tubo de oxígeno, aspirador, nebulizador, bomba infusora, sondas, gasas, guantes y medicación, donde el interactuar cotidiano se desarrolla en el escenario de la enfermedad, recibiendo a los distintos profesionales que ingresan al domicilio para atender al hijo, recibiendo a la ambulancia ante una situación de emergencia, realizando acciones como la de alimentarlo por bomba, aspirarlo, nebulizarlo, dar medicamentos, etc.

"No es lo mismo un chico que está sano, que vos lo ponés en el cochecito y ya está, le diste de comer, le diste la teta o la mamadera y ya está, te olvidas. No es lo mismo. Tiene más urgencia de atención un chico que es crónico, que tenés que fijarte, que tenés que aspirarlo, fijarte de la leche, el goteo y un montón

de cosas que por ahí se te complican" (E3).

"Todo me iba mal con ella, cada vez empeoraba más la enfermedad... no podía manejarla con ella como antes por la calle, llevarla para todo lados porque teníamos que estar con el oxígeno, aparte los mocos, las secreciones, teníamos que estar con un aparato" (E2).

Madres que están 24 hs. en estado de alerta, por si se presenta la emergencia, (la irrupción de una convulsión, una broncoaspiración, o un paro cardíaco).

"Él aparte de un montón de patologías, tenía el problema de las convulsiones, y uno tenía que estar alerta, yo por lo menos particularmente lo miraba, lo observaba mucho.....yo lo tenía que mirar muy fino, porque a veces podía ser que él estaba moviéndose, o se estaba moviendo porque tenía una convulsión. El problema de él es que primero tenía una bomba, que yo tenía que estar muy alerta de que no se aspirara, de que no le cayera de golpe la leche, de que no se parara..... tenía que estar alerta todo el tiempo. De noche le tenés que dar la medicación, no te puedes quedar dormida porque la medicación se la tenés que dar a horario. No puedes decir, ay espero un rato más, total es una aspirina, no... eran anticonvulsivos y un montón de cosas más" (E3)

Circunstancias que hacen que estén preparadas para salir corriendo ante la presencia de la emergencia

"Yo sabía que en cualquier momento tenía que armar los bolsos e irme de vuelta al hospital si se descomponía" (E1)

"Estábamos en la casa y por ahí de golpe teníamos que salir corriendo al hospital" (E.3)

"Le decía a mis hijos que ese peso vamos a dejarlo por la dudas si le pasa algo a S. y tendríamos que salir corriendo" (E.5)

Como se observa en estas entrevistas, esta situación de alerta también afectaba a los otros miembros de la familia que igualmente tenían que estar preparados por si se presentaba la emergencia en el hogar y madre e hijo tuvieran que salir corriendo al hospital, acontecer que los ponga en una situación de emergencia. Ana Quiroga desarrolla el concepto de emergencia social definiéndolo como *"... la modificación súbita y significativa de las condiciones materiales y sociales de existencia de una comunidad, y al impacto que dicha modificación provoca en sus miembros. La situación emergencia coloca a los integrantes de la comunidad ante una circunstancia de*

cambio agudo, frente a lo cual las formas habituales de organización y respuesta resultan insuficientes o inadecuadas, ya que se ha producido una ruptura de la cotidianidad. La población queda sometida a una exigencia adaptativa masiva, a una redefinición inmediata de pautas de conductas. Esto implica una estructuración y re estructuración de los marcos de referencia que permite interpretar su circunstancia y guiar la acción". Es así que las familias estudiadas, transitan por una emergencia familiar, viviendo situaciones de fuerte impacto emocional, constituyéndose en **familias en situación de emergencia.**

"Cuando le agarraban las convulsiones hasta que llegaba la ambulancia, no paraba de soplarla, de darle aire, estaba desesperada, y mi esposo se quedaba paralizado, no reaccionaba" (E.6).

"Mis hijos... la cara de miedo que tenían, de que le pase algo ahí y no saber qué hacer ellos, y yo" (E5).

Grupo familiar que está en continuo movimiento de desestructuración de conductas cotidianas y de estructuración de nuevas, como condición para estar preparados para cuando emerja lo vertiginoso, la amenaza, que puede producir una modificación súbita en la organización familiar, con una fuerte repercusión en cada uno de ellos.

"Me acuerdo que nos agarraba de madrugada, con fiebre y convulsionando y tenía que salir corriendo al hospital" (E 5)

Indudablemente las precarias condiciones materiales, las fallas en el suministro de luz eléctrica adecuada, (derivadas muchas veces de la situación de estar conectados clandestinamente, con cortes de luz que se producen con frecuencia), servicio que es imprescindible, instala otra dimensión de dramatismo ante la irrupción de la emergencia en los grupos familiares en contextos de pobreza.

"Con los cortes de luz, por ahí yo tenía que salir rajando cuando estaba con la bomba o con los moquitos, que se la tenía que aspirar, que tenía que ir a la casa de una tía que este con luz porque mayormente es eso, la luz" (E 2).

"Me daba bronca porque cuando se cortaba la luz a las doce de la noche, yo tenía que estar con mi hijo en la vereda, ... eran las doce de la noche, que yo no conseguía remise, no conseguía colectivo, para trasladarme con él" (...) "tenía que estar en la vereda con mi hijo haciéndole viento"..... Eso sí me daba bronca, que él no esté bien, eso me daba bronca, él no me podía decir que tenía calor o que tenía frío, porque este invierno se cortó la luz 24 hs y no sabíamos cómo

hacer para que esté calentito" (E 1) "

"La falta de plata me afectaba por si se descompone el nene... cómo hago?, salgo corriendo o en un remise, al menos los otros chicos estaban sanitos pero cómo hago para socorrer al nene que está enfermo?" (E 5).

Dos tendencias contrapuestas se pueden identificar en estas familias:

a- Tendencia centrípetas: se expresa a través de una extrema cohesión de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que ellos realizan, en el hogar, están dadas en función del enfermo, todo gira alrededor de él, convirtiéndose en el centro de las interacciones del vínculo familiar, y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia. Autores como Jaramillo (11) sostienen que es bastante común observar el fenómeno llamado actitud Bunker en familias donde hay un enfermo terminal, como es expresado por estas entrevistadas.

"No lo dejaba salir afuera....los tenía a todos cambiaditos, bañaditos, juntitos. No sabían lo que era una vereda, no sabían lo que era salir a la calle" (E.5)

"Con M. no salíamos a la calle, no la sacaba, no quería que mis vecinos la vean para que no me pregunten que tenía" (E.6)

"No, no lo saqué a pasear, me privé un montón de cosas, porque pensé que el frío le iba a hacer mal, que el sol le iba a hacer mal, entonces vivíamos ahí encerrados, no conocimos lo que es un paseo en el parque" (E2)

b- Tendencia centrífuga: fuerza que se presenta desde la emergencia, y/o la internación, sacando del eje de rotación, del hogar, a la dada madre-hijo. Esta separación produce dos efectos en el grupo familiar: por un lado aleja a todos los miembros de la cotidianidad de la casa, del eje de rotación que hasta ese momento era centrípetas,

"Cuando estaba internada, ahí dividíamos a los chicos. Mi hermana se quedaba con una, mi mamá se quedaba con el más grande y el más chico era la pelea porque nadie lo quería porque es muy terrible" (E.5).

"A mi hijo A. lo cuidaron muchas personas, la madrina un tiempo, después lo cuidó una vecina, después los familiares de mi marido" (E1).

Estas situaciones acontecieron en aquellas familias constituidas por madres solas, o donde el padre estaba ausente gran parte del día por el trabajo.

Por otro lado, se producen cambios en la organización familiar, con adjudicación y asunción de roles, donde hermanos mayores cuidaban de los menores.

"Cuando A. estaba internada en el hospital, mis otros hijos se cuidaban entre ellos....cuando estuve mucho tiempo en el hospital con A. mi hija mayor me ayudó mucho con el cuidado de los hermanos....a pesar de que ella también tenía a su bebé" (E2)

"Cuando quedaba internada con mi hija, la mayor se hacía cargo de cuidar a sus hermanos más chicos y de llevarlos a la escuela porque mi esposo trabajaba todo el día" (E7)

La desorganización: *"mis hijos no hubieran perdido la escuela" (E.2) "el otro día me dijo, mami cuando vos faltés, yo me hago el puré de papá" (E 5),* la ansiedad, y la labilidad emocional *"vivíamos discutiendo con mi esposo, porque él no me ayudaba en nada con los cuidados de M." (E 6),* son situaciones intrínsecas a este movimiento con dos tendencias.

Los grupos familiares estudiados viven en un tiempo y ritmo inciertos, vertiginosos, emergentes de este proceso. Su cotidianidad se altera, la enfermedad invade el espacio familiar. Transitan por la experiencia de observar y sentir, día tras día, el deterioro de un cuerpo enfermo de uno de sus miembros, las pérdidas de vida por el avance de la enfermedad, donde cada uno de ellos, desde su subjetividad, su edad, su comprensión de lo que está aconteciendo, interactúan entre ellos y con el que padece.

"La nena decía vamos a comprarle un andador así camina, y yo le decía que no sabía si iba a poder caminar. Me decía por qué no mira fijo?, por qué no sonríe como los otros?, por qué no apretaba la mano? yo le explicaba que era por su temita neurológico" (E 4)

"Si, mi hija me preguntaba por qué usaba sonda y yo le conté, y un día estábamos mirando un programa del cable que pasaron de los chicos que tienen problemas y ella me dijo "mira mami igual que M., tiene un cosito en la nariz para tomar la leche" Y....si, le dije yo, "M. es igual" dice, "pero yo lo quiero igual porque es mi hermanito"(E 5).

El miedo, el alerta

Las familias estudiadas experimentan intensas emociones en este tiempo, siendo el miedo la manifestación recurrente en su cotidianidad, que coloca a las madres en estado de alerta, de hipervigilancia, en una exigencia de adaptación, que le permita actuar ante la presencia de la amenaza, de la urgencia.

"Yo siempre tenía preparado un bolsito con ropa mía y de mi hija por si teníamos que internarnos" (E 7).

"Muchas veces mis hijos tuvieron miedo, cuando

le agarraban las convulsiones, me veían llorar y temblaban de miedo, porque S. se encogía todo y quedaba morado” (E 5),

.....“Por ahí él empezaba a toser y yo tenía miedo que empezara a vomitar, tenía miedo que se aspirara, que si tenía moco lo tenía que controlar, de que si tenía un quejido, sea quejido nada más, y que no llegue a pasar lo peor” (E.3).

Estar en alerta es una respuesta al miedo ante la amenaza objetiva de descompensación del hijo, y/o que ocurra lo negado, que es el fallecimiento en el domicilio, como recién fue manifestado “que llegue a pasar lo peor”.

Tres de las madres entrevistadas, registraban en su historia personal vivencias de muertes anteriores, que de algún modo irrumpen desde lo siniestro en el presente escenario del morir, produciendo angustia y miedo.

“Sí, lloraba durante la enfermedad de M, porque se me juntaban todos los pensamientos de la muerte de mi marido, que estuvo internado, eh... todo lo que me había pasado, desde que... no quiero llorar, un papelón... fueron muchas cosas las que me pasó y me angustiaba...

E- ¿Qué edad tenías cuando fallecieron tus otros chicos?

Tenía... 18 con el primero que falleció, con la nena y 19, y M. tenía un mellizo que murió ni bien nació. Mi idea siempre era la de tener cuatro hijos.....

Mi esposo falleció en un accidente de auto cuando venía del trabajo a casa en Rosario.....

E- ¿Y sueños, pesadillas, tuviste?

Sí, tuve una pesadilla una semana antes que le pase eso a M. Si, tuve una pesadilla, que fue que estaba yo en el hospital. No era una pesadilla fue un sueño así como real y... había soñado con mi marido y... soñé que estábamos en una plaza estaba, este... la mamá de L. estaba Sandra, estaba mi marido, estaba yo y estaba con M. y... si, soñé que mi marido me dijo que lo llevaba a M. a hacer y ... y yo le dije que sí, pero después mi marido se lo llevaba, se iba, se iba lejos, lejos y Sandra me dice “andá a fijarte que tu marido se lo lleva muy lejos al nene” y eso si fue una pesadilla que me pasó porque cuando yo veía que él se lo llevaba a M y pasó así entre unos árboles y yo también me fui y ya cuando pasamos los árboles me había encontrado con el cementerio y ya ahí no lo ví más, ni a mi marido ni a M y me acuerdo que me había despertado llorando y lo tenía al lado a M y lo alcé y lo abrazaba y lloraba porque parecía tan real el sueño,

era tan feo...(E 4).

Estar en el hospital

Durante siglos los hospitales estuvieron en manos de la iglesia, la mayoría de los pacientes que se atendían eran personas pobres y sin recursos, muchas veces sin familias que les atendieran en sus hogares. A partir de los Siglos XV –XVI esta situación cambia y la responsabilidad de la institución hospitalaria pasa a manos del Estado. Con una tecnificación y una deshumanización creciente, comienza a verse el hospital como un lugar donde se cura o se prolonga la vida. Llegado el Siglo XX, donde la tecnología y la industria imperan, la esperanza de vida del ser humano se ha duplicado. La sociedad va desterrando poco a poco el fantasma de la muerte, si no se habla de ella, si no se ve, no existe, y envía al moribundo al hospital para alejar la muerte del seno de la familia, se desplaza progresivamente el proceso del morir del hogar y la familia hacia el médico y los hospitales (16). El hospital, que es otro de los espacios de vida cotidiana donde se despliega el vínculo madre-hijo, es sentido como un lugar de internación también para las madres.

“Me decían: queda internado y lloraba porque sabía que quedaba internada”(E.1).

La ansiedad y la angustia, que en sí misma generaba la enfermedad del hijo, se ven acrecentadas cuando se hace necesario el ingreso hospitalario del niño, establecimiento que presentificaba el estado de enfermedad del hijo, reinstalando las preguntas respecto de su tiempo de vida. Así el hospital se configura como el lugar del miedo intenso.

“Cuando internaban a M. me agarraba mucho miedo porque no sabía que iba a pasar con ella” (E 6).

“El problema que tenía cuando lo tenía internado a él es que no podía dormir por las noches. Y en el hospital no sé, aparte, no sé por qué pero en los últimos tiempos ahí en el hospital tenía mucho miedo, me agarraba mucho pánico. Me despertaba a cada rato y lo miraba, a ver si estaba respirando. En mi casa no, no sentía eso, el nene era común y como que yo me sentía que al nene acá, lo protegía, pero en el hospital no sé por qué me agarraba ese miedo, yo no dormía bien... tenía miedo a que le pasara algo” (E 4)

“Porque vos..., no estás preparado para perder a tu hijo y vos vivís en ese ambiente, estás en el hospital y ves muchas mamás, ves cuando pasan esas cosas así que los chicos fallecen y decís que no tenés palabras, porque no hay palabras para ese dolor.... yo

siempre decía ojalá que a mí no me toque porque no estoy libre... no estás preparado pero sabés que tu hijo también va a fallecer”(E2)

Miedo que adquirir a mayor envergadura cuando el hijo ingresaba a terapia intensiva. Estas unidades se representan en las entrevistadas como el espacio de un saber técnico, de una verdad específica, donde se cuenta con medios e instrumental especiales, a veces significados como indicios de una muerte muy probable, y que en cada una de estas madres, puede ser una instancia de duelo anticipatorio.

“Cuando entraba a terapia me agarraba mucho, pero mucho miedo, porque no sabía que iba a pasar con M.”(E 6).

“No sabía si me lo iban a meter en terapia o que le estaba pasando, o no me querían decir la verdad y eso me desesperaba. Y ver que el estaba ahí en una cama me desesperaba, ver que no podía hacer nada yo”(E 5).

El escenario del hospital vivido como amenazante, favorece la emergencia de síntomas emocionales, físicos, cognitivos y conductuales, reflejo de una drama interna, constituida en este escenario:

Las Pesadillas: “s, mis sueños eran horribles, en terapia me acuerdo que una vez me dijeron que S. estaba en estado de coma, que no se iba a levantar, y lo soñé en un cajoncito, y lo soñé muerto y desde esa noche no me moví de terapia, viví pendiente de terapia, y me decían andate a dormir, a comer, y yo decía que de ahí no me movía”(E5)

“una noche soñé que mi hija se despedía de mí... estaba parada en la cuna del hospital y me saludaba con su manito levantada”(E7).

Cansancio: “estas todo el día cansada, todo el día fatigada, como que hice 1500 cosas y a lo mejor no hice nada....siento como somnolencia., y después me ven a un profundo sueño, sueño, sueño, sueño, sueño, sueño, sueño que hasta el día de hoy tengo, si es por mí creo que las 24 horas duermo”(E1).

Dolores físicos: “además que yo no soy así de mostrar mucho los nervios. Había veces como que sentí a puntadas en el pecho eh... o como que me ahogaba, salí a afuera para tomar aire.....Si, mientras estaba internado me sentí así. Me temblaban mucho las manos. (E 4).

Insomnio: “Si. hay veces que me costaba dormirme a la noche, me pongo a pensar, pensar, pensar, pensar y bueno, me costaba dormirme, (E1).

Comer y engordar: “sí, el bajar de peso, o cuando iba al hospital engordaba y cuando estaba en mi

casa enflaquecía y a lo mejor cuando estaba en el hospital de tanta incertidumbre, de ver que no pasaba nada, comía, comía. Después al estar en mi casa, me hacía las cuatro comidas bien y bajaba de lo más bien. Pero llegaba al hospital y estaba re gorda.comía por los nervios”(E5).

“También de los nervios me la pasaba comiendo. Sí, era una cosa que a lo mejor venía a mi casa a ver a mi nena un rato y comía acá, iba al hospital y comía y es como que no podía estar sino comía algo o... como que me descargaba asíme la pasaba comiendo”(E 7).

“Entonces yo que hacía, comía... comía, comía y comía y me llenaba con eso, con la comida, tampoco me llenaba, o sea, la ansiedad de no saber qué van a decir los médicos, y el que esto que lo otro, no te llenas nunca, o sea, yo la agarré por el lado de la comida, (E 1).

Fumar: “A todo esto cuando S. entró a terapia empecé a fumar porque yo antes no fumaba. Sentí en el cigarrillo tranquilidad, calmar la ansiedad”(E 5)

El sentimiento de abandono hacia los otros hijos también generaba inquietudes en ellas cuando quedaban internadas, produciendo mal humor, estados de intranquilidad, no solo apesadumbradas por la amenaza que configura el hospital, sino también por la preocupación de cómo estarían los otros hijos.

“No estaba tranquila, estaba pendiente de cuando me daban el alta o que S. se vaya bien recuperado cosa de no volver más, y poder estar con los chicos, apenas llegaba llamar para que me los traigan, estar en el hospital y tener todo así separado es horrible”. (E 5).

“Me ponía mal, estar en el hospital, sentía que descuidaba a mi hija, pero no porque yo quería, yo no podía...” “Y... impotencia... mucha impotencia....Por el tema de estar internado te quita mucho el tiempo, para muchas cosas.... Quizás... que se yo, si él no hubiese tenido tantas internaciones como las tuvo, que se yo, podría haber aprovechado el tiempo de estar tanto con él como con mi hija”(E 4).

“Y no, mal, malísimo, porque sentís que abandonas un hijo para estar cuidando otro hijo. Es una sensación horrible, porque vos decís “soy mamá de uno, y es mi deber cuidarlo, pero a la vez por cuidar este bebé estás abandonando otro hijo”(E 3.)

Los cuidados paliativos

De los siete casos investigados, el equipo de cuidados paliativos estuvo presente solo en un caso en

el momento de informar el diagnóstico, en los otros seis, se fue incorporando al proceso de atención con el avance de la enfermedad, momento de congoja en ambos padres, porque en la representación social se los asocia con los profesionales que intervienen cuando la muerte está cerca.

“Me acuerdo cuando el año pasado, en junio 3 días antes de mi cumpleaños que me hicieron esa reunión que me dijeron todas las cosas, yo estuve un mes llorando seguido, a lo mejor no adelante de los demás porque me decían vos sos fuerte, vos sos fuerte” (E 1).

“Cuando en la reunión las chicas de paliativos me dijeron que mi hija tenía una enfermedad que iba a ir avanzando, me shockeó, estuve muy mal en mi casa, lloraba” (E 6).

Con la incorporación de este equipo en el proceso del morir, se plantean dos modalidades de intervención, que conmocionan a los progenitores, una vinculada a la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y otra relativa a la indicación de morfina al niño.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

La LET consiste en realidad en la adecuación proporcional del tratamiento, como consecuencia de la deliberación libre entre el paciente y el profesional, en el marco de una relación asistencial terapéutica que busca la participación y la mutua confianza. Trata de lograr la aceptación libre y participación del paciente o representante en el proceso de toma de decisiones en el tratamiento. Esto significa que el profesional, lejos de separarse del proceso de decisión, y de mantenerse en una neutralidad cómoda, decidir acompañar a la persona enferma y comprometerse con ella. La confianza, el compromiso y la responsabilidad que conlleva este modelo de proceso asistencial son entonces los factores clave que permiten seleccionar de forma cooperativa la mejor opción entre las disponibles, esto es, la LET (17).

La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico es otra de las instancias de fuerte repercusión emocional, porque los padres son informados del avance de la enfermedad del hijo, y de las acciones que son convenientes a seguir cuando ingrese en fase final. Se propone que dado el pronóstico de terminalidad del hijo, existe la posibilidad de la limitación del esfuerzo terapéutico, y que para ello es necesario contar con la aceptación y acuerdo por parte de ellos y el equipo médico, para evitar que cuando el niño ingrese en la guardia del hospital en situación de muerte imminente,

o cuando está en fase final, o de agona, no se le realicen tratamientos desproporcionados.

La aceptación por parte de los padres es rechazada en un principio, accediendo -en los casos estudiados-, cuando la enfermedad está avanzada, y/o en la etapa de la agona para que no ingrese a terapia, o se le realicen prácticas invasivas. De los siete casos analizados, los siete padres firmaron este consentimiento.

La morfina

Ni la adormidera ni la mandragora
ni todos los adormecedores jugos de la naturaleza
te ayudarán a recuperar el dulce sueño.
(Otelo, tercer acto)

Con respecto a la morfina existen mitos y temores, por ejemplo considerar que el momento en que la suministran es indicativo de que ya la persona está muy mal, sistema de creencias que forma parte de la subjetividad de las madres en estudio, situándolas en la aflicción.

“Cuando le prescriben la morfina, pensé que mi hija se moría pronto” (E7).

Interviniendo como profesional tres madres me expresaron durante las visitas domiciliarias, que la morfina estaba matando al hijo desde que comenzaron a suministrarla, que su hijo estaba mal, culpabilizándola por su desmejora.

Las otras muertes

Otro escenario de fuerte impacto emocional, es la muerte del hijo de las amigas, las internadas, *“yo he llorado más con los hijos ajenos, el primer caso que a mí me pasó fue el de A., a mí me mató, yo creo que estuve 24 hs. seguidas llorando....con la muerte de A yo ya sabía lo que se me venía....(E1)*, la muerte del hijo de las amigas, las internadas, es un espejo por donde se refleja lo que va a ser su realidad, lo que va a acontecer, lo temido, doloroso, angustiante, pero a su vez este reflejo ayuda para comenzar a elaborar la pérdida, otra situación de duelo anticipatorio.

Eso que está en mi cabeza – Ambivalencia Afectiva

Vivir en el proceso de muerte del hijo, sitúa a las madres en una ambivalencia afectiva, transitando por sentimientos encontrados, mientras que por un lado desean que el hijo mejore y viva más tiempo, por otro lado se vuelve imperativo que deje de sufrir, negando ellas este sentimiento por considerarlo

moralmente inaceptable. Sentimiento que se vuelve pensamiento contradictorio, que está en su cabeza, en su subjetividad.

"Trataba de no pensar, así, el tema de la muerte, eh... trataba de pensar en otra cosa, en cosas de él. No, no.... no quería... pensar eso, en el tema de la muerte de mi hijo"(E5), no lo acepta "No, no lo acepté, que iba a morir...(E4), lo va aceptando "me lo venía imaginando muchas veces el fallecimiento... (E1)", lo acepta "y a la vez, cuando yo escuché como el oxígeno le entraba dije, no esto tiene que terminar ya, porque él no puede....y sí, lo termina aceptando por él" (E3), lo sigue negando sabiendo que va a pasar "sabía que en algún momento iba a pasar, pero no lo quería aceptar"(E4).

No lo pienso, no lo acepto, pero lo voy aceptando, lo acepto pero lo sigo negando sabiendo que va a pasar, es una forma de pensamiento de contrarios, de negación y aceptación, de ambivalencia afectiva, que está en lucha, en movimiento dialéctico continuo.

Madres Situadas

Situarse es desde la perspectiva de la psicología social, un intento permanente de comunicación, de apropiación de sentidos, de conocimiento. Es tarea de un sujeto que desde la conciencia de su esencia social y de su temporalidad no se pierde a sí mismo, no se aliena en un presente fragmentado sin pasado, sin proyecto. Es tensión y lucha por no escindirse, para que la identidad preserve sus apoyaturas, conserve su contradicción de permanencia y cambio, su capacidad elaborativa, esa que nos da consistencia y continuidad como sujetos. El situarse es un aferramiento a la racionalidad, compromiso con una praxis que intenta no solo construir la historia, sino hacerla inteligible (18).

Situarse, que desde su hacer, pensar y sentir, estas madres construyen en el tiempo vida del hijo, una histórica, no deseada pero a la vez aceptada en un proceso que es irrepetible. Emergen desde un contexto de condiciones de pobreza, como sujetos de acción en una tarea concreta, con conocimiento, en un proceso de aprendizaje que les permite adaptarse activamente a la realidad, logrando de esta manera interactuar con un campo hegemónico como lo es el del universo médico.

"A mí me costó aprender cuatro meses. Cuatro meses me negué a hacer cualquier cosa. Cuando yo entré al hospital, y A. estuvo en sala dos meses, y ahí lo aspiraban, le hacían de todo. Todo lo que te-

nían que hacerle, le hacía, yo no quería saber absolutamente nada. A mí me preguntaban cómo eran las convulsiones, yo le decía que no le entendía nada de términos médicos, nada...cuando cayó en terapia por una neumonía hospitalaria, intrahospitalaria....entonces ahí yo dije no, yo lo aspiro. Estuve toda una noche pidiéndole a una enfermera que me ayude. Me enseñó y lo hice, y de ahí no paré, porque era yo la que lo tenía que hacer... vos como mamá sabes cuándo va a cambiar, cuando tiene algo, cuando la tos es diferente, o cuando tiene catarro, o si lo aspiras, si los mocos son espesos o no son espesos, de qué color, nada más que uno. Entonces ahí dije, esto lo manejo yo y empecé a manejarlo yo, pero al principio me dio terror. (E3).

"Entonces la doctora me trato de ignorante, yo le dije "pero es que yo nunca tuve una criatura enferma, es la primera vez" (E2).

"Como que tuve que aprender de golpe, o sea que tuve que aprender a defenderme...porque cuando nació T. yo le decía a los médicos todo que sí... entonces luego yo empecé con los por qué y para qué y esto y lo otro e informarme y preguntar a los 500 médicos que venían a la sala... y si no me quedaba conforme iba y preguntaba a otro" (E1).

Los vínculos

El hijo

"Tengo dos amores de mi vida, tengo dos amores hermosos, y uno nuevo, pero ese es especial, es único, irrepetible, y no lo vas a volver a tener más" (E3).

"Se crea un amor especial, distinto, es una experiencia, a la vez triste y a la vez hermosa. Te crea otras emociones" (E2).

Como dice la entrevistada es una experiencia triste pero a la vez hermosa, que crea otras emociones, distintas, especiales en este escenario del proceso del morir, sentimiento construido desde un proceso emocional creativo, nuevo, que ayuda a transitar por este escenario.

"Él me hizo crecer lo que los demás no pudieron. Me hizo madurar diferente y dejé de tenerle miedo a un montón de cosas. Yo siento que se me fue un hijo, y ya no tengo que temerle más nada, porque más nada me puede pasar que la muerte de un hijo" (E3).

"Lo que yo viví con ella no lo viví en mi vida, con ella a pesar del dolor de haberla perdido aprendí muchas cosas con ella. Aprendí a vivir todo lo que viví con ella" (E2).

"Yo antes vivía en una nube de limbo, aprendí a

ser madre de la peor manera... como que tuve que madurar de golpe, o sea tuve que aprender a defenderme....nunca pensé en tener que chocarme con un montón de médicos, un montón de significados que yo no conocía" (E1).

Aprenden a conocer las necesidades del hijo, descifrando sus movimientos, lenguaje, expresiones, comprendiendo que su llanto no solo puede ser expresión de hambre, sino también de dolor, de malestar, de cansancio, para poder ser la voz de él en el mundo externo, como expresión de satisfacción a la necesidad de ambos. Para que escuchen lo que está sintiendo el hijo con respecto a las prácticas médicas sobre su cuerpo.

"Éramos uno...yo pienso que todas las veces que me quejé en el hospital fue por las veces que él no se pudo quejar. Yo era la voz de él....Yo pienso que él y yo éramos uno" (E 1).

La Pareja

Con respecto al vínculo con la pareja y su participación en el cuidado del hijo, como expresa esta entrevistada: *"hay de todo"*.

"Y están los padres que las acompañan a las madres porque he conocido casos, de padres que las han acompañado a las madres, que han dormido en los bancos de afuera esperando a la mujer y al hijo a ver qué le decían del hijo, que esto, que el otro... hay de todo. Hay madres que han estado solas, que los padres nunca estuvieron, conoces de todo, pasas por todas las experiencias" (E1).

Como se observa hay distintas reacciones que tienen los padres con respecto al cuidado del hijo, y a la relación que establecen con su pareja ante esta situación.

"En eso de la enfermedad de A. pareciera que no fuéramos muy unidos pero sí, en eso sí, como que en eso nos sentimos acompañados los dos y siempre estuvimos los dos por ella. Muchos decían que muchas veces no estaba, que no aparecía, pero si él no estaba era porque tenía que trabajar para que A. no le faltara nada...yo tenía que cuidarla en la casa y él también ayudaba en la casa con sus cuidados" (E2).

"Mi esposo siempre atendió a mi hijita y a los otros hijos, nos turnábamos en los cuidados.....cuando caía internada con ella, él se quedaba solo con los otros chicos" (E7).

En otros casos, cuatro madres sintieron que la relación con ellos iba perdiendo fuerza, porque creían que todas las tareas a realizarse con los cuidados del

hijo recaían solamente en ellas.

"Con mi marido sí, con él si cambié mucho la relación, digamos de lo que éramos primero a lo que fue después. Con el tiempo se fue poniendo más áspera la relación, siempre peleábamos por cualquier cosa, que vos no me ayudás con los pañales, que no me ayudás con la pastilla, y pero yo trabajo todo el día y... todas esas cosas..., si yo me levantaba porque le tenía que dar la pastilla, porque lo tenía que cambiar, porque le tenía que hacer la comida, porque lo tenía que llevar al médico, eh...es una responsabilidad grande que llega un punto en el que vos decís basta, por qué todo yo sola, y ahí empiezan los reproches y porque vos no me ayudas y porque vos no haces la pastilla y porque vos no haces esto" (E1).

"Me sentía muy sola. Él nunca lo aspiró, nunca lo kinesió, nunca le dio los antibióticos, nada, no hizo nunca nada de eso....es más, no sabía ni preparar la medicación. Yo le decía "agarra el jarabe y pone tanto" y me decía "y cómo hago?, cómo lo tengo que hacer? Y cómo lo pongo en la jeringa?"(E3).

Como se advierte en estas entrevistas, la relación con la pareja va deteriorándose con el transcurso del tiempo, surgiendo discusiones con respecto a la actitud de no afrontamiento por parte del padre, situándose ellos en una posición de impotencia. Otra de las causas de desgaste en la relación, era por la ausencia reiterada de la mujer en el hogar por las frecuentes internaciones.

Otro de los motivos de afectación en el vínculo era producido por la dependencia de ellas hacia el hijo, expresada en la actitud de estar pendientes de él las 24 hs. Esta condición ocasionaba que estén cansadas, estresadas, produciendo como consecuencia la suspensión de las relaciones sexuales con su pareja, ligada muchas veces a la caída del deseo.

"Sí, totalmente. Disminuyeron 100% casi... Y sí, 6 meses internada y después 2 meses, un mes, 25, todo el tiempo así, siempre así... que uno cuando viene de estar internada está tan saturada, pese a que no hace nada. También modifica porque uno está cansada, está estresada, no quiere saber nada, y esta persona quiere y yo no, porque yo estoy diferente, me siento diferente, entonces por lo tanto sí, modificaba un montón...(E3).

"Si hubo cambios, pero, eh... yo lo siento en mí, como que yo no, no, no quiero saber nada, ¿entendés?, pasa porque tiene que pasar pero no porque yo quiero,...para mí era...no, no sentía la necesidad" (E1)

Pero esta suspensión no era solamente por el estado de cansancio físico y psicológico, sino por las condiciones de cohecho, donde el hijo dormía con ella en la misma cama para poder sentirlo de noche.

"Si, con S. no tenía ganas, porque me duele la cabeza, porque estoy cansada, porque a cada rato estaba pendiente del oxígeno, si le faltaba algo, cambiaba un montón. Antes dormía al lado de una persona, pero con S. no, el dormía conmigo y si te molesta dormir vos aparte, S. duerme conmigo" (E5).

Cuando el paciente requería en su domicilio de varios aparatos tecnológicos como oxígeno, bomba infusora, nebulizadores o respirador para ventilación mecánica, en estos casos directamente el padre del niño o no dormía en la cama marital.

En efecto, en las sucesivas visitas realizadas en los hogares podía observarse que el lugar asignado al paciente crítico terminal, el espacio por donde se desarrollaba su cotidianidad, era la cama donde dormía la madre. Consultada sobre esto a una madre cuya hija estaba con respirador en el domicilio respondió que:

"Cuando una madre tiene un hijo muy enfermo, no pensás si vas a tener relaciones o no con tu esposo, solo pensás en tu hijo, lo otro es secundario.... solo pensás si vas a poder escuchar a la noche a tu hijo si respira"

Acerca de la aceptación de la enfermedad y muerte del hijo, ellas son las que están más preparadas para el momento de su partida, porque son las que estuvieron las 24 hs. con él, viviendo las emergencias, las internaciones, los miedos, las ansiedades en el hospital y en la casa. El padre, al no haber podido transitar por el mismo proceso que la mujer por las diferentes razones que ya fueron expresadas, aparecen diferencias entre ellos en relación a la aceptación del diagnóstico y pronóstico del hijo, siendo ellos fundamentalmente los que no aceptaban y negaban el pronóstico de muerte.

"Mi marido...es como que él no lo aceptaba....él decía que él iba a salir adelante. Yo no decía que él iba a salir adelante, pero por más que yo no lo quiera yo me daba cuenta que él no era un chico normal, que no era un chico como los demás" (E4)

"Porque él tomaba como que ay, eso va a pasar, como que se negaba, se negaba mucho.. Ay está internado, pero va a salir, no te preocupes que va a salir y va a estar todo bien, me decía" (E3).

Algunas de ellas al sentir que no podían hablar con su pareja sobre la enfermedad del hijo, de su

diagnóstico y pronóstico, por la negación en ellos de afrontar esta realidad, este tema era conversado muchas veces con las amigas, que estaban en las mismas circunstancias, las internadas,

"Entonces esas cosas no se pueden hablar con alguien que niega, se supone que lo tenés que hablar con alguien que está pasando por lo mismo, y nada mejor que una mamá, que otra mamá que esté pasando por lo mismo" (E1).

Los otros hijos - Los hermanos

Los hermanos, desde un contexto de pobreza, participan en el hogar del proceso del morir, observando e interactuando con el hermano enfermo. La cotidianidad de ellos también se altera, teniendo que acomodarse a lo imprevisible, ser flexibles ante los cambios inesperados como el de no saber dónde van a estar al día siguiente, si en su casa o en la de algún familiar o amigo de la familia, si llega a ocurrir la hospitalización del hermano. Durante este periodo están separados de la madre y del hermano enfermo, realidad en la que también intervienen los mandatos institucionales, considerando que algunas salas del hospital prohíben las visitas de menores, situación que es agravada cuando el niño o enfermo se encuentra en terapia intensiva, lugar de inadmisibilidad total de esta visita. En este contexto de inestabilidad, se presentan situaciones de abandono de la escuela o repetición de grado en algunos de ellos como lo comentan estas madres.

"Si yo hubiera tenido ayuda, mis hijos no hubieran perdido la escuela, si yo hubiera tenido ayuda en mi casa o en el hospital yo los iba a acompañar más a ellos....antes de la enfermedad de A. todos los chicos iban a la escuela" (E2).

"Se quedó de grado porque los que lo cuidaban no lo llevaron las dos semanas que tenía que ir para subirle la nota" (E3).

"Mi hijo de nueve años, el mayor era un duque, si él me ayudaba... lo cambiaba todo, lo sabía cambiar de pie a cabeza" (E5)

Hermanos que con pocos años de edad adquieren conocimientos como el manejo de bomba infusora, control de oxígeno o nebulizar.

"Él hasta sabía manejar la bomba...cuando yo agarré el trabajo en agosto, que S. salió de terapia, volvimos a casa y yo me iba a trabajar y él iba a poner la bomba, yo ya se la programaba y él se fijaba si le faltaban los mililitros, todo" (E5).

"T. mi hija mayor me ayuda con los cuidados de

A., la aspiraba, la bañaba y cambiaba, me ayudó muchísimo" (E2).

También están pendientes y dependientes de la enfermedad, como la madre.

"Sí, miraba el aparato, ella me avisaba cuando él terminaba de tomar la leche, me avisaba si él estaba llorando. Yo por ahí estaba limpiando la cocina, estaba haciendo algo y le ponía la leche y ella venía corriendo y me decía "ma vení fijate que M. se quiere sacar la sonda" o "mamá M. está llorando" o "mami el aparato está sonando todas esas cosas todas esas cosas" (E4).

"Si tan solo una fiebrequita a ellos les preocupaba, M. vivía pendiente del calor, de que no piquen los mosquitos por el dengue me decía, mami, ponle el off, mami le cambiaste el pañal, ella estaba más pendiente de S. que yo, sabía un montón de cosas, controlaba el oxígeno y me decía, mira que está por la mitad el tanque." (E5).

La enfermedad, para ellos, no era un impedimento para ser niños y jugar con su hermano enfermo.

"Jugaba con M, tenía los jueguitos esos de doctora, cuando sabía que venían las doctoras, ella también se ponía a revisarlo" (E4).

"A. a T. lo volvía loco como jugaba, a cada rato le daba besos y le hacía cosquillas, T. no se podía reír por su enfermedad pero estaba distinto cuando el hermano jugaba con él, le gustaba.... Un día A. me pregunto cuándo iba a poder ir a jugar a la pelota con el hermano" (E1).

Las Amigas - Las Internadas

"Esas amigas estuvieron internadas con sus hijos, así compartíamos el mismo dolor: tener hijos enfermos, crónicos, así que sabíamos de lo que estábamos hablando, sabíamos lo que sentíamos, pensábamos iguales, así que bueno, el vínculo fue eso. Después la amistad, porque vos al conocerlas, ver que son buenas personas, estuvieron siempre conmigo cada vez que le pasaba algo al A., y yo les mandaba un mensaje y ellas estaban o llamaban o venían a ver, traían cositas, o me lo acariciaban, me lo alzaban, fueron las únicas en sí que lo acariciaban, lo alzaban y lo amaban realmente, no importaba como él era. Entonces valoré eso, eso es una amistad" (E3).

El hospital, es el espacio de interacción cotidiana de las madres que están internadas y que tienen en común el hecho de tener hijos enfermos crónicos, especiales, estableciéndose un vínculo identificatorio,

direccionado, de sostén, de acompañamiento, entendimiento y de comunión.

"Estamos en comunión, como M. y su hija y yo al mío, entre nosotras nos entendemos, los de afuera no,...los de afuera no, lo que no están internados no pueden entender la situación, no lo entiende nadie, solamente personas como nosotras" (E5).

"Y son... no se si todas las grandes amigas, más las que compartimos más tiempo, yo conocí mil madres ahí adentro.... pero no he tenido afinidad porque no eran como nosotras" (E1).

Son sujetos que comparten un mismo tiempo, ritmo y espacio, una misma realidad, la condición de tener hijos especiales, en proceso de muerte. Comunican en este campo de relaciones, en el interactuar en un mismo espacio y tiempo, sus miedos, angustias, sus ansiedades, eso que está en su cabeza, permitiendo desde una mutua representación interna, ir aceptando el acontecimiento final de los hijos.

"Yo siempre imaginé el momento, con las chicas en el hospital, todas nos imaginábamos el momento... si lo hablabamos en el hospital, de qué íbamos a hacer el día que le pase algo a nuestros hijos y todo lo que hablabamos" (E1).

"Por ejemplo Vero, María Rosa, eh... Ramona, las que convivimos más y más el sufrimiento mutuo, o sea porque yo lloré cuando le han pasado cosas a los hijos de ellas y ellas han llorado y nos consolamos cuando estábamos mal, todas estábamos mal, porque era así, una estaba mal, estábamos todas mal o estábamos todas tratando de consolarla a la que estaba mal o nos estábamos matando todas de la risa, pero ellas si son... o sea entre nosotras nomás nos podemos entender el dolor que tenemos, más allá de que los casos sean todos distintos como dicen todos, los médicos te dicen no, no te tenés que fijar en el caso de éste, no te tenés que fijar en el caso del otro porque son todos distintos, pero solamente nosotras entendemos lo que pasamos ahí adentro, lo que sufrimos ahí adentro junto con nuestros hijos y lo que nos cuesta pelear" (E1).

Esta instancia grupal constituye una herramienta clave para facilitar el tránsito por el duelo anticipatorio.

Entre ellas se establece aprecio por compartir las mismas cosas "yo hice amistades en el Hospital, que aprecio, bah no sé si me aprecian a mí pero yo sí aprecio mucho, a las mamás, porque compartimos muchas cosas" (E1) Entendimiento "para mí una persona que tiene un chico así te sabe entender tal

vez"*Por mi experiencia, cuando le contás algo a alguien que no tiene un chico especial, es como que no, no te pueden llegar a comprender tan bien como aquellas que lo tienen o que la pasó*" (E4), y fundamentalmente.

Son las madres especiales, las diferentes: *"me acuerdo que la mamá siempre salía al patio a hablar conmigo, yo trataba de, que se yo... ella me preguntaba cómo había sido tener un chico especial"* (E4).

El lugar de encuentro de las madres especiales, era el patio del hospital, el espacio del esparcimiento, del tiempo libre en la tarea de cuidar al hijo especial.

"Cuando estaba internada nos juntábamos con las chicas a tomar mate en el patio, así tratábamos que el tiempo pase, porque no sabes que hacer ahí adentro" (E6).

"Nosotras salíamos a fumar un cigarrillo, tomar nos unos mates y volvíamos, a veces los mismos enfermeros en mi caso, en mi sala, ellos mismos te decían ¿no vas a salir a fumarte un cigarrillo?" (E1).

Ritual de partida

Como se desarrolla en el marco teórico, la muerte llega a todos por igual, no importa la edad, el sexo, la condición social, ni el lugar donde vivimos, ni la religión. Es el inexorable destino de todo sujeto. Es un acontecer que la mayoría temen, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos.

Desde una construcción histórico-social, está internalizada subjetivamente, como el acontecer que tiene que suceder en el final de la vida, en la ancianidad. Cuando la muerte ocurre en un niño, la negación y la inelaborabilidad es mayor, no se puede entender, porque rompe con el esquema que nuestra sociedad y cultura tienen del desarrollo de la vida humana.

"Uno no se espera la muerte de un hijo, aunque esté preparado. Muchas veces decimos que los hijos nos van a enterrar a nosotros, pero una mamá no es fuerte para perder un hijo" (E2).

"No estás preparado para perder a tu hijo....." (E3).

Con respecto a esto Daniel Kesner y otros plantean: "Pensamos que en el vínculo madre-hijo se da una prolongación del narcisismo materno que hace al niño cleo materno de la identidad, en la figura del hijo, lo que limita la posibilidad de la elaboración de la pérdida. La pérdida de un hijo implica siempre una ruptura de la cadena generacional. El sentirse un eslabón es esa cadena implica una continuidad del proyecto personal en el hijo, como dicen frecuentemente personas

sometidas a este tipo de situación: "estamos preparados para aceptar la muerte de nuestros padres pero no la de nuestros hijos" (19 p. 165).

"No tenés palabras, porque no hay palabras para ese dolor" (E3).

Llegada Primera despedida

Durante el período de tres a dos de venir conversando con madres que sufrieron la pérdida de un hijo, y otras cuyos hijos se encuentran enfermos, consultadas sobre la decisión acerca del lugar donde prefieren que se produzca la muerte del hijo, la mayoría de ellas manifestaron que prefieren el hospital, por considerar que es el espacio donde el hijo va a estar mejor atendido por los médicos, y por miedo de no estar ellas en condiciones de asistirlo adecuadamente ante alguna complicación que pudiera presentarse en el domicilio. Otro de los motivos es que no quieren que sus otros hijos menores presencien el fallecimiento del hermano.

Llegado el momento en que el niño ingresa en la agonía, el hospital es el escenario donde se desarrolla uno de los últimos rituales de la pre muerte, el ritual de partida como lo especifica Alcira Alizade (10).

Habiendo participado, desde mi doble rol, en este ritual, en el ámbito hospitalario con pacientes que estuvieron en el servicio de internación domiciliaria, acompañando a la familia del niño moribundo, y despidiendo al mismo, planteo que fue en un contexto de muerte digna. Con respecto a esta afirmación, cabe hacer la salvedad de que el escenario donde se produjeron las defunciones, fue en las habitaciones de sala del hospital y no en la terapia intensiva.

¿Por qué puede considerarse que se trató en estos casos de un contexto de muerte digna? Francisco Maglio reflexiona respecto a las condiciones que configurarían una muerte digna señalando: "tengo para mí que por tres circunstancias: en primer lugar sin dolor, y si para eliminar el dolor la dosis de analgésico y sedantes abrevia la vida en un final, no hay ninguna inmoralidad en ello. En segundo lugar una muerte digna debe posibilitar el tiempo y el espacio para que el moribundo pueda recibir y transmitir afectos, y por último (y esto no es ninguna necrofilia) una muerte digna debe ser con lucidez" (20).

Llegado este momento, profesionales hospitalarios preparan la habitación donde se producirá el fallecimiento del niño. Otros pacientes son trasladados a otra habitación o al niño moribundo para que esté solo con sus familiares.

Las visitas de familiares son admitidas de manera controlada, evitando desde el hospital el aglutinamiento de los mismos, permitiendo que a la noche queden los padres junto al niño.

"y les pregunté si podía venir mi marido y me dijeron que sí"(E1)-

En las paredes de la habitación se observan cartitas con expresiones como "te extrañamos hermano", "te queremos". Hay dibujos realizados por ellos o algún peluche del equipo de fútbol al que supuestamente pertenecía el niño o su juguete preferido.

En la fase de agonía, cuando el niño entra en la inconsciencia y el coma, suele producirse la aceptación total de la muerte, siendo las madres quienes oficiaban de entregadoras en la partida del hijo, a lo desconocido por el hombre. Las creencias y el rito de partida, ayudan a soportar ese momento, que es el comienzo del proceso de traspaso, de entrega hacia lo imaginario:

"Y bueno, después lo alcé yo y por ahí... yo le dije... porque él todas las noches se largaba a reír, entonces yo le decía, como si fuera que se estaba riendo con alguien, entonces yo le decía estos angelitos te vienen a jugar a esta hora para jugar, no te dejes ir a jugar a esta hora, entonces en ese momento yo le dije si querés ir a jugar, mamá te deja ir a jugar"(E 1).

"Sí, de un lado... una manito le tenía yo y una manito el papá. Y yo le dije que ella era libre que no sufriera más con nosotros, que ella era libre, que la dejo volar, y se quedó hasta el último suspiro de ella la tuve de mi mano"(E2)

La muerte sorprende muchas veces de noche, cuando el cansancio de los padres, -si los dos están presentes en el hospital, o el de madre que es quien siempre estuvo con el hijo hasta el último momento-, cede ante tanto esfuerzo de cuidar y acompañar al hijo.

"Me quedé dormida...C. se queda levantado entonces yo me acuesto al lado de T., le pongo la mano en el pecho, yo no me quería dormir, me quedé dormida y C. me zamarrea y me dice le aviso a la enfermera pensando que era una más de las veces que se había cortado y le digo avisale, le digo yo, salté de la cama y bueno a las 3:25 se fue, pero yo no lo vi, es como que él esperó que yo me durmiera al lado de él y lo dejara".(E1).

"Cuando él murió yo estaba dormida a su lado. Lo tenía abrazado, no lo sentí cuando se fue, pero se fue con mi amor, porque lo tenía abrazado. Ya no sufre más". (E5).

Velatorio

"Yo hubiese querido hacerlo en un velatorio...lo hicimos en casa de Teresa" Recibí el sepelio de la municipalidad...si todo eso...vinieron los de Caramuto y prestaron la cruz y las luces y esas cosas, el cajón de la municipalidad, todo"(E 3).

"Lo velamos en Caramuto...una tía de mi marido empezó a pagar cuando nos dijeron en una reunión que se iba a morir. Yo me enteré de que estaba pagando una semana antes de que muera"(E 1).

"Lo velamos en una casa velatoria, mi familia me ayudó a pagarla, no quería lo que la municipalidad me daba"(E 4).

Llegada la etapa final de la presencia del cuerpo visible, luego del ritual de partida y aseo, se presenta el momento de la despedida final a través del ritual de los funerales, velatorios y entierro.

Para los pobres este rito se realiza en la casa, como la expresa la ordenanza municipal de cementerios N° 6484/1998, que en el capítulo III dice:

"art.74º: las empresas de servicios fúnebres deberán prestar servicios gratuitos subvencionados por la Municipalidad, en todos los casos en que se acredite pobreza de solemnidad por medio de certificado expedido por las seccionales de policía y/u otra autoridad competente y se cumplimenten con los requisitos que determinan la reglamentación

art75º: el servicio gratuito subvencionado por la municipalidad constará de un ataúd tipo plano común, con mortaja para sepultura en tierra, una capilla velatoria compuesta de cuatro candelabros, un Cristo crucificado y dos soportes para féretro y un furgón asistencial hasta el domicilio del velatorio y desde éste al cementerio de la Piedad.

art 76º: Las empresas de servicios fúnebres, en los casos de pobreza de solemnidad, procederá al armado de la capilla ardiente y efectuar el velatorio en el domicilio del fallecido en los casos en que sí fuese solicitado y cuando fuese posible por cumplirse condiciones mínimas de seguridad y ambientabilidad".

¿Qué es ser pobres de solemnidad?

"A comienzos del S. XX en la Argentina, la distinción entre pobres merecedores y no, entre una pobreza buena y otra mala, se reeditó a través de la definición de una clientela legítima de los servicios sociales en expansión. En 1902, los hospitales que dependían de la asistencia pública de la municipalidad de Buenos Aires, tenían que exigir a los pacientes el documento que acreditara su estado de pobreza. Así,

la asistencia era administrada de un modo racional sobre la base de la identificación de una pobreza legalizada e institucionalizada a partir de dos categorías, los pobres de solemnidad y los simplemente pobres, quienes -a diferencia de los primeros- no se encontraban exentos del pago del servicio público. Los registros y certificaciones de pobres permitían establecer distinciones efectivas entre ellos, detectar falsos pobres, y garantizar un uso racional de los recursos" (21).

Las familias pobres de solemnidad, transitan por una serie de trámites para obtener su certificación de pobreza y así poder velar y enterrar al niño pobre de solemnidad, gestiones que deben ser realizadas dentro de un tiempo estipulado durante el día, específicamente hasta las 18 hs, de lo contrario el velatorio pasa para el día siguiente, quedando el niño en la morgue. En efecto, la gestión del sepelio tiene que realizarse hasta las 17 o 18 hs, los familiares tienen que ir con documento de identidad a realizar el trámite y luego a tribunales con dos testigos para sacar el certificado de pobreza y volver nuevamente hasta la oficina municipal para presentar todos los papeles solicitados. Todo esto antes de las 17 hs, porque la casa funeraria que les brinda el servicio, no ingresa a los barrios pasada las 19 hs. por temor a la inseguridad. Si los familiares no llegaron a tiempo con los trámites, el niño pasa a la morgue hasta la mañana del día siguiente, acortándose así el tiempo para ser velado y abriéndose otra escena dramática, postal de la pobreza. En dos ocasiones, la autora de este trabajo acompañó a dos madres hasta la morgue muy temprano a la mañana, porque no habían llegado a tiempo con la gestión del sepelio del día anterior. Ambas se encontraron con un cuerpo frío, con rigidez cadavérica, manchas, siendo doloroso el aseo en uno de los casos, dado que por su rigidez no podía ser desvestido, debiendo romperse la ropa. Lo funesto emerge nuevamente en familias pobres, pobres de solemnidad.

En cinco de los siete casos estudiados, el espacio físico donde se realizó el velatorio gratuito fue en la casa, en el comedor, que es el ambiente más grande que tienen los domicilios. Lo que otrora era el lugar de reunión de la familia en su vida cotidiana, ahora se convierte en el lugar de encuentro de familiares, amigos, vecinos para realizar el adiós, la despedida final del niño. La siguiente constituye una breve descripción de un velatorio de una niña que estuvo en internación domiciliaria, del que participó la autora

del trabajo.

"Son las 16:15 hs. del día jueves, llega una furgoneta blanca hasta el pasillo del asentamiento irregular donde está situado el domicilio donde va a ser velada A. El padre de A. está parado sobre la vereda donde comienza el pasillo esperando la llegada de su hija. Un hombre baja de la furgoneta un pequeño cajón que contenía el cuerpo de la niña. El cajón es pequeño, sencillo, de madera fina, sin trabajar, llamado por los pobres, el cajón de manzana.

La habitación donde se instala el servicio de sepelio aproximadamente mide 2 metros de ancho por cuatro de largo. Sus paredes están levantadas con block sin revocar y el techo es de chapa con piso de portland.

El ataúd es instalado en la parte posterior del recinto. La mesa, sillas, televisión, equipo de música, que horas atrás eran muebles y electrodomésticos que formaban parte de los encuentros de la vida familiar, son retirados para colocar otros, los elementos funerarios, como la cruz, dos luces a sus costados y el ataúd que aloja a la niña, que forman parte del rito funerario domiciliario de la pobreza".

Sostiene Aries Philippe, respecto de los funerales: *"La industria de las pompas fúnebres y los cementerios (que son privados, salvo las fosas de los pobres) tiene una función moral y social. Suaviza la pena de los sobrevivientes, acondiciona los monumentos y jardines mortuorios para felicidad de los vivos" (12).*

El funeral de los pobres de solemnidad, solventado por el estado municipal, se traduce en un velatorio en el domicilio, con características que acentúan la condición de pobreza de estas familias.

"Cuando veo el cajón casi me muero, parecía de cartón, yo no quería que mi hija este ahí. Mi familia me prestó plata para cambiar el cajón por uno mejor" (E 6)

"No me quiero acordar de su cajón, no tenía plata para cambiarlo. Era horrible, parecía que se iba a desarmar en cualquier momento" (E 5).

La necesidad de que el hijo sea velado y enterrado en condiciones dignas lleva a las familias a intentar mejorar el ataúd, o velar el cuerpo en una sala velatoria, hecho que hace, suavizar la penas de los sobrevivientes. En dos de los siete casos el velatorio fue en una casa velatoria.

"Lo velamos en una casa velatoria, mi familia me ayudó a pagarla, no quería lo que la municipalidad me daba, me dijeron que el cajón es horrible y a parte no

quería velarlo en mi casa, sobre todo por mi hija" (E4).

"No lo vi nunca pero me dijeron que es horrible, ya la situación es una situación de porquería y ... y más todo eso que es de la municipalidad que dicen que es un cajón de manzanas, que esto, que lo otro, que... pienso que sí, que hubiese sido peor, hubiese sido peor..., digamos y el hecho de que él haya podido tener algo como la... algo bien, dentro de todo" (E1).

Entierro

Las personas que no cuentan con una cobertura de sepelio o no tienen pago un lugar donde sepultar al fallecido, reciben la sepultura gratuita en el cementerio de La Piedad que pertenece a la municipalidad, como lo expresa la ordenanza municipal 6484/98 en el cap. I art. 32º c)

"sepulturas gratuitas: los fallecidos pobres de solemnidad, previa certificación de autoridad competente que acredite tal condición; serán inhumados en forma gratuita en sepulturas individuales, que serán cedidas por el término de dos años. En el caso de los incisos b y c se establecerá un único plazo de 30 días para que los interesados concreten la reducción y traslado. Vencido dicho lapso se procederá a notificar a los titulares en el domicilio constituido, dándole un plazo de 30 días para regularizar la situación, cumplido el cual se procederá sin más trámite a la remisión de los restos al Osario General o a la Cremación según criterios de la Dirección General de Defunciones y Cementerios."

Los siete casos estudiados, están enterrados en el cementerio de La Piedad. Este cementerio es inaugurado en 1886 como enterratorio municipal y recién en 1907 se lo conoce con el nombre actual. Esta necrópolis ocupa una extensión de 24 hectáreas. Actualmente cuenta con unas 40.000 sepulturas aproximadamente (22).

En esta necrópolis puede observarse la reproducción de la desigualdad social, es el reflejo de la ciudad de los vivos, "como vivo, ser enterrado". El cementerio muestra los cambios sociales y de mentalidad. Las tumbas son marcadores culturales y sociales, en cuanto reflejan la pertenencia cultural y/o étnica.

Dice Borges:

Ahora que poseo el secreto podría anunciarlo de cien modos distintos y aun contradictorios. No sé muy bien cómo decirle que el secreto es preciso y que

ahora la ciencia, nuestra ciencia me parece una mera

frivolidad....el secreto por lo demás no vale lo que valen los caminos que me condujeron a él.

Esos caminos hay que andarlos....

JORGE LUIS BORGES, EL ETNÓGRAFO.

Tal como sostiene el escritor, "esos caminos hay que andarlos", para que uno como investigador se interroge y se sitúe en el escenario, en el contexto de la tarea de investigador. Es esta perspectiva la que me lleva a transitar de manera solitaria, el escenario donde se realiza uno de los últimos ritos funerarios que es el entierro, en el cementerio de la Piedad. Como se se alaba antes, este espacio reproduce como cualquier otro espacio social las condiciones de desigualdad. Apenas se traspasa el portico de entrada de este cementerio, se encuentra la calle principal que conducir hasta el final, donde se entierran a los pobres de solemnidad. Calle que desde su punto de partida, comienza a vislumbrarse como narra el escritor Giuseppe Marcenaro en su libro Cementerios- poblada de "los eternos domicilios sin número postal".(23) No hay cartones postales pero sí apellidos que se visualizan en los mausoleos y panteones familiares que están en las primeras cuatros cuadras de la calle principal y que datan de principio de S. XIX y XX, tal como se lee en los epitafios de los sepulcros. Construcciones que, por lo que se observa, se conservan en muy buen estado a pesar del tiempo transcurrido. Los vivos colores que se ven en los sepulcros de estas cuadras, son blanco, gris y negro, mezclado con el color verde de las copas de los árboles que se encuentran en las veredas. Hay un orden en estos sepulcros que es solemne, de respeto de la propiedad privada entre los vecinos.

Siguiendo por la calle principal, llegada al comienzo de su quinta esquina, a la izquierda de la misma, se visualiza una construcción con una chimenea por la que sale humo, y coronas y flores de velatorios en la entrada del edificio. Esto es el crematorio municipal y ocupa media cuadra del predio. La cremación es otra forma de ritos funerarios.

Pasando el crematorio, se visualiza que quedan dos cuadras aproximadamente, para que culmine el cementerio, donde se eleva un paredón en su final que separa el lugar de los muertos y el de los vivos. En las cuadras que quedan, tanto en la mano izquierda como en la derecha de la avenida, la vista es otra. Se observa más verdes, que es el pasto que brota

de la tierra, hallándose numerosas cruces blancas de cementos incrustadas en el terreno donde yace una persona cuya identificación es un número o su nombre y apellido escrita a mano. Del orden solemne, simétrico, armonioso en la distribución de la tierra y de respeto a la propiedad privada, se pasa a su polo opuesto, al desorden de las tumbas, al espacio donde el límite no está marcado.

Aquí comienza el espacio de los enterramientos de los pobres de solemnidad. Llegando al final, en la última cuadra, hacia la derecha, donde termina el cementerio, se arriba al lugar de entierro de los niños y los neonatos pobres. El lugar de los angelitos, como lo denominan los sepultureros. En este espacio aparecen diferentes tonalidades, hay flores y adornos con muchos colores y se ponen juguetes como signo de que es un niño o quien yace en ese lugar.

CONCLUSIONES

El habitat del vivir y del morir, constituyen los dos lados de una misma moneda de condiciones de existencia de pobreza, desocupación, desigualdad social, que sitúa al niño o muriente y a su familia en un contexto de inequidad en el escenario de la muerte. Espacio habitacional tan tónico donde las familias realizan actividades cotidianas alrededor del niño o muriente, contemplando la muerte en el domicilio como una posibilidad, pero a su vez esperando que no suceda allí, sino en el hospital, lugar elegido por decisión familiar, principalmente por la madre.

Con respecto al "cómo vivos" sin caer en simplismos o visiones románticas del hogar como lugar ideal, el dispositivo de internación domiciliaria, tal como está implementado, asegura en alguna medida que los hermanos menores del niño o muriente no queden solos en los domicilios cuidados por hermanos mayores (que son en algunos casos menores de edad), que no falten a la escuela, evita que vivan con otros familiares o conocidos de la familia, hechos que ocurren cuando el niño o está internado en el hospital junto a su madre. Pero esta seguridad familiar tiene como contrapartida el aislamiento (efecto bunker), la pérdida de la vida social y desequilibrios económicos serios. En efecto, se trata de familias que pasan a estar las 24 hs en estado de alerta, imponiendo en las madres y a menudo en los otros hijos rutinas de manipulación del cuerpo e intrusión tecnológica, propias de las intervenciones médicas.

La internación domiciliaria también representa, para el cuidador principal, privacidad, intimidad y

confort personal, condiciones que no están garantizadas en las internaciones hospitalarias públicas.

Vida cotidiana habitada por un conjunto de hechos, objetos, actividades, vínculos, emociones relacionados con la atención al niño o muriente, y que ante el fantasma omnipresente de la posible muerte, prepara a la familia y principalmente a la madre, para actuar ante la urgencia. Cabe reflexionar no obstante, acerca del impacto subjetivo de esta confrontación temprana con la dimensión de la muerte en familias en situación de pobreza. Los hallazgos obtenidos en la investigación en términos de las vivencias de estar 24 hs en estado de alerta, el registro de suspensión de la propia vida, las dificultades en el tránsito escolar (hasta la deserción) de los otros niños, las rupturas de pareja acaecidas son indicadores del compromiso subjetivo que supone a estas familias el tránsito por la experiencia de la internación domiciliaria. Su vida cotidiana se despliega en un escenario con padres demasiado ocupados en estrategias de supervivencia y por tanto alejados del espacio familiar; madres capturadas en todo su tiempo vital por el cuidado del hijo enfermo, cuidado que excede la dimensión materna del cuidado para tejerse de las rutinas más duras del campo médico, arrastrando a los otros niños también a tomar parte en estas rutinas y confrontarlos tempranamente con la experiencia de intentar imaginar lo inimaginable de la muerte.

Los ciclos cotidianos que alternan períodos de tiempo entre el hogar y el hospital, espacios de internaciones domiciliarias y hospitalarias, ponen a estas familias en situación de desestructuración de conductas cotidianas y estructuración de nuevas conductas. Flujo que impacta en su dinámica volviéndola inestable, incierta, aleatoria y vertiginosa, con cambios de roles en las tareas y responsabilidades. Esta cotidianidad aleatoria y vertiginosa llega a implicar a veces pérdida de trabajo de alguno de los miembros de la pareja, en función de las necesidades que impone el cuidado y a los cambios de domicilio, cuando la vivienda en la que habitan no resulta apropiada para alojar al paciente.

La vida social de los padres, principalmente de la madre, se ve condicionada, debido a que en general, el cuidado del niño o exige presencia y dedicación durante las veinticuatro horas, apareciendo ante esta situación síntomas físicos y psicológicos -cansancio, trastorno en la alimentación y el sueño o por la atención y dependencia que genera la asistencia al niño o muriente (manejo de bomba infusora, oxígeno,

aspirativos, nebulizadores, medicamentos durante 24 hs)-. No obstante a pesar de todo ello, la alternativa de la internación domiciliaria sigue siendo la opción elegida por las progenitoras, quienes priorizan el hecho de mantener el contacto (y cuidado) diario con los demás hijos, a la vez que su propio espacio de privacidad.

En las vivencias relatadas, se desprende que son las madres las principales cuidadoras del hijo enfermo, tarea adjudicada por el hombre y asumida por ellas. Este modo de organización del cuidado se debe principalmente a dos condiciones: a) las ausencias del padre del hogar durante el día por estar trabajando y b) las actitudes de afrontamiento intragenero con respecto a las prácticas que hay que realizar al niño, donde el hombre manifiesta mayor temor al aprendizaje que las mujeres. En ellas es marcada la disposición al aprendizaje de lo nuevo, propio del saber técnico de la medicina moderna, realizando prácticas que se convierten en cotidianas para ellas, invisibles e impensadas para el resto de la sociedad.

Al ser la enfermedad de los niños evolutiva terminal las familias van contemplando la muerte como posibilidad, proporcionando un tiempo para forjar un duelo anticipado y prepararse para la muerte.

Se pudo relevar también el fuerte impacto emocional en los progenitores ligados a instancias como: el momento del diagnóstico de la enfermedad del hijo, la inclusión del equipo de cuidados paliativos en la asistencia y seguimiento de la enfermedad, la firma de la adecuación proporcional del tratamiento, la indicación y el suministro por parte de ellos de la morfina, las intervenciones quirúrgicas por el avance de la enfermedad, como así también las muertes de los hijos de las amigas que viven la misma situación.

También es necesario remarcar que el hospital es otro de los lugares generadores de ansiedad y miedo hacia la muerte; espacio habitacional tan tónico donde las madres escuchan y observan cómo mueren los niños. Es un espacio a su vez de actualización de la enfermedad, del tiempo de vida del hijo.

“Dónde morás”, en la casa o en el hospital, dos lugares donde puede producirse el suceso negado, rechazado por parte de las madres que es la muerte del hijo, pero aceptado al final del proceso. Con respecto a las tomas de decisiones en el final de vida, llegado este momento, el lugar elegido para que se produzca este acontecer es el hospital. Llegada esta instancia de la partida, la institución hospitalaria es significa-

da como un espacio en el que el equipo de salud, puede evitar que el niño sufra de dolor. Evita también que hermanos menores presencien este suceso en el domicilio.

Cuando la muerte llega, ritos funerarios previos y posteriores acontecen, siendo uno el ritual de partida, de despedida. Así el sistema de creencias que ayuda a soportar la muerte por medio de una derivación hacia lo imaginario, trae consuelo como forma de paliar el sufrimiento en los sobrevivientes.

“Te velan y te entierran”

Velatorio, rito final de presencia del cuerpo del difunto en el mundo de los vivos, momento del último contacto físico hacia el niño o fallecido por medio de caricias, lamentos, y expresión verbal de dolor y de cariño hacia el ser perdido.

La condición de velar al hijo en la casa, para algunas madres acentúa su condición de vivir en la pobreza. En efecto, las entrevistadas manifestaron que el espacio que hubieran elegido para llevar a cabo este rito hubiera sido una casa de sepelio, considerando que en su representación, la dignidad del velatorio para el hijo pasa por estos recintos tónicos, decisión funeraria que ayuda a suavizar la pena de los familiares. Al no poder acceder a estos lugares por falta de ingresos económicos, las progenitoras optaban por mejorar el ataúd, como modo de paliar la pena, para no ser velado en un “cajón de manzana”, que es la representación social de la caja mortuoria de los pobres.

Una segunda y última ceremonia de partida es el entierro, momento de tensión y de angustia en los familiares, el lugar del último adiós, del paroxismo final ante la pérdida. Enterramiento que en las familias estudiadas se realiza en la tierra, en los mrgenes del cementerio, lugar asignado a los pobres de solemnidad como lo sigue nombrando la ordenanza municipal. Espacio de sepultura que son marcadoras de la condición social, de distribución de inclusión y exclusión, de reproducción de la desigualdad social, que es el reflejo de cómo viviste en vida.

Si bien esta investigación tuvo la mirada centrada en una parte de la población, que vive y convive con el proceso del morir de un niño o adolescente en un contexto de vulnerabilidad, esta situación abre varios puntos para seguir pensando y debatir políticas públicas con respecto a un contexto digno de muerte para toda persona que padece una enfermedad terminal, principalmente en aquellas familias que desa-

rollan su vida cotidiana en precarias condiciones de vida, que están por fuera del mercado laboral y viven de la asistencia y de las prestaciones sociales proveniente de organismos estatales.

En relación a las políticas públicas de servicio y asistencia con respecto al proceso del morir, se pueden considerar varios emergentes surgidos de esta investigación, como son:

- El lugar donde vivir y morir debe ser una opción por parte de la familia y no una imposición por parte de los equipos de salud hacia ellas. Hay que considerar que lugar de muerte no es sinónimo de lugar de cuidado, y muchas veces, los grupos familiares optan por el cuidado en la casa pero prefieren recibir la asistencia final en otro lugar (24).

- Si la opción de cuidados es en el hogar, que éste sea en un hábitat social digno que aloje a la persona enferma y a su familia, no solo teniendo en cuenta la vivienda y los servicios (agua, luz y gas para calefacción la unidad habitacional), sino también el medio ambiente físico que rodea la familia (saneamiento ambiental, recolección de basura, calles pavimentadas, etc.).

Es fundamental no perder en el análisis el derecho a la inclusión en los sistemas de seguridad social que se obtiene a través de la inserción en el mercado de trabajo, para que garantice a las familias situadas en el proceso de enfermedad y muerte la alimentación, la vestimenta como otros bienes y servicios. Asegurar de la misma manera al grupo familiar donde hay un niño o muriente el acceso y la permanencia al sistema educativo teniendo en cuenta la situación por la que está atravesando.

- Formular políticas y programas concretos que sirvan de apoyo a los cuidadores informales, tanto en la casa como en el hospital, que velan por la salud y la calidad de vida de los familiares y la persona muriente. La falta de dispositivos concretos con respecto a este tema, genera un escenario perjudicial para los cuidadores, porque la atención continua y prolongada agota a las familias, produciendo irritabilidad, tensión, agotamiento, angustia, trastorno en el sueño y en la alimentación, situaciones que caracterizan el estado de stress, como también desestructuración familiar, aislamiento familiar y social.

Las políticas públicas vigentes con respecto a los cuidados de salud en el domicilio, hacen recaer todas las responsabilidades y obligaciones en las familias durante las 24 horas del día a todos los días, produciendo además del desgaste físico y psíquico,

carencia e inestabilidad de ingresos económicos. En las familias estudiadas, los ingresos económicos en el hogar provienen solo del padre -cuando tienen trabajo-, y de prestaciones que provienen del Estado, a las que, por tiempos y dificultades burocráticas no llegan muchas veces a acceder mientras el hijo está con vida. En tal sentido, resulta necesario elaborar estrategias para evitar los laberintos burocráticos administrativos con respecto a gestiones de asignación de recursos materiales para el paciente y su familia, de modo de asegurar calidad de vida, esencialmente confort y acompañamiento en el proceso de muerte.

- Por otra parte, que los equipos tratantes tengan en cuenta las diferencias culturales, religiosas y creencias de la persona muriente y su familia, sus modos de ser y de pensar con respecto al proceso de salud enfermedad y muerte.

- En relación a las tomas de decisiones en el final de la vida, es necesario que las políticas públicas de salud y los equipos médicos hagan énfasis en medidas destinadas al bienestar del paciente y su familia respetando sus decisiones, y no motivadas por el afán de abaratar costos hospitalarios poniendo en detrimento la salud física y psíquica de los cuidadores.

NOTAS FINALES

a. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar>. Página de la Municipalidad de la ciudad de Rosario Santa Fe.

b. Entrevista realizada a la Dra. Gabriela Fagua, coordinadora del área de pediatría del Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica, por alumnas de la carrera Trabajo Social para elaboración de trabajo final de sus prácticas profesionales. 2010.

c. Datos aportados por los registros estadísticos del Servicio de Internación Domiciliaria Pediátrica de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. 2009/2010.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minujin A, Kessler G. La nueva pobreza en la Argentina. Ensayos. Buenos Aires.(1995).
2. Murmis F. Los nuevos pobres. Efecto de la crisis socio-económica en la Argentina. Losada, Buenos Aires, 1992.
3. Quiroga A. Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires.(1998).
4. Rovere M. "Una ciudad modelo en Salud Pública.

- Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática". Disponible en: http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_SaludRosario.pdf
5. Minardi Mitre Cotto R, Suarez Varela M, Llopis Gonzalez A, Cotta Filho J, Real E, Das Rcos j. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de la Salud Pública [Internet] 2001[citado 17 dic 2010];10(1). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007&lng=en&nrm=iso&tlng=en" /> .
 6. Bosch C, Pennisi A, Musich P. "Internación Domiciliaria, un enfoque interdisciplinario". Trabajo Monográfico a. Cohorte 2009 Universidad Nacional de Lanús. Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud. [Internet] 2010 [citado 17 dic 2010] Disponible en: <http://www.aadaih.com.ar/.../monografias-09/internacion-domiciliaria.pdf>
 7. De Jong E. La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social. Espacio Editorial. Buenos Aires. Argentina. 2001.
 8. Gomez S, "Dolor y sufrimiento al final de la vida". Arín Ediciones. Madrid. España. 2006.
 9. Tomas L. La muerte. Paidós. Barcelona. 1991.
 10. Alizade A. Clínica con la muerte. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 1996.
 11. Fonnegrá de Jaramillo I. De cara a la muerte. Como afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. Editorial Andrés Bello, Bogotá. 2001.
 12. Aries P. Morir en occidente. Desde la edad Media hasta nuestros días. Adriana Hidalgo Editora. Buenos Aires. 2007.
 13. Kubler Ross E. Una luz que se apaga. Editorial Pax. México.
 14. Sirvent M. Seminario de Tesis, Maestría de Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná, desarrollado entre los meses de febrero a septiembre del 2005, dentro de la cohorte 2003-2005: apuntes propios de clase.
 15. Fabri, F., Galliánes M. Psicología Clínica Pichoniana. Una perspectiva vincular, social y operativa de la subjetividad. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 2004.
 16. Liaño E. Cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios. Cuadernillo de formación en Tanatología. ASAIT. Asociación Argentina e Internacional de Tanatología, Santa Fe. 2008.
 17. Tripodoro V. "Te voy a acompañar hasta el final. Vivir con cuidados paliativos" 1a ed. Buenos Aires. Capital Intelectual. 2011.
 18. Quiroga A. Enfoque y perspectivas en Psicología Social. Editorial Cinco. Buenos Aires. 1998.
 19. Kordon D, Lucila E, Lagos D y Kersner D. Efectos Psicológicos y Psicosociales de la Represión Política y la Impunidad. De la dictadura a la actualidad. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires. 2005.
 20. Maglio F. Material didáctico de uso interno. Maestría Salud Mental. UNER. Paraná. Entre Ríos. 2003/2005.
 21. Disponible en http://www.catedras.fsoc.uba.ar/forte/articulos/cuadernos_de_la-catedra.pdf
 22. Disponible en <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual>.
 23. Marcenaro, G. Cementerios. Historias de lamentos y de locuras. Adriana Hidalgo Editora. Rosario. 2011.
 24. Luxardo, N. Morir en casa. El cuidado en el hogar en el final de la vida. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2011.

Acceso a los servicios de odontología en centros de salud municipales de la ciudad de Rosario. Agosto de 2012*

Anabel Chiapello¹, Laura Marmioli², Abel Morabito³, Silvia Oudot⁴

Colaboradores: Ma. Florencia Aguilar⁵, Ernestina Beltramo⁵, Lucrecia Bessone⁵, Sabrina Brutinel⁵, Ma. Cecilia Gasparini⁵, Julieta L' Episcopo⁵, Carla Maino⁵, Carla Moreyra⁵, Patricia Oldani⁵, Florencia Pedroza⁵, Paula Pes Juncos⁵, Estefanía Segales⁵, Ana Laura Waksman⁵

RESUMEN

El trabajo se enmarca en el campo de la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud y fue realizado por los odontólogos del segundo año de la Concurrencia de Odontología en Salud Pública Cohorte 2011-2013. El universo del estudio estuvo constituido por 37 Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que cuentan con Servicios Odontológicos.

El diseño metodológico es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizaron fuentes de información primarias provenientes de la Dirección de Salud Bucal y de informantes claves de los equipos de los efectores en estudio. Como fuentes de información secundaria se utilizaron las Planillas de Informe Diario confeccionadas por los Odontólogos de los servicios.

La población en el mes estudiado fue de 5026 usuarios con un predominio del sexo femenino (66,2%) y del grupo 25-64 años (41,5%). El 19,3%

de los usuarios perdieron al menos una pieza dentaria por exodoncia. Se asignaron 7.527 turnos de los cuales no se tomaron 728 (9,7%). El ausentismo fue algo mayor en mujeres (10,4%) que en hombres (8,9%) y más marcado en el Distrito Norte (13,5%). El Distrito Noroeste presentó menor desplazamiento de usuarios hacia otros distritos (6,1%) y mayor afluencia desde otros distritos (29,1%). En contraste el Distrito Oeste mostró el mayor desplazamiento hacia otros distritos (26,5%) y la menor afluencia (4,6%).

Como conclusión, se muestra una oferta significativa de servicios en el primer nivel de atención y un acceso importante en todos los grupos etarios y en ambos sexos. Sin embargo se observan desigualdades que ameritarían continuar profundizando estrategias para mejorar el acceso de la población a la atención de la Salud Bucal.

Palabras clave: Atención Primaria - Acceso a la atención odontológica - Servicios odontológicos.

* El presente trabajo fue realizado como trabajo final de la "Concurrencia de Odontología en Salud Pública" dependientes de la Dirección de Salud Bucal Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario

1 Lic. Estadística. Integrante del área de Epidemiología. SSP. Municipalidad de Rosario

2 Odontóloga Directora de Salud Bucal. SSP. Municipalidad de Rosario.

3 Médico Coordinador del área de Formación y Capacitación Profesional, SSP. Municipalidad de Rosario

4 Odontóloga referente de las concurrencias del Hospital Roque Sáenz Peña de Rosario.

5 Odontólogo concurrente de cohorte 2011-2013.

ABSTRACT

This Research Paper is framed in the field of Systems and Health Services Research and was conducted by dentists of the second year of the Concurrence of Public Health Dentistry Cohort 2011-2013. The study sample consisted of 37 health centers under the Ministry of Public Health of the Municipality of Rosario who have dental services.

A descriptive, quantitative cross-sectional research methodology was used for this study.

For data collection, primary sources of information from the Oral Health Administration were used, as well as key informants from the teams of the effectors in study. As secondary sources, the Daily Report Sheets made by dentists of the services were used.

In the month of the study, the population was of 5026 users with a predominance of females (62.2%) and of the 25-64 age group (41.5%). 19.3% of users lost at least one tooth by tooth extraction. 7527 appointments were scheduled, of which 728 were not made (9.7%). Absenteeism was slightly higher in women (10.4%) than men (8.9%) and more noticeable in the Northern District (13.5%). The Northwest District had lower displacement of users than other districts (6.1%) and increased inflow from other districts (29.1%). In contrast the Western District showed the greatest shift to other districts (26.5%) and the lowest influx (4.6%).

In conclusion, a significant range of services at the primary healthcare level and an important access in all age groups and both sexes are shown. Nonetheless, inequalities are observed that would merit to further deepen strategies to improve public access to oral health care.

Key Words: Primary Healthcare – Dental Care Access – Dental Services

INTRODUCCIÓN

La Salud como derecho humano ha sido consagrada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional por los Derechos Sociales, Económicos y Culturales (1966), la declaración de Alma Ata (1978) y numerosos documentos internacionales y nacionales. El Derecho a la Salud contempla a la equidad entre las condiciones necesarias para su efectiva realización, tanto en la distribución de riesgos de enfermar y morir, como en la oferta y en la accesibilidad a los servicios de salud.

En este sentido los lineamientos políticos municipales y provinciales impulsan transformaciones que procuran acercar las respuestas del Estado allí donde se ubican las necesidades sociales. La descentralización administrativa, la orientación en el marco de la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud, y la propuesta de integración sanitaria en el territorio provincial, son medidas de largo alcance para una creciente efectivización del Derecho a la Salud.

En este marco, considerando a la Salud Bucal como parte integral de la atención, la organización de los Servicios de Odontología en el municipio, dispone de un primer nivel con soporte en efectores de mayor complejidad, de segundo y tercer nivel, dependientes de ambas jurisdicciones públicas.

No obstante los avances significativos en la situación sanitaria del municipio durante los últimos años, se observan desde la perspectiva de los equipos de salud, situaciones que confrontan con la necesidad de seguir profundizando cambios organizativos. Uno de los posibles señalamientos apunta a la presencia de irregularidades y discontinuidades en el acceso a la atención de la Salud Bucal.

La articulación entre la Dirección de Odontología y el sistema de formación de post grado de Odontología en Salud Pública (Concurrencia) ha abierto un espacio de análisis que permite problematizar el acceso a los Servicios de Odontología. El estudio anterior llevado a cabo por los odontólogos concurrentes "Utilización de los Servicios de Odontología de 12 Centros de Salud Municipales de la Ciudad de Rosario en el año 2011" presentaba algunos resultados llamativos en términos de mostrar una menor proporción de consultantes de sexo masculino y amplias disparidades entre Centros de Salud en el porcentaje de niños atendidos. Por otro lado, la presencia de lesiones que requieren de exodoncia abrió interrogantes en relación a las medidas y conductas preventivas. En otro plano de análisis se evidenció el desplazamiento de algunos grupos familiares a distritos distintos al de su domicilio en búsqueda de atención odontológica, confrontando quizás con la organización propuesta que sigue la lógica distrital. No obstante, el mencionado estudio debe considerarse como una primera exploración de la problemática del acceso a la atención de la Salud Bucal, dado el número reducido de Centros de Salud incluidos y el carácter exclusivamente descriptivo de la presentación.

El presente trabajo, realizado también por la Concurrencia de Odontología en Salud Pública, se basa

en el trabajo previamente citado cuyo propósito consistió en identificar nudos críticos en el proceso de atención, adecuar la distribución de recursos, mejorar los sistemas de información, consensuar criterios de trabajo, y favorecer la programación local. En esta oportunidad, se sostiene el mismo propósito y se amplía al universo bajo estudio, abarcando la totalidad de Centros de Salud municipales que ofrecen atención odontológica.

PROBLEMÁTICA

La problemática del acceso a la atención de la Salud Bucal en los Centros de Salud, ha sido visualizada como un nudo crítico y de interés a analizar, desde la perspectiva cotidiana, involucrando a las poblaciones concurrentes en contextos específicos y a los efectores que las contienen con sus modalidades organizativas y características.

En los diferentes espacios territoriales de la ciudad, se identifican poblaciones concurrentes a los efectores del primer nivel de atención con necesidades heterogéneas, evidenciándose sin embargo, algunas características reiteradas relacionadas con los perfiles de acceso, entre otras: predominio del sexo femenino, predominio en el acceso de ciertas franjas etarias, el motivo de la consulta odontológica vinculado a la urgencia y/o el dolor y el desplazamiento de grupos familiares a distritos distintos de su lugar de residencia en búsqueda de atención. Respecto del acceso prevalente de mujeres a los servicios de salud, y en particular a la atención odontológica, cabe considerar el rol que ellas ocupan dentro de los grupos familiares o domésticos, su participación activa en la socialización primaria de los niños, su dedicación al cuidado familiar, a las tareas domésticas, su menor inserción laboral en relación con los hombres, en muchos casos de carácter informal, transitoria y de carga horaria inestable, sumado a algunos acontecimientos biológicos de la vida de la mujer, como son la maternidad y los cambios hormonales (menarca, menopausia, anticonceptivos orales, etc.) que tienen implicancias directas sobre la salud buco periodontal de las mujeres. En los hombres se visualiza, una menor presencia y frecuencia en el consumo de servicios odontológicos, en especial en los ciclos productivos de la vida, en los que son mayoritariamente los responsables proveedores de bienes y servicios familiares. La preocupación por el sostén diario, la falta de un trabajo formal (que implique a el acceso a la salud a través del subsector privado o de obras sociales),

sumado a que desde una dimensión biológica no existen acontecimientos sistémicos que motiven la consulta en este género, sustentan en parte estos hallazgos.

En relación con las franjas etarias y desde la perspectiva del derecho a la salud a lo largo de todos los ciclos vitales, se observa en el cotidiano laboral de los servicios odontológicos una llamativa disminución en el número de consultas, especialmente en los dos extremos de la línea de la vida. En la infancia la dificultad para incorporar el componente Salud Bucal desde la población y los servicios, como una problemática a contemplar, potenciada por las limitaciones del trabajo interdisciplinario, condicionan las posibilidades de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud eficaces. En el otro extremo de la vida, la modificación progresiva de la pirámide poblacional, el aumento del promedio de la esperanza de vida y la calidad de la misma en relación con la Salud Bucal, representa un importante desafío para el subsector. El deterioro gradual, irreversible y naturalizado de las condiciones bucales (especialmente identificado en aquellos grupos sociales más desprotegidos) y el alto costo económico resolutivo de la rehabilitación de las enfermedades odontológicas prevalentes, podrá ser una de las explicaciones para este hallazgo.

Otra de las cuestiones emergentes en la población concurrente es el frecuente número de consultas de carácter urgente y/o motivadas por el dolor. Las experiencias previas odontológicas, en algunos casos relacionadas con el miedo, el sufrimiento y la resignación, probablemente condicionan las modalidades de consumos de servicios de Salud Bucal. La postergación de las problemáticas odontológicas frente a otros problemas de salud, la discontinuidad en el proceso de atención, la falta de controles y monitoreos rutinarios, reflejan esta modalidad de consumo.

En relación con los espacios territoriales geográficos según la división de la ciudad en distritos y desde una perspectiva de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, se observa en parte de la población concurrente a los Centros de Salud algunos desplazamientos a distritos distintos al de su lugar de residencia, aún cuando estos desplazamientos implican vencer barreras geográficas por parte de los usuarios. Estos desplazamientos tal vez se justifiquen, en las empatías generadas entre la población concurrente y los trabajadores de la salud del efector, el sentimiento o no de pertenencia a los mis-

mos, las modalidades organizativas, la disponibilidad horaria, el equipamiento, las diferentes capacidades resolutorias de las problemáticas de la Salud Bucal, entre otros aspectos.

En cuanto a las características de los efectores que integran el primer nivel de atención, los recursos humanos, materiales, organizativos y las capacidades de integración con otras instituciones en lo territorial condicionan el acceso a los diferentes efectores.

En relación particularmente con los recursos humanos, entre los múltiples aspectos que condicionan la oferta de los servicios, se cuentan: la formación de grado y posgrado, las experiencias personales y profesionales, los años de graduados y de antigüedad en el servicio, la especialización, los tiempos requeridos en algunas prácticas de cierto grado de complejidad (como pudiera ser la atención odontológica infantil), la adherencia a determinados marcos teóricos conceptuales, las diferentes modalidades de prácticas preventivas, la calibración diagnóstica y terapéutica y los criterios de derivación dentro de la red.

Los recursos materiales de insumos, espacios físicos apropiados y de equipamiento tecnológico, de los que las prácticas odontológicas son altamente dependientes, presentan algún grado de heterogeneidad en relación con los efectores; condicionando el poder resolutorio de éstos y el nivel de atención de las necesidades de la población concurrente. Cuanto mayor sea el equipamiento tecnológico y el recurso humano con habilidades para su utilización, mayor número de problemáticas podrán ser contenidas en el espacio local, aumentando la capacidad de resolución de los efectores y evitando de este modo derivaciones a otros niveles de mayor complejidad.

Las modalidades organizativas de los efectores identificadas revelan una amplia heterogeneidad, visualizada especialmente en las distintas formas de otorgamiento de turnos programados (a cargo de los diferentes integrantes del equipo de salud), la franja horaria de admisión y atención, la atención de la urgencia, la realización de talleres como forma de ingreso al Servicio de Odontología, el trabajo interdisciplinario y las características de registro, entre otras. Por otra parte se identifican diferentes particularidades con respecto a la integración de los Servicios de Salud Bucal con instituciones territoriales, por fuera del sector salud como escuelas y ONG.

En relación con la articulación entre los diferentes niveles de atención (segundo o tercer nivel), se visualizan algunos obstáculos ya que el horizonte de turnos en muchos casos es superior a 15 días, oca-

sionando ausentismo y sub-utilización de los cupos, por dificultad en el acceso geográfico o de recursos para cubrir los costos de los mismos. Otro aspecto a considerar radica en la disponibilidad acotada de cupos para la derivación teniendo en cuenta que muchas veces la demanda supera a la oferta, así como también en la variabilidad de criterios de diagnóstico terapéuticos entre los profesionales de los diferentes niveles de complejidad.

CONTEXTO DE ESTUDIO

Organización de los Servicios Odontológicos de Salud Pública

El proceso de descentralización político administrativo y de participación comunitaria, puesto en marcha desde el año 1995 por el gobierno Municipal de la ciudad de Rosario, ha tenido impacto en la problemática del acceso a los servicios de salud.

Algunos de los alcances de este proceso se visualizan en la organización de la ciudad en seis distritos: Centro, Norte, Noroeste, Oeste, Suroeste y Sur. Cada distrito en este enfoque es entendido como un espacio territorial de oferta de servicios, del cual se obtiene información acerca de las características estructurales y formativas de la población, conformando conglomerados relativamente homogéneos desde el punto de vista de sus condiciones de vida.

Desde esta perspectiva los servicios de Salud Pública Municipal logran alcanzar una apreciación global de las necesidades que se plantean en cada distrito, y de este modo pueden plantear acciones de integración social, prevención, promoción y atención de la salud.

En este sentido la estrategia planteada desde la Atención Primaria de la Salud tiene un papel central en la organización de los servicios, procurando detener el impacto negativo de las problemáticas sociales, económicas y ambientales sobre la salud de la población.

El eje de esta estrategia ha sido que los trabajadores de salud se reconozcan como sujetos protagonistas en la constante revisión de las barreras que obstruyen la participación de la comunidad en la construcción del derecho a su salud.

La Dirección de Odontología Municipal se suma a este proyecto, considerando a la salud bucal como parte indisoluble de la calidad de vida de los individuos; organizando su labor en niveles de complejidad creciente y con una concepción de la práctica con modalidad preventiva y de trabajo en red. Esta red se

conforma en el presente por la integración conjunta de efectores de dependencia provincial y municipal, en tres niveles de atención dependientes de las Direcciones de Salud Bucal Provincial y Municipal respectivamente.

El primer nivel, el espacio más cercano a la comunidad y de mayor poder resolutorio, está constituido por 32 efectores Provinciales, y 51 Municipales de los cuales 37 cuentan con Servicios Odontológicos.

En estos Centros se realizan prestaciones acordes con el nivel de complejidad y resolución del efector, que incluyen entre otras prácticas: consultas odontológicas, operatoria dental, cirugía dentaria, periodoncia, talleres comunitarios de prevención y promoción y talleres con los equipos de salud. Estas actividades presentan particularidades vinculadas con las modalidades organizativas de cada efector, los recursos disponibles de bienes y servicios, las necesidades de la comunidad y la capacidad de integración de estos con otras organizaciones fuera del sector salud.

El segundo nivel de atención comprende en la órbita provincial efectores como el Caritas Guadalupe, el Hospital de Niños Zona Norte y el Hospital Geriátrico de Rosario. En la órbita municipal al Centro de Salud Santa Teresita, Hospital Intendente Gabriel Carrasco, Hospital Juan Bautista Alberdi, Hospital Dr. Roque Sáenz Peña y Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Se cuenta además con un servicio de internación domiciliar pediátrica y de adultos, cuatro maternidades, el Centro Regional Salud Mental Agudovila y el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario.

En estos efectores se realizan prácticas de mayor complejidad, que requieren infraestructura tecnológica y de recursos humanos específicos, como cirugías mayores, reconstrucciones estéticas, tratamientos endodónticos, ortodoncia, reconstrucciones estéticas, entre otras. Es preciso aclarar que estos efectores cuentan asimismo con un primer nivel de atención en odontología, destinado a la población que vive cerca de los mismos.

El tercer nivel comprende un área que incluye la mayor complejidad y especificidad dentro de los efectores de la red. Entre ellos se cuenta con el Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Hospital de Emergencias Clemente Ivarez, Hospital Provincial del Centenario y Hospital Provincial.

Esta red asistencial se completa con la distribución de medicamentos por parte del Laboratorio In-

dustrial Farmacéutico (LIF) y del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) y el Servicio Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) con ambulancias de traslados y emergencias.

MARCO CONCEPTUAL

Es a partir de la década del 60 que el concepto de accesibilidad, desde una dimensión ampliada como propone Donabedian (1), y estrechamente relacionada a los derechos ciudadanos, ha sido centro de trabajos e investigaciones en el campo de la salud. Por su parte, el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2), en el marco de la Alianza para el Progreso, sostiene la plena efectividad del derecho a la salud en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de bienes y servicios en salud.

En el año 2002 en un documento conjunto entre la OMS-OPS y la OIT se expresa la necesidad de generar estrategias para la Protección Social en Salud, entre las cuales figura el respeto por la dignidad de la atención orientada por los derechos de los sujetos. (3)

En este contexto la accesibilidad equitativa a los servicios de salud a lo largo de todos los ciclos de la vida, sin discriminación de orden económico, cultural, social, religioso ni de ninguna otra índole, constituye un área de interés de la mayor relevancia.

En cuanto a los aportes teóricos conceptuales más reconocidos en este campo y en torno de los cuales existe un mayor consenso, podemos mencionar, entre otros, a los de Donabedian (1) y Frenk (4) quienes abordan el concepto de accesibilidad desde una perspectiva que refiere al grado de ajuste entre las características de la población y los servicios de salud. La accesibilidad para estos autores es definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, intentando eliminar las barreras que desde la oferta se lograran identificar. Dichas barreras pueden ser geográficas, tanto naturales como construidas por el hombre, y relacionadas al grado de ajuste entre la distribución espacial de la población y la de los recursos. Las barreras económicas se relacionan con la compra de bienes y servicios. Las administrativas se refieren a la organización y burocracia interna de los servicios. Y finalmente, las barreras culturales o simbólicas consideran aspectos vinculados al imaginario y representaciones sociales.

Por otra parte, los autores plantean diferentes

dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un concepto más estrecho que solamente involucra la b squeda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a otro que además considera la continuación de la atención, y finalmente un dominio ampliado que incorpora el deseo.

Para ellos la disponibilidad de recursos representa el inicio del proceso de búsqueda y obtención de la atención, y la utilización, el final del mismo, reconociendo que la demanda de atención involucra dimensiones afectivas, cognoscitivas, volitivas y económicas.

Frenk (4), por su parte, identifica diversos momentos o etapas en la accesibilidad que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud, y su satisfacción final.

Por otro lado, Andersen (5), prioriza el término acceso integrado por dos componentes, acceso potencial y acceso realizado. El primero se caracteriza por la presencia en el ámbito de los individuos de factores capacitantes del uso, mientras que el segundo representa la utilización de hecho de estos servicios. Las necesidades identificadas por la población representan el determinante más proximal de la utilización, siendo fruto de la interacción de factores individuales, del sistema de salud, del contexto social y de la experiencia pasada de utilización de los servicios.

Desde otra perspectiva Stolkner (6) define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, a partir de las condiciones y discursos de estos y las condiciones y representaciones de los sujetos que se manifiestan en modalidades particulares de utilización.

En base a este recorrido conceptual en relación con la temática priorizada cabe resaltar el concepto de acceso definido por Andersen (5) en el sentido de utilización efectiva de los servicios de salud como una manera de acercarse a la problemática más amplia de la accesibilidad a partir de la interacción entre los usuarios y los servicios de salud. Es posible identificar entre los principales factores que afectan el acceso efectivo a los servicios a la incidencia y prevalencia de las enfermedades, las percepciones que los individuos tienen en relación a las mismas y la gravedad que les atribuyen, según su sexo, edad, recursos económicos, simbólicos, de educación, experiencias previas, entre otros que determinan un modo particular de utilización de los servicios de

salud. A este respecto cabe resaltar la relevancia epidemiológica de las problemáticas odontológicas como también en líneas generales la tendencia a la subalternidad de estas frente a otras problemáticas de la salud, que pudieran interrumpir los procesos productivos o los ciclos vitales.

OBJETIVOS

General:

- Analizar el acceso a Servicios de Odontología en Centros de Salud municipales en la ciudad de Rosario en Agosto de 2012 teniendo en cuenta características de los usuarios y de los servicios de salud.

Específicos:

- Caracterizar a los usuarios en base a variables básicas demográficas y de salud bucal.
- Describir la oferta de los servicios de odontología en los Centros de Salud.
- Caracterizar turnos asignados, consultas y turnos ausentes.
- Analizar los desplazamientos de los usuarios/a para acceder a la atención odontológica.

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarca en el campo de la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud y fue realizado por los odontólogos del segundo año de la Concurrencia de Odontología en Salud Pública Cohorte 2011-2013. El diseño metodológico es de tipo descriptivo, retrospectivo, cualitativo- cuantitativo.

Esta investigación se efectuó sobre el universo de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que cuentan con Servicios Odontológicos, sumando un total de 37 efectores. Se excluyó del análisis al Distrito Centro con el C.S. Martín, por no contar con equipamiento odontológico siendo su población adscripta referenciada al CEMAR. En tabla 1, se presentan Centros de Salud analizados en el estudio.

El mes seleccionado para el estudio fue agosto del año 2012, acorde al criterio de los equipos de los Centros de Salud, como aquel mes de mayor estabilidad en el promedio de consultas. Cabe aclarar que, por razones de factibilidad, en los Centros de Salud Barrio Plata y Domingo Matheu, se seleccionó el mes de septiembre.

La caracterización de los Servicios se realizó a partir de fuentes primarias provenientes de la Dirección de Salud Bucal y de informantes clave de los equipos de los efectores en estudio, relevadas por los

Tabla 1: Centros de Salud distribuidos según Distrito

DISTRITO	CENTRO DE SALUD
SUDOESTE	Champagnat El Gaucho Elena Bazet Las Flores S.V. de Paul T o Rolo Parque Sur Santa Teresita Pocho Lepratti Bo. Plata
SUR	Pasteur Sur Naranjo Maiztegui Matheu 20 de junio Mangrullo
OESTE	Vec. Juan Pablo II Staffieri Rosello Casals Eva Duarte Toba Santa Lucía
NOROESTE	Noroeste Ugarte Namuncur R. Coulin J. Azurduy Dunant San Martín Emas
NORTE	A. Moreau C. Casas S. Mazza J.B. Justo 1° de Mayo

Fuente: Elaboración propia

concurrentes que asisten a los servicios. Las variables relevadas para la caracterización general de los Servicios fueron: número de efectores por distrito, cantidad de odontólogos, carga horaria semanal y por turno de atención (se consideró turno matutino a aquel comprendido entre las 7 hs. y las 12:59 hs. y turno tarde entre 13 hs. y 19 hs.), modalidad de asignación de turnos, atención de urgencias, equipamiento, talleres de prevención, derivaciones y cantidad de historias clínicas familiares.

Como fuentes de información secundaria se utilizaron las Planillas de Informe Diario confeccionadas por los Odontólogos de los servicios. Estas planillas cuentan con dos grandes bloques de datos. Uno correspondiente a datos filiatorios de la población consultante: nombre y apellido, sexo, número de historia clínica, fecha de nacimiento, domicilio actual y número de documento nacional de identidad o en su defecto algún otro tipo de documentación identificatoria. Otro bloque corresponde a la codificación diagnóstica de la práctica realizada y tratamiento indicado, registradas a través de un código nomenclador que es completado por el odontólogo a cargo.

Las planillas fueron ingresadas de forma diferida y centralizada en el CEMAR al Sistema de Información de la Dirección de Centros de Salud, implementado a partir de septiembre de 2008, con excepción de los Centros de Salud Elena Bazet, 20 de Junio y Dunant, donde la carga es realizada en terreno por los odontólogos de dichos efectores. Los datos extraídos fueron digitalizados en Excel. Para su análisis se utilizaron tablas y gráficos procesados mediante SPSS PASW Statistics 18 para Windows. La información cartográfica se trabajó con gvSIG 11.1.2.

La población consultante fue caracterizada en función de variables demográficas de sexo, edad y domicilio de residencia. Los grupos etarios fueron definidos por los intervalos de 0-12, 13-24, 25-64, y 65+. La división por edad responde a criterios biológicos vinculados a los estadios de la dentición (primaria, mixta, y permanente) y a las principales etapas de la vida. En cuanto al lugar de residencia de la población consultante se analiza la pertenencia al Distrito correspondiente. Como variable de análisis relacionada con el estado de Salud Bucal se identificó la pérdida de las piezas dentarias asociadas a los tratamientos que requirieron exodoncia.

RESULTADOS

Distribución de los usuarios según grupos de

edad, sexo, domicilio y estado de salud bucal.

Durante el período en estudio se registraron un total de 5026 usuarios. Acorde al criterio de división en franjas etarias, el grupo predominante fue aquel comprendido entre 25 y 64 años, representando el 41,5% (2085) del total, mientras que solo el 1% (49) correspondió a usuarios mayores de 65 años. (Gráfico 1) Destacamos que de este último grupo no hubo registros en 10 Centros de Salud: Barrio Plata, Mauricio Casals, Eva Duarte, Francisco Lay, Lic. Ugarte, Pocho Leprati, Roque Coulin, Rubén Naranjo, Sta. María Rosell y Toba.

Los Centros de Salud que mayor cantidad de usuarios atendieron fueron el Staffieri con el 8,8% (441), el San Martín con el 8% (401) y el Rosell con el 5,2% (261). En contraposición, los que más bajos porcentajes reflejaron fueron el Lic. Ugarte con el 0,5% (26), la Vecinal Juan Pablo II con el 0,6% (28) y Barrio Plata con el 0,7% (35).

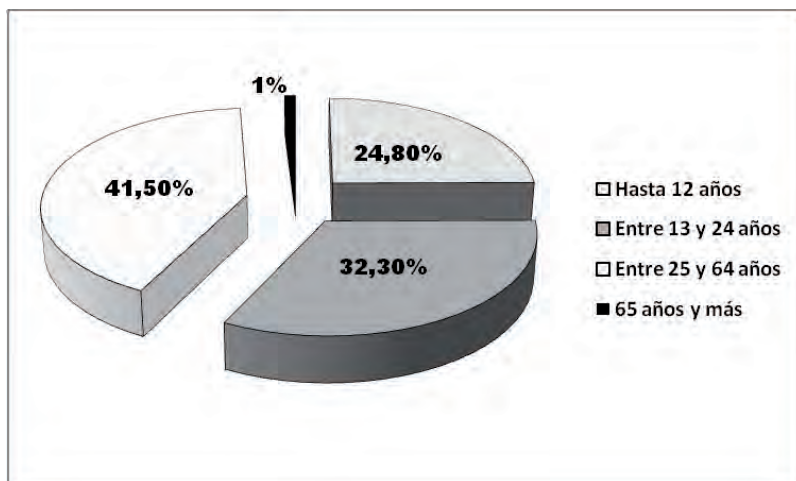
Al analizar la distribución de los usuarios según sexo, observamos que del total, el 66,2% (3328) fueron del sexo femenino manteniéndose la relación porcentual entre ambos sexos con regularidad en los diferentes Centros de Salud en estudio. Cabe destacar que los C.S. El Gaucho y Toba fueron aquellos que mayor cantidad de usuarios del sexo masculino registraron con un 44,7% (55) y un 42,9% (21) respectivamente. De la totalidad de usuarios que consultaron en el período de estudio en relación al domicilio y agrupados por distritos, observamos que la mayor cantidad se concentró en el distrito Oeste con 1.537 consultantes (30,8%) mientras que la menor cantidad correspondió al Distrito Centro (46 usuarios). (Gráfico 2)

De acuerdo al análisis del estado de salud bucal de los usuarios, se identificó que el 19,3% (971) perdieron al menos una pieza dentaria por exodoncia, durante el período analizado; mientras que el 80,7% (4055) restante fueron usuarios que requirieron únicamente tratamiento conservador. (Gráfico 3) Se destacan los C.S. Toba y Rubén Naranjo por presentar los más altos porcentajes asociados a tratamientos que requirieron exodoncia dentaria con un 46,9 y 40,4% respectivamente así como también, los C.S. Pasteur y Ugarte con menos del 10%.

Distribución de centros de salud, cantidad de profesionales y carga horaria.

Los 37 Centros de Salud en el municipio que poseen servicio odontológico cuentan con 54 odontólogos y una carga horaria semanal total de 1353

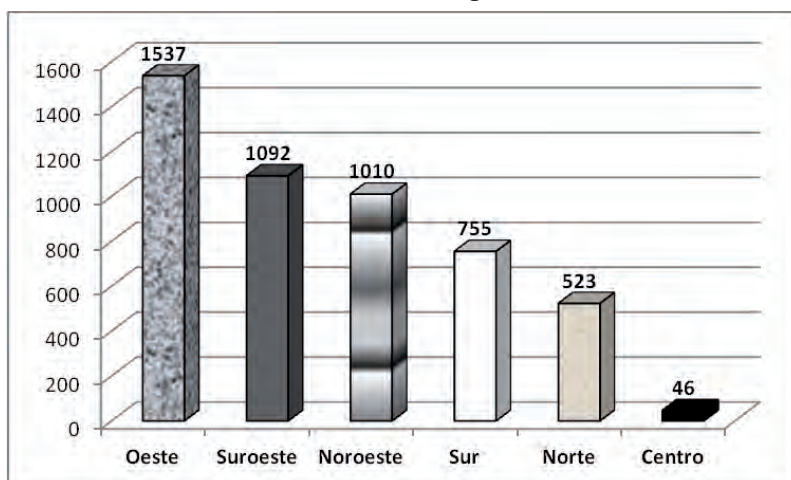
Gráfico 1: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN GRUPO ETARIO (n: 5002)



Nota: 24 registros sin datos

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Gráfico 2: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN DOMICILIO EN LA CIUDAD DE ROSARIO. Agosto 2012 (n=4994)



Nota: n=4994 usuarios residentes en Rosario. 14 (0,3%) usuarios de otras localidades. 18 (0,4%) registros sin especificar

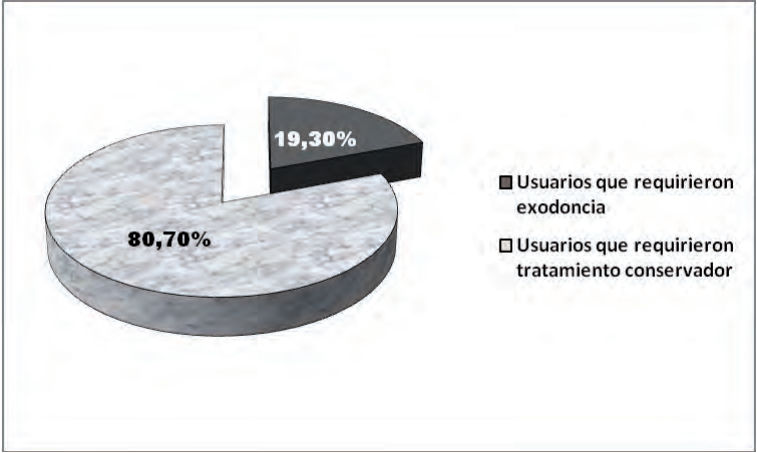
Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

hs. Del total de estos centros, 10 se encuentran en el Distrito Suroeste, con 14 profesionales que cumplen una carga horaria de 111 hs. semanales; 8 en el Noroeste con 14 profesionales y 330 hs.; 7 en el Oeste con 11 profesionales y 304 hs.; 7 en el Sur con 9 profesionales y 225 hs.; y 5 en el Norte con 6 profesionales y 169 hs.

Al interior de los distritos se identifica una gran heterogeneidad respecto a la cantidad de odontólogos y distribución de su carga horaria en los dife-

rentes Centros de Salud. Por ejemplo en el Noroeste encontramos en un extremo el C.S. Ugarte con 1 odontólogo y 3 hs. semanales, mientras que en el otro extremo se encuentra el C.S. San Martín con 3 odontólogos y 78 hs. semanales. La carga horaria semanal se distribuye predominantemente en el turno mañana (871 hs. semanales) en relación con el turno tarde (482 hs.) identificándose esta misma tendencia en todos los distritos y todos los centros. En el distrito Noroeste esta relación es a menudo marcada en el C.S. San Martín, con 62 hs.

Gráfico 3: DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO (n=5026)



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

en el turno mañana de un total de 78 hs. Cabe destacar que algunos centros de salud no cuentan con atención en turno tarde, como el Toba y la Vecinal Juan Pablo II.

Caracterización de los turnos asignados, consultas y ausentes.

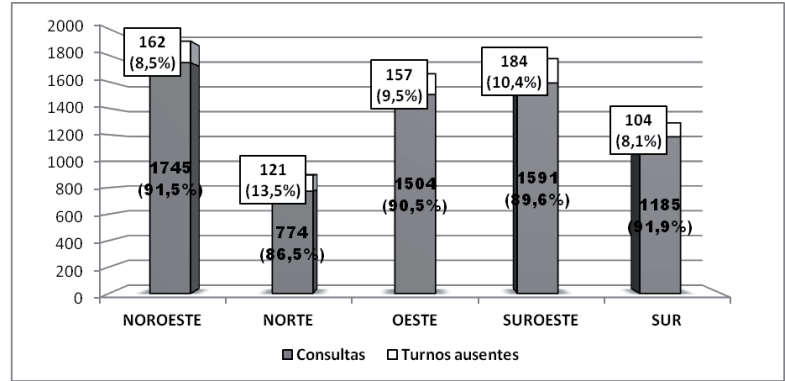
En el periodo analizado se asignaron un total de 7527 turnos, que corresponden a 6799 consultas efectivas (92,3%) y a 728 turnos en los que los pacientes no asistieron a consulta (9,7%). El distrito que presentó mayor ausentismo fue el Norte con un 13,5% y el que menos fue el Sur con un 8,1%. Cabe

señalar que el distrito Norte es el que menos turnos asignados presentó. (Gráfico 4)

El C.S. Toba, perteneciente al distrito Oeste, se destaca por ser el que registró mayor ausentismo con un 24,4% y en el otro extremo, en el distrito Sur, el C.S. Domingo Matheu, con un 0,5%. Se identificaron además cuatro Centros de Salud, el Elena Bazet, Ugarte, Francisco Lay y Maiztegui, en el que llamativamente no se registró ausentismo.

Del total de las consultas efectivas (6799), se observa que el distrito Noroeste recibió un 25,7%

Gráfico 4: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EFECTIVAS Y TURNOS AUSENTES. Agosto 2012

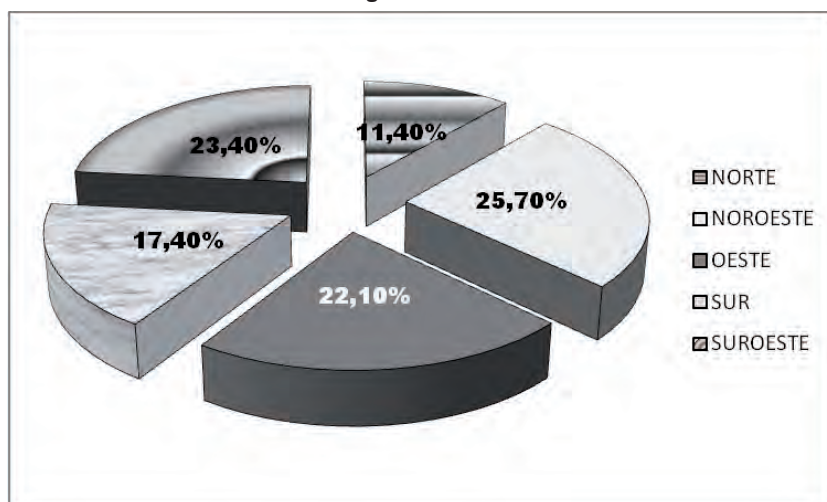


Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

(1745), el Suroeste un 23,4% (1591), el Oeste un 22,1% (1504), el Sur un 17,4% (1185) y el Norte un 11,4% (774). (Gráfico 5). Esta mayor cantidad de consultas en el distrito Noroeste, se corresponde con un predominio en la carga horaria (322 hs. semanales) distribuida en 8 Centros de Salud. En contraposición, el distrito Norte es el que menor cantidad de

consultas efectivas registró, contando con 169 hs y 5 Centros de Salud. La totalidad de las consultas corresponden a 5026 pacientes, indicando una relación de 1,35 consultas/paciente, equivalente de manera aproximada a una consulta cada 20 días. Si se observa esta relación en cada uno de los Centros de Salud, los que arrojaron valores más altos fueron

**Gráfico 5: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS EFECTIVAS POR DISTRITO.
Agosto 2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

la Vecinal Juan Pablo II (2,11), Rubén Naranjo (1,97) y Casiano Casas (1,83). Los valores más bajos se registraron en los Centros de Salud Domingo Matheu (1,14), Staffieri (1,15), Rosell y Las Flores (1,17).

En referencia a la división de los grupos etarios en estudio, aquel comprendido entre los 25 y 64 años fue el que más consultas presentó con un 42,2 % (2872); el 32,3 % (2197) correspondió al grupo de 13 a 24 años, el 24 % (1635) a las consultas de niños de 0 a 12 años y en el otro extremo se encuentra el de mayores de 65 años con un 1 % (67).

Al analizar la información de consultas por edad del paciente a partir del distrito se ve similitud en las distribuciones. En el distrito Noroeste en comparación con los porcentajes generales, es menor la proporción en la franja etaria de 0 a 12 años y mayor en la de mayores de 65 años. Asimismo se resalta el elevado porcentaje de consultas en niños de 0 a 12 años en el distrito Oeste (30,1%). (Gráfico 6)

De un total de 6799 consultas en el periodo analizado, 67,4 % (4584) correspondieron a pacientes del sexo femenino. Este predominio de consultas hechas por mujeres es más marcado en la Vec. Parque Sur (78,3%), Champagnat (75,8%) y Vec. Juan Pablo II (74,6%). Solo en los C.S. Toba y Dunant esta proporción es más equilibrada. En otro nivel de análisis, el alto predominio de consultas hechas por mujeres es similar en todos los distritos.

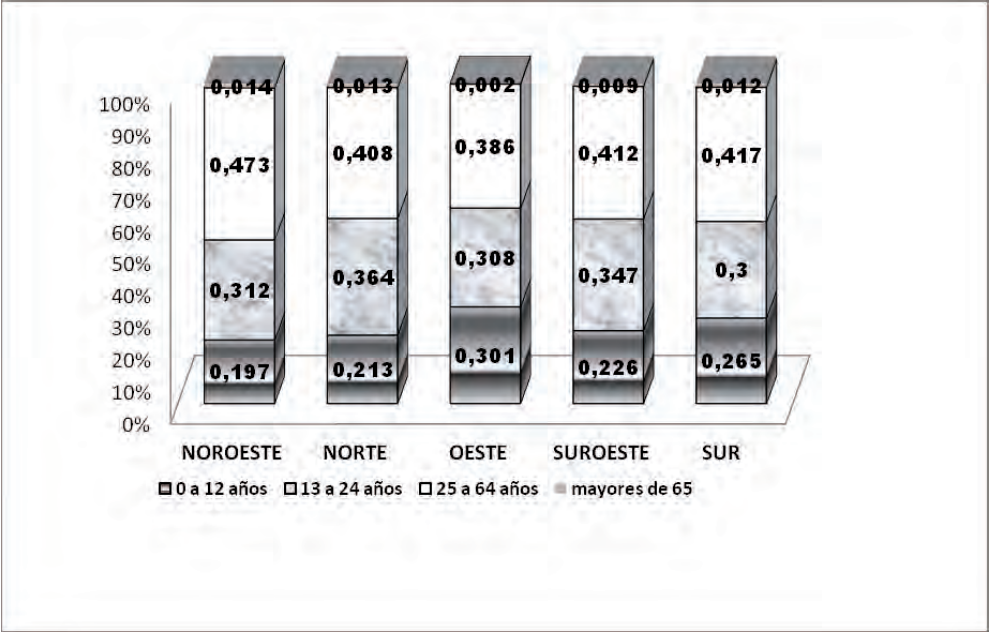
Del análisis del total de las consultas demandadas por menores de 12 años, observamos que la dife-

rencia entre sexos se equipara. La divergencia entre consultas según sexo es más marcada en el grupo entre 25 a 64 años. En los adultos mayores de 65 esta proporción se invierte correspondiendo a un 55,2 % de consultas realizadas en sexo masculino. (Tabla 2)

Analizando el ausentismo se vio que del total de 1754 turnos dados a menores de 12 años, el 6,8 % fueron turnos ausentes. En el segundo grupo de 13 a 24 años, fueron 10,6 % (260) de un total de 2457 turnos dados, mientras que el ausentismo en el grupo de 25 a 64 años fue de 10,5 % (337) de un total de 3209. El ausentismo evidencia sus menores valores en el grupo de 65 años y más con el 5,6 % (4). Asimismo se observa en el distrito Noroeste, en menores de 12 años el menor registro de ausentismos (4,7%). El distrito Norte fue el que mayor porcentaje de ausentismo registró en todas las franjas etarias. Al analizar las ausencias según género, se observa menor porcentaje de ausentismo en los turnos asignados a varones (8,9%). (Tabla 3) El distrito Norte fue el que más ausentismo en ambos sexos presentó y el distrito Sur el que menos.

Según la caracterización de las consultas y su distribución en turnos, el 64,8 % (4403) de las mismas corresponden al turno mañana. En algunos Centros de Salud esta relación se ve modificada con un predominio de consultas en el turno tarde, como por ejemplo en el Mangrullo con un 95,4 %, el Rubén Naranjo con un 75,9 % y el Henry Dunant con un 59,4 %. Asimismo no se registraron consultas durante el turno tarde en los Centros de Salud Salvador Mazza,

Gráfico 6: DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS POR DISTRITO SEGÚN GRUPO ETARIO.
Agosto 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Tabla 2: Distribución de consultas según sexo y grupo etario.

	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Totales	
	Frecuencia	% Fila	Frecuencia	% fila	Frecuencia	% fila
0- 12 años	9075	5,5%	7284	4,5%	1635	100%
13 a 24 años	15156	9%	6823	1%	2197	100%
25 a 64 años	21097	3,4%	7632	6,6%	2872	100%
mayores de 65	30	44,8%3	75	5,2%	67	100%
s/d	23	82,1%5		17,9%2	8	100%
Totales	45846	7,4%	22153	2,6%	6799	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

Francisco Lay, Juan Pablo Il, Toba y Lic. Ugarte. Desde una perspectiva distrital, es el distrito Noroeste aquel que mayor cantidad de consultas presenta en el turno mañana, el distrito Oeste aquel en el que las consultas en ambos turnos tienden a equipararse y el Norte el que presenta más disparidad en este sentido.

En relación con la distribución de las consultas según turno de atención y grupo etario, se pueden visualizar similitudes en ambos turnos, así como también destacar el alto porcentaje de consultas en niños en el turno mañana identificado en el C.S. Staffieri con un 57%, el 20 de Junio con un 55,4% y el Pocho Lepratti con un 49,5%. Del total de los 37 Centros de Salud estudiados, 11 no registraron consultas de

adultos mayores de 65 años en ninguno de los dos turnos.

En cuanto a la distribución de las consultas efectuadas según sexo hubo un marcado predominio de las mujeres en ambos turnos correspondiendo a un 67,8% para el turno mañana y un 66,7% para el turno tarde. Desde los Centros de Salud, se acentúa este predominio en el C.S El Mangrullo (80%) en el turno mañana y en la Vecinal Parque Sur (87,5%) en el turno tarde. En contraposición en el sexo masculino se visualiza un aumento de consultas en el turno mañana en el C.S T o Rolo (45,8%) y en el turno tarde en el CS Juana Azurduy (50%).

Al analizar las consultas según tipo de trata-

Tabla 3: Distribución de turnos asignados y turnos no tomados por distrito según sexo.

DISTRITO	Femenino					Masculino				
	TURNOS ASIGNADOS	CONSULTAS		TURNOS AUSENTES		TURNOS ASIGNADOS	CONSULTAS		TURNOS AUSENTES	
		Frec.	% fila	Frec.	% fila		Frec.	% fila	Frec.	% fila
NORTE	6165	27	85,6%8	91	4,4%	2792	47	88,5%3	21	1,5%
NOROESTE	1261	11479	1,0%	1149	,0%6	46	5989	2,6%	48	7,4%
OESTE	1145	10319	0,0%	1141	0,0%	5164	73	91,7%4	38	,3%
SUR	8687	94	91,5%7	48	,5%4	21	3919	2,9%	30	7,1%
SUROESTE	1224	10858	8,6%	1391	1,4%	5515	06	91,8%4	58	,2%
TOTALES	5114	45848	9,6%	530	10,4%	2413	22159	1,7%	198	8,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

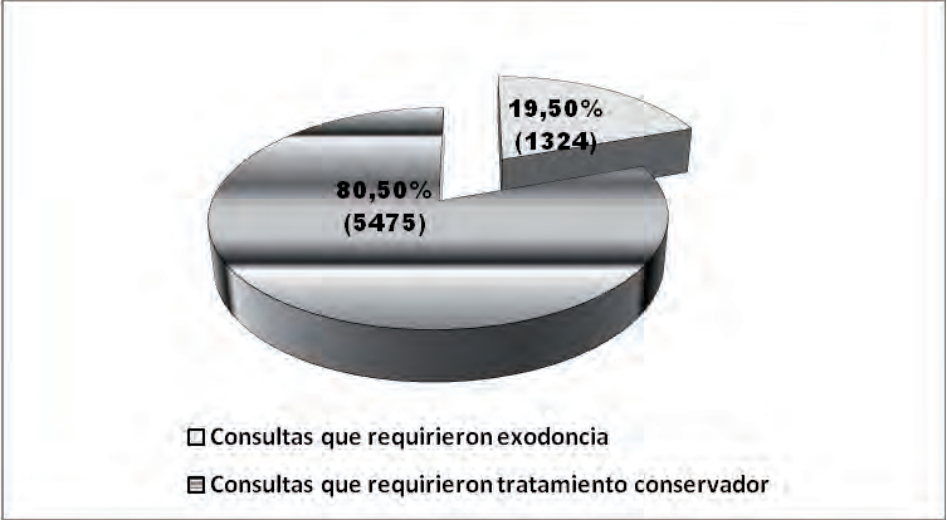
miento efectuado observamos que un 80,5 % (5475) corresponde a consultas que requirieron tratamiento conservador, mientras que un 19.5 % (1324) a consultas que requirieron exodoncia. (Gráfico 7)

Este último porcentaje se eleva en los C.S. Toba, con un 48,4 % (de 62 consultas totales), Rubén Naranjo con un 40% (de 195 consultas) y Juan B. Justo con un 36.4 % (de 162 consultas). En cuanto a consultas que demandaron tratamiento conservador se destacan los C.S. Luis Pasteur con un 95,4 % (de un total de 237 consultas atendidas), el Pocho Lepratti con un 94,4 % (de 125) y la Vecinal Parque Sur con un 91,7% (de 60). Cabe señalar que en el C.S. Lic. Ugarte este porcentaje corresponde a un 100% dado que en el período en estudio se realizaba solamente admisión de pacientes y talleres de prevención, de-

bido a que no estaba instalado el equipamiento requerido para la atención odontológica. Por su parte, la relación porcentual observada entre consultas por lesiones que requirieron exodoncia y las que requirieron tratamiento conservador entre distritos no evidenció variaciones significativas comparadas con los valores generales.

Centrando el análisis en las consultas que demandaron exodoncia, se puede destacar que en el Distrito Oeste y en el Noroeste se elevan los porcentajes en determinados grupos etarios, en comparación con los valores generales. Tal es el caso para el grupo de 0 a 12 años (34,8%) del distrito Oeste, el grupo de 24 a 65 años (28,8%) en el Noroeste y el grupo de 13 a 24 años (28,3%) en el Suroeste. Considerando la distribución de exodoncias según sexo, cabe destacar

Gráfico 7: Distribución de consultas según tipo de tratamiento. Agosto de 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

que a pesar de la predominancia del sexo femenino, se vi incrementado el porcentaje de consultas que requirieron exodoncia (30-40% aprox.) para el sexo masculino.

Desplazamientos de los usuarios entre distritos.

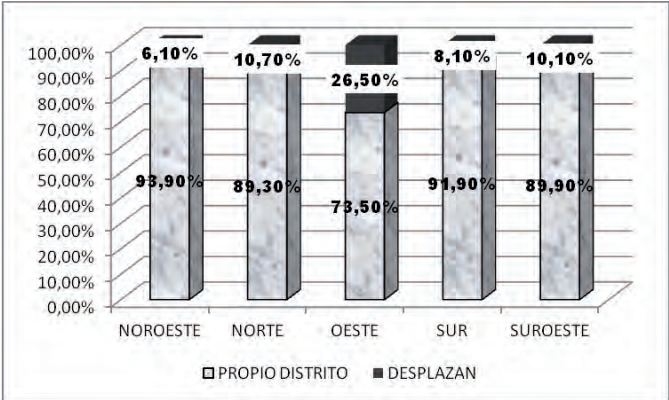
Del total de pacientes atendidos s lo 14 de ellos (0.3%) resid an en otras localidades distintas a Rosario y 18 pacientes (0.4%) no presentan informaci n referida a su domicilio. De los 37 C.S. analizados, s lo 6 atendieron pacientes de otras localidades, entre ellos se destaca el C.S. Rossell que recib i 9 pacientes (64,3%) y el resto concurri a los C.S. 1º de Mayo, Elena Bazet, Maiztegui, Roque Coulin y T o Rolo. Cabe destacar que, a los fines del an lisis, en este estudio no se incluy al grupo de usuarios provenientes de otras localidades. Asimismo no se describi el desplazamiento de usuarios residentes del Distrito Centro ya que no se estudiaron las estad sticas del CS. Mart n que referencia sus pacientes al CEMAR.

Se analiz el desplazamiento desde dos perspectivas: seg n el distrito de residencia del usuario y seg n el distrito de atenci n. Tal como se observa en Gr fico 8, el distrito Noroeste fue el que present menor desplazamiento de usuarios hacia otros distritos con un 6,1 %, mientras que el distrito que present mayor desplazamiento fue el Oeste con un 26,5 %. En el distrito Norte de un total de 523 usuarios, el 89,3% (467) de los pacientes atendidos eran residentes en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Casiano Casas con el porcentaje m s elevado de atenci n (23,5%). El resto (10,7%), emigr hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Distrito Noroeste con un 7,5 %, donde el C.S. Roque

Coulin fue el que recib i la mayor cantidad (4.8%). En el Distrito Noroeste de un total de 1010 usuarios, el 93,9% (948) de los pacientes atendidos eran residentes en el mismo distrito, siendo el C.S. Roque Coulin el que atendi la mayor cantidad (20,8%). El resto (6,1%) emigr hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Distrito Oeste (2,6%). Sin embargo el Centro de Salud que mayor cantidad de usuarios recib i fue el Juan B. Justo perteneciente al Distrito Norte (1,3%). En el Distrito Oeste de un total de 1537 usuarios, el 73,6% (1132) eran residentes en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Staffieri con el porcentaje m s elevado de atenci n (27,3%). El resto (26,5%) emigr , con un mayor desplazamiento hacia el distrito Noroeste (22 %), donde el C.S. San Mart n fue el que mayor cantidad recib i (13,6 %). En el Distrito Sur de un total de 755 usuarios el 91,9% (694) de los pacientes atendidos resid an en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Domingo Matheu con el mayor porcentaje de atenci n (19,5%). Los dem s (8,1%) emigraron hacia otros distritos, con un mayor desplazamiento hacia el Suroeste (5,8 %), donde fue el C.S. Champagnat el que concentr la mayor cantidad de usuarios (3,4%). En el Distrito Suroeste de un total de 1092 usuarios atendidos, el 89,9% (982) resid an en el mismo distrito, donde se destaca el C.S. Santa Teresita con el mayor porcentaje de atenci n (16,2 %). Los restantes (10,1%) emigraron hacia otros distritos con un mayor desplazamiento hacia el Sur (7,8 %), donde fue el C.S. 20 de Junio el que tuvo mayor afluencia de usuarios (3,4%).

Desde la perspectiva del distrito de atenci n de los usuarios se observ que el distrito que recib i mayor cantidad de pacientes provenientes de otros

Gr fico 8: Desplazamientos de usuarios entre distritos seg n distrito de residencia



Fuente: Elaboraci n propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontolog a

distritos fue el Noroeste (29,1%), siendo del distrito Oeste de donde más pacientes provienen. En cambio en el otro extremo el distrito Oeste es el que menor cantidad de usuarios atendió de otros distritos (4,6%). (Gráfico 9)

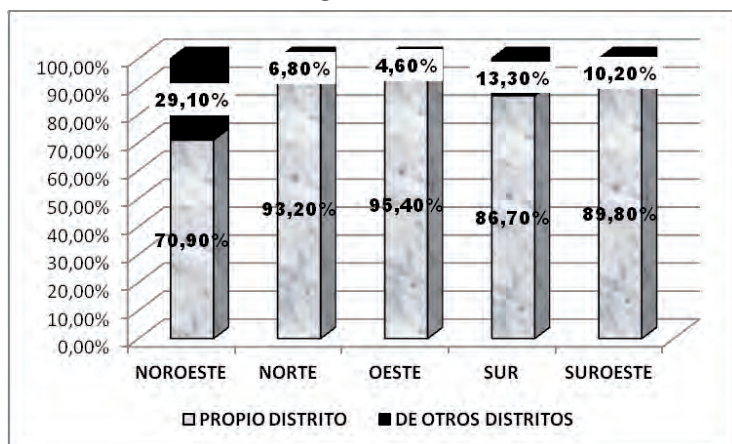
Podemos concluir que en concordancia con la ubicación geográfica de algunos efectores estudiados cercana a los límites distritales, se observa interrelación entre los desplazamientos de los usuarios

residentes de los distritos sur - suroeste como así también entre los del oeste y -noroeste.

DISCUSIÓN

El presente trabajo, en relación al acceso a Servicios de Odontología en efectores municipales del primer nivel de atención en la ciudad de Rosario parte -como se ha explicitado previamente- del reconoci-

**Gráfico 9: Desplazamientos de usuarios entre distritos según distrito de atención
Agosto 2012**



Fuente: Elaboración propia a partir de las Planillas de Informe diario de Odontología

miento del Derecho Social a la Salud, y a la Salud Bucal como componente indisoluble del bienestar del individuo. En este sentido, el trabajo muestra una oferta significativa de servicios de Odontología en el primer nivel de atención, con un importante acceso en todos los grupos etarios y para ambos sexos. Esta amplitud en la oferta y en la utilización son orientadores en el sentido de una efectivización del Derecho a la Salud. Sin embargo se visualizan ciertas desigualdades relacionadas con la organización de la oferta y con el menor acceso relativo de consultantes masculinos y de niños, lo cual amerita a un nivel más detallado de análisis, incluyendo eventualmente dimensiones del Derecho a la Salud propiamente dicho.

En otro sentido, el posicionamiento teórico adoptado habilita ampliamente al análisis de determinados aspectos estructurales y funcionales del acceso a la atención odontológica. Esto no impide considerar que la complejidad de la problemática plantea la necesidad de ampliar la indagación desde un aspecto que incluya al acceso como un vínculo construido entre los sujetos y los servicios, involucrando tanto a las condiciones y discursos de estos últimos como a las

condiciones y representaciones de los sujetos.

Desde la perspectiva metodológica conviene considerar al trabajo como parte de un proceso que, a partir de una producción previa, incorpora a la totalidad de CS municipales con atención odontológica, en un nivel de análisis distrital. Esto plantea por una parte un mayor alcance de los resultados, y a la vez un doble desafío a futuro. Por un lado, la inclusión de CS de dependencia provincial, con la finalidad de cubrir la totalidad de la oferta pública en la ciudad de Rosario; y por otro, la desagregación del análisis a nivel de CS, de manera de establecer comparaciones más precisas entre ellos, fundamentalmente las vinculadas a la residencia de la población consultante.

Cabe además considerar ciertos límites que relativizan la lectura de sus resultados. Por una parte, sólo se considera el mes de agosto para el relevamiento. Esta decisión, basada en la observación de cierta estabilidad de este mes en las condiciones epidemiológicas y asistenciales, restringe el análisis a un tiempo acotado y no evita cierta exposición a situaciones particulares, como licencias y problemas provenientes de la funcionalidad del equipamiento,

entre otros. Otra limitante radica en la diversidad de modalidades de registro y de codificación entre los profesionales, lo cual genera posibles situaciones de subregistro y de clasificaciones distintas ante iguales diagnósticos y prácticas. Más ambiciosamente, el análisis de un período anual permitiría observar variaciones temporales y relativizar las contingencias en la atención. Por otra parte, mayor capacitación y calibración profesionales, mejorarían posiblemente la uniformidad de criterios, registros y procedimientos.

En relación con las características poblacionales vinculadas al acceso se identifican algunas particularidades, sintéticamente: menor proporción de consultantes varones; reducido número de consultas en mayores de 65 años; diferencias en la frecuencia de consulta promedio; mayor porcentaje de domicilios de la población consultante ubicado en el distrito Oeste; y un menor porcentaje de prácticas exodoncias en relación a los tratamientos conservadores.

En cuanto a las diferencias de género, la visualización de la menor asistencia de varones a los servicios de odontología, principalmente en los ciclos productivos de la vida, podría deberse al rol que ocupan como sustento económico del grupo familiar, lo cual implicaría una menor disponibilidad de horarios y la imposibilidad de perder días laborales. Este hecho puede vincularse a la mayor consulta en situaciones de urgencia y a una mayor cantidad de exodoncias en este grupo, posiblemente por postergación de las consultas preventivas.

Con respecto a la utilización de servicios en relación con las franjas etarias definidas en el estudio, se agruparon los usuarios en base a etapas biológicas del desarrollo y de dentición. De acuerdo a esta división, el grupo que va de los 25 a 64 años abarca cuatro décadas, mientras los demás comprenden menor cantidad de años. Lo citado está en relación con la preponderancia en este grupo de determinadas variables, como cantidad de pacientes, de consultas y de exodoncias. En el grupo de 0 a 12 años es posible problematizar la baja frecuencia de consultas. Las diferencias entre distritos en cuanto a la atención de niños llevan a plantear de qué manera pueden estar operando la estructura poblacional, los distintos niveles de calificación y criterios profesionales, la consideración de la salud bucal en los equipos de salud, y cuáles son los conocimientos y representaciones de la familia sobre la salud bucal de los niños y niñas, especialmente durante los primeros años de vida. En un ulterior análisis sería pertinente desagregar

la atención de los niños de 0 a 6 años, en quienes la salud bucal tiene características particulares. En cuanto a la escasa demanda de los adultos mayores de 65 años, podría fundamentarse además por la presencia de cobertura social a nivel nacional (PAMI) y la naturalización de la pérdida de piezas dentarias. No obstante este grupo requiere abordajes particulares para incluirlo en estrategias preventivas y de rehabilitación, sobre todo en los sectores sociales más vulnerables.

En otro orden, se tomó como una aproximación al estado de salud bucal de la población consultante el tipo de tratamiento realizado, concretamente tratamiento conservador vs. exodoncia, la cual implica por definición la pérdida de la pieza dentaria. Un estudio más exhaustivo podría complementarse con el índice CPQ, para agregar otras variables de salud bucal a la pérdida dentaria (P), concretamente la caries dental (C), y las obturaciones (O) las cuales dan cuenta de la historia de caries. Teniendo en cuenta que el 20% de las consultas se asociaron a exodoncias, se podría pensar en distintas situaciones relacionadas con una insuficiencia de las prácticas preventivas, como falta de controles periódicos, tratamientos discontinuos, subalternidad frente a otros problemas de salud, y dificultades en el acceso a tratamientos de mayor complejidad, particularmente endodoncia y periodoncia. No obstante resulta alentador mencionar que a pesar de la exodoncia era una práctica mucho más frecuente en los CS y que hoy ha aumentado significativamente el porcentaje de tratamientos conservadores, cuya caracterización requeriría discriminar detalladamente las prácticas realizadas.

En relación con los servicios odontológicos se encontraron discrepancias entre la cantidad de consultas y carga horaria de los profesionales, lo cual levanta interrogantes sobre la distribución del trabajo profesional. En un próximo estudio, sería interesante determinar la carga horaria real en consultorio de cada uno de ellos, ya que en muchas oportunidades se ven afectados por actividades de gestión, tutorías, talleres interdisciplinarios, reuniones de equipo, etc., que no fueron discriminados en esta oportunidad. En este sentido se sostiene el propósito de facilitar un mayor acceso de la población mediante la reorganización del trabajo profesional.

En relación a las diferencias observadas en la cantidad de consultas y en los promedios de consultas por paciente, es necesario considerar que la posibilidad de realizar comparaciones de mayor utilidad

entre distritos y entre CS, requerir a ampliar el periodo de análisis y desagregar otras variables, como la distribución de horas profesionales según tareas clínicas, preventivas y de gestión.

Al analizar el ausentismo de la población consultante a la atención, se observa que hay CS que no presentan esta condición en el periodo estudiado, lo cual sugiere que los ausentes no están siendo registrados. Similar situación se refleja en la heterogeneidad de registros de los pacientes que concurren a talleres de cepillado y flúor, con lo cual se podría estar subestimando la frecuencia de consultas, especialmente en niños. Por otra parte, es llamativo que el distrito Norte, teniendo comparativamente la menor cantidad de consultas, haya registrado el mayor nivel de ausentismo. Tomando como ejemplo particular el CS Toba, uno de los que menos consultas tuvo, muestra a la vez un elevado nivel de ausentismo (24,4 %). Para un análisis más preciso se deberían indagar entonces posibles motivos de ausentismo, como horarios, modalidad de otorgamiento y horizonte de turnos, obstáculos de la población, y otros factores que pueden contribuir a una reducción del acceso efectivo.

Un aspecto de especial interés lo constituye el desplazamiento de la población consultante para recibir atención en CS ubicados en Distritos distintos al de su residencia, como expresión de dificultades en el acceso. Sin embargo los CS involucrados se encuentran cerca de límites distritales, lo cual relativiza esta observación. Sería importante para un futuro análisis estudiar el domicilio de residencia de los pacientes en relación al área de referencia de cada centro de salud y así ver desplazamientos no solo entre distritos sino también entre Centros de Salud. De verificarse, estos desplazamientos se podrían relacionar con variables vinculadas al contacto inicial de entrada, por ejemplo tiempo de viaje, medio de transporte, distancia desde la residencia hasta el lugar de atención, horarios de atención, oferta de servicios, y empatías con equipos de salud; así como con variables del contacto inicial al interior de los servicios, como dificultades para la obtención de turnos y burocracias administrativas, entre otras.

A modo de síntesis final, la ampliación del análisis del acceso a la atención odontológica en el primer nivel de atención a la totalidad de CS municipales ha permitido generar información de interés para la toma de decisiones y al mismo tiempo levantar interrogantes que permiten ahondar el análisis, con el

propósito de continuar profundizando las estrategias para mejorar la Salud Bucal de la población.

Agradecimientos

- Grupo de tutores de la Cohorte 2011-2013, en especial Dras. Brebbia Cecilia, López Paula y Dip Silvina.
- Departamento de Epidemiología.
- Lic. Mónica Mottura del Centro Informático Local.
- Marta Acosta, encargada de la carga diferida de planillas diarias de Dirección de Odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. (1988) Los espacios de la salud. Cap. VII. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición en español, México. En: Utilización de los efectores de salud por parte de los pobladores de la Vía Honda. Rodríguez A.; Díaz F.; Ruiz L., Costa F.; "Investigación en Salud" Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Volumen 9. Nº 1. Rosario Enero- Diciembre de 2010.
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Organización de Naciones Unidas. 1966. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. 05-01-15.
3. Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la extensión de la protección social en salud. OPS. 2005. Washington. Disponible en: <http://www.oas.org/ddse/fundacion/Informacion/C3%B3n%20de%20Apoyo/OIT-OPS%20Iniciativa%20conjunta.pdf>. 05-01-15.
4. Frenk J., (1985) El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública de México, sep-oct., Vol. 27, Nº 5.
5. Aday L.A. y Andersen R., (1974) Un marco para el Estudio de Acceso a Atención Médica. Medical Care. V.99 (3).
6. Stolkiner A. y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI. Estudio de caso. La Salud en Crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunkin.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Arredondo, A. y otros (1992) Modelos explicativos sobre la utilización de Servicios de Salud: Revisión y Análisis. Salud Pública de México. Vol. 34, Nº 1.
- Borrás J.M. (1994) La utilización de los servicios sanitarios. Gaceta Sanitaria. 8:30-49.

- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbos, P.; Mauro, M.; (2006) El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y Servicios. Facultad de Psicología- UBA/ Secretaria de Investigaciones/ Anuario de Investigaciones/ Volumen XIV.
- Cuenca Sala, E. y otra, (2005) Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Capítulo 14. 3ª ED. Masson.
- OMS. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. (1978) Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para todos. Número 1. Ginebra.

Desarrollo de un programa de detección y atención de Enfermedad Renal Crónica. Rosario, Santa Fe. Período 2011 – 2013. Plan de Acción Integral de Salud Renal.

Alonso, Claudio¹; Anchart, Eduardo²; Petroni, Gustavo³; Lujan, Silvia⁴; Hernández, Elba⁵; Pendino, Ana María⁶

RESUMEN

Se presentan los resultados del Plan de Acción Integral de salud renal (PAIS-R), el cual fue implementado en la ciudad de Rosario (República Argentina) con el propósito de incrementar la detección y la accesibilidad al tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en la población de Rosario. La metodología implementada a través del Programa ERC consistió en el establecimiento de una estrategia coordinada para identificar la creatinina sérica en muestras de sangre registradas en el laboratorio desde el 1° de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2013, adoptando el siguiente criterio:

Se consideraron en el estudio todas las muestras de sangre recibidas de parte de personas entre 50 y 70 años de edad, a las que se determinó la creatinina sérica, y todas las muestras recibidas de personas de todas las edades (mayores de 14 años) cuya prescripción incluía creatinina sérica. Se identificaron aque-

llos casos que evidenciaron una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) menor a 60ml/min. Los casos en los cuales se detectó una filtración glomerular a una tasa inferior a 45ml/min (TFG < 45 ml/min) fueron inmediatamente alertados para presentarse en los centros de salud correspondientes y que de allí sean derivados a los efectores de segundo nivel para la atención estandarizada con la subsiguiente contra-referencia al primer nivel.

Como resultado de ello, en el período ubicado entre los años 2011 y 2013, se analizaron muestras de sangre de 56.989 individuos (523 menores de 50 años, 56.082 entre 50 y 70 años de edad y 384 con más de 70 años). La prevalencia de ERC fue de un 1.57% (896 pacientes) con TFG en estados de falla renal, de los cuales 0.44% (252 pacientes) registraron menos de 30ml/min TFG y 1.13% (644 pacientes) obtuvieron una TFG ubicada entre 30 y 45 ml/min.

La importancia de la detección temprana de ERC

1 Médico Nefrólogo. Coordinador Enfermedades No Transmisibles, Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: clavalonso@arnet.com.ar

2 Bioquímico. Coordinador de Redes Bioquímicas del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. E-mail: eanchart@rosario.gov.ar

3 Médico Intensivista, Máster en Investigación Clínica. Coordinador, Comité de Docencia e Investigación, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (SSP), Rosario. E-mail: gustavopetroni@gmail.com

4 Médica Intensivista, NIH Fellow. Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez" (SSP) Rosario. E-mail: silviablujan@gmail.com

5 Médica Nefróloga. Enfermedades No Transmisibles, Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: elba781@gmail.com

6 Estadística. Dirección de Bioestadística. Secretaría de Salud Pública, Rosario. E-mail: ana_pendino@yahoo.com.ar

reside en que actualmente se encuentra reconocida como un importante problema de salud pública debido a la necesidad de un tratamiento alternativo muy costoso en la fase terminal de la enfermedad y, a su vez, por el incremento del riesgo de episodios cardiovasculares, junto con la mortalidad y morbilidad asociadas a la menor esperanza de vida. Si bien el curso de la enfermedad es irreversible, hay evidencia que indica que un diagnóstico temprano y un correcto tratamiento de la ERC, retrasan su desarrollo y reducen la frecuencia de complicaciones, logrando a largo plazo una mejor condición general para aquellos pacientes que alcanzan la diálisis o el trasplante. De acuerdo con lo anterior, el PAIS-R apunta a extender la estrategia para la prevención de la enfermedad en personas sanas a través de planes de educación de la población.

Palabras Clave: Enfermedad Renal Crónica, PAIS-R, Tasa de Filtración Glomerular.

ABSTRACT

We present the results of the Program of Integral health kidney care (PAIS-R) that was implemented in the city of Rosario (República Argentina) whose purpose was to increase the detection, the accessibility to treatment of the Chronic Kidney disease (CKD), in population of Rosario. The strategy implemented by PAIS-R was to establish a coordinated strategy of cleavage of determination of serum creatinine (CrP) in blood samples received at laboratory throw January 1st 2011 to December 31st 2013 with the following criteria:

From all the blood samples received from people between 50-70 years were determined CrP, and all the samples received from people all ages (> 14 years) whose prescription included serum creatinine. We identified GFR cases with rate of less than 60 ml/min (GFR) glomerular filtration. Those patients with GFR < 45 ml/min were immediately alerted to concert the health care centers to locate them and refer them to effectors of second level for standardized attention with its subsequent counter-reference treatment. As a result of that, in the period from 2011 to 2013, we analyzed blood samples from 56.989 individuals (523 under 50 years of age, 56.082 aged between 50 and 70 years of age and 384 of age over 70 years). The prevalence of CKD was 1.57% (896 patients) with GFR in stages of kidney failure, of which 0.44% (252 patients) had less

than 30 ml/min GFR and 1.13% (644 patients) a GFR between 30 and 45 ml/min.

The importance of early detection of the CKD is that is now recognized as a significant public health problem due to the need for an expensive alternative treatment in the terminal phase of the disease and the extreme increase in the risk of cardiovascular events and mortality and morbidity associated with a reduced life expectancy. While the course of the disease is irreversible, there is evidence that early diagnosis and correct management of the CKD delayed their development and reduce the frequency of complications, does achieving a long term better general condition of patients who reach dialysis or transplantation. In accordance with the foregoing, PAIS-R expect to extend the strategy for the prevention of disease in healthy subjects by population education plans.

Key Words: Chronic Kidney disease (CKD), Program of Integral health kidney care (PAIS-R), Glomerular Filtration Rate (GFR)

ANTECEDENTES

Según el Observatorio Regional de Salud de P.A.H.O, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte en las Américas. Se observa en primer término la enfermedad isquémica cardíaca con el 11.24 %, seguida por las enfermedades cerebro vasculares con el 7.15 % y en tercer término la Diabetes Mellitus (DM) con el 5.48 %. Dentro de las 12 principales causas de muerte también se encuentran la Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), la Hipertensión Arterial (HTA) y las enfermedades del sistema urinario.

El envejecimiento poblacional es otro factor importante para el desarrollo de las Enfermedades No Transmisibles. En la Región de las Américas, en el año 2010 la población de más de 60 años alcanzó el 13.1 % de la población total, con una expectativa de crecimiento al 18.5% para el año 2025. Esta perspectiva genera un desafío adicional en cuanto a la necesidad de adecuar las estructuras de salud para la atención de una población más oscura y con énfasis en un mayor acceso a la prevención.

En términos de inversión en salud, las ENT son la causa de la mayor parte de costos evitables (1).

La enfermedad renal crónica (ERC), enmarcada dentro de las ENT, es un problema de salud pública de alcance global recientemente catalogada por la OMS

como una epidemia a nivel mundial por su alto impacto sanitario, social y económico, encontrándose actualmente un 11% de la población general con algún grado de disfunción renal y un 4,6% en estadios avanzados (2).

En la República Argentina, la incidencia de pacientes en Diálisis Crónica (DC) continúa en aumento, llegando en 2012 a 158 pacientes por millón de habitantes (ppm), habiendo aumentado esta tasa a un ritmo del 1.8% interanual desde 2004. En algunas provincias las tasas superan los 200 ppm y en otras apenas se alcanza los 120 ppm.

La Diabetes presenta muy significativo aumento de la tasa como causa de Enfermedad Renal Definitiva (ERD) entre 2004 y 2012. Cuatro de cada diez personas que ingresan a DC en Argentina son Diabéticos. Muchas provincias llegaron a 5-6 de cada 10. La incidencia de ERD se incrementa a pesar de un muy significativo aumento de la Tasa de Trasplante renal en los últimos 9 años, a expensas de la mayor donación de órganos, por lo que Argentina, con 31 trasplantes ppm, está primera en Latinoamérica y tercera en América en 2012, detrás de Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

La tasa cruda de Prevalencia en Tratamiento sustitutivo renal crónico es de 835.74 ppm (IC 95%: 826.91- 844.64) en la República Argentina para el año 2012 (3).

Estas alarmantes cifras se han mantenido sin cambios significativos e indican un pobre resultado en prevención primaria y secundaria, considerando que se trata de una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento por exámenes de laboratorio y que existen algunos tratamientos que pueden prevenir el desarrollo y enlentecer su progresión a estadios terminales.

La prevalencia de la ERC, en concordancia con el resto de las ENT aumenta por el envejecimiento de la población, el incremento de la prevalencia de sus factores de riesgo como la enfermedad Cardiovascular, DM, HTA, o la obesidad.

La importancia de la detección precoz de la ERC radica en que es reconocida actualmente como un problema trascendente de salud pública debido a la necesidad de un costoso tratamiento sustitutivo en la fase terminal de la enfermedad y el aumento extremo del riesgo de eventos cardiovasculares y morbilidad asociada prediciendo una esperanza de vida reducida.

Sin embargo, es característico el marcado retra-

so en el diagnóstico y tratamiento adecuados, debido a la etapa subclínica e infrecuente consulta espontánea de la población ante la ausencia de síntomas de alarma.

Así, en casos evolucionados, el diagnóstico suele realizarse tardamente en hospitalizaciones por complicaciones graves, como la insuficiencia cardíaca congestiva y el requerimiento dialítico de urgencia.

Si bien el curso de la enfermedad es irreversible, actualmente existe evidencia de que el diagnóstico precoz y un correcto manejo de la ERC retrasan su evolución y reducen la frecuencia de complicaciones, logrando a largo plazo un mejor estado general de los pacientes que llegan a diálisis o trasplante.

Estas intervenciones requieren de una política de salud pública sostenida en el tiempo, que incluya educación ciudadana, una estrategia de clivaje poblacional eficaz y un sistema de atención médica integrando a todos los niveles de complejidad, permitiendo la implementación de guías de manejo basadas en evidencia y consenso.

Hasta la actualidad, no se han realizado a nivel nacional estudios poblacionales sobre ERC y, por lo tanto, se desconoce la prevalencia de casos en etapas iniciales, donde las medidas de manejo son aún posibles. Consecuentemente no se han abordado políticas de prevención para esta población vulnerable.

En 2008, la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de Rosario designó un grupo de trabajo para estudiar esta problemática, respaldado en la Ordenanza del Consejo Municipal n° 8.319 del año 2008, basada en el carácter epidémico de la ERC y posteriormente por la Resolución n° 2047 de fecha 14 de setiembre de 2011 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Como resultado de este análisis, se evidenció la necesidad de conocer indicadores poblacionales locales relacionados a ERC y planificar un manejo integrado y eficaz de los pacientes detectados.

Para llevar adelante esta política, se propuso una estrategia de clivaje poblacional continuo y manejo integrado de los casos detectados de ERC, enfatizando en la prevención secundaria.

El presente es un reporte que describe el PAISR en su etapa inicial y sus resultados en el período 2009-2013.

OBJETIVO

- Mejorar la detección, la accesibilidad a tratamiento y los resultados de la enfermedad renal crónica.

ca, en la Ciudad de Rosario, utilizando una estrategia de trabajo en red, multidisciplinaria y sustentable, que se asuma como política de salud pública.

ESTRATEGIA DE TRABAJO

1. Establecer una estrategia coordinada de clivaje de determinación de creatinemia.

2. Identificar los casos con tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min y realizar transferencia centralizada de datos.

3. Ubicar en forma inmediata los casos con TFG < 45 ml/min.

4. Alertar a los Centros de Salud referentes para localizar a los pacientes y derivar a aquellos identificados a efectores de segundo nivel para tratamiento estandarizado con su posterior contrarreferencia.

El plan prev además extender los mecanismos de esta estrategia a la prevención de la enfermedad en sujetos sanos mediante planes de educación poblacional.

1. Clivaje poblacional

En la red de efectores de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario, se atienden ambulatoriamente 1.500.000 consultas por año. Si debido a estas consultas se genera una prescripción de exámenes de laboratorio, el análisis se efectúa en forma centralizada y estandarizada en los laboratorios de la red.

Esto ofrece una excelente oportunidad para realizar en esta población, un clivaje de creatinina plasmática (CrP) y cálculo posterior de la tasa de filtración glomerular (TFG).

Así para la Etapa I del PAIS-R, se solicitaron exámenes de sangre al laboratorio por atención ambulatoria de:

- a. Individuos de cualquier edad cuya prescripción médica incluya determinación de CrP

- b. Toda persona entre 50 y 70 años, a partir de cuando su prescripción no incluyera determinación de CrP.

El clivaje comenzó el 01/01/2011 y para el presente reporte, se analizaron todas las muestras de sangre ingresadas hasta el 31/12/2013.

2. Cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG)

En adultos, la mejor ecuación para estimar la TFG a partir de la creatinina sérica es la espectroscopia de masa por dilución isotópica (IDMS, por sus siglas en inglés) trazable modificada de la dieta en

enfermedad renal o simplemente Modification of Diet in Renal Disease (MDRD4), por sus siglas en inglés). El laboratorio debe utilizar un método calibrado de IDMS trazable. La ecuación incluye la edad y sexo, y se ha normalizado para un área de superficie corporal de 1.722 m².

El laboratorio parametrizó la determinación del MDRD4 logrando un cálculo automatizado.

La automatización de las determinaciones y su informatización facilitaron la comunicación y manejo dentro de la red de atención, permitiendo georreferenciar a los pacientes y conocer además aspectos epidemiológicos de la enfermedad a una escala no cuantificada hasta la fecha en nuestro medio.

Todas las muestras con TFG < 60 ml/min se definieron como posible Enfermedad Renal y para poder realizar un seguimiento de los pacientes se diseñó una base de datos específica para PAIS-R, con datos que dan cuenta de fecha de la muestra, identificación del paciente, institución que solicita la muestra, profesional interviniente, resultado de TFG.

Todas las muestras con TFG < 45 ml/min se informan mensualmente al Servicio de Nefrología (SdN) y al médico de cabecera del distrito correspondiente en APS, para la identificación del caso, su ubicación y manejo médico (Etapa I).

3. Identificación y localización de casos

Para cumplir con este objetivo se realizan reuniones conjuntas con los diversos actores de la atención de pacientes, incluyendo decisores de políticas de salud, médicos de atención primaria, nefrólogos, enfermeros, bioquímicos y trabajadores sociales para consensuar las acciones a implementar.

En esta etapa I del PAIS-R, las muestras con TFG < 45 son informadas al Servicio de Nefrología (SdN) para la clasificación de casos conocidos/desconocidos.

Se realiza una búsqueda de los casos desconocidos por el SdN, que incluye informar a los efectores de atención primaria de salud (APS) de la detección de estos pacientes y programar visitas domiciliarias para su localización.

4. Localización de pacientes e inclusión en el programa de manejo

Una vez localizados los pacientes, se agenda una consulta a la brevedad con el SdN para evaluación del caso y manejo coordinado con APS, según guías clínicas de atención. En Rosario existen 51 Centros de Salud municipales, distribuidos en sus seis distri-

tos referenciados geográficamente como: Centro, Noroeste, Norte, Oeste, Sur y Sudoeste.

Es de destacar que, desde que el programa ha comenzado, se ha agregado en el informe del laboratorio la siguiente leyenda:

“Si el valor de TFG estimado por fórmula MDRD4 modificada es menor a 60 ml/min, se sugiere una consulta con su médico de cabecera o en el centro de salud más cercano a su domicilio para evaluar su salud renal.”

“Esta recomendación está avalada por la Sociedad Internacional de Nefrología y la Sociedad Argentina de Nefrología”.

Debido a esta nueva modalidad se han generado consultas espontáneas de pacientes, lo cual habla del potencial impacto en materia de prevención del programa mediante tareas de difusión y educación comunitarias.

Las guías de atención utilizadas son las del Ministerio de Salud de la Nación, a las cuales se les amplió algunas directrices para adaptarlas a nuestra sistemática de trabajo, en un fructífero trabajo de consenso entre los distintos actores de la salud municipal.

RESULTADOS

En el período comprendido entre 2011 y 2013, se realizaron 86.417 determinaciones de TFG correspondientes a 56.082 individuos entre 50 y 70 años de edad, a otros 523 menores de 50 años y 384 mayores de 70 años, a quienes su prescripción médica incluía creatinina sérica.

Del total de 56.989 casos evaluados en este período, la prevalencia de ERC fue de 896 pacientes (1.57 %) con TFG en estadios de insuficiencia renal, de los cuales 252 pacientes (0.44 %) presentaron TFG menor a 30 ml/min y 644 pacientes (1,13%) una TFG entre 30 y 45 ml/min.

De los 896 pacientes con TFG compatible con enfermedad renal crónica en estadios avanzados, el 55.2 % corresponden al sexo femenino y un 78.5 % tienen edades comprendidas entre 50 – 70 años.

DISCUSIÓN

La ERC constituye uno de los principales problemas sanitarios en la actualidad, dado que la población adulta que presenta factores de riesgo cardiovasculares como HTA y diabetes, es pasible de desarrollar durante su evolución deterioro funcional renal, favo-

reciendo la generación de nuevas complicaciones y el aumento de la morbilidad, con la consiguiente pérdida de años de vida.

La problemática mundial del ingreso de pacientes no conocidos por el sistema de salud, con cuadros graves de ERC, con requerimiento dialítico de urgencia, generalmente internados en Unidades de Cuidados Críticos (UCC) por complicaciones cardiovasculares severas, sumado al comportamiento epidémico de esta patología, también se ve reflejada en los efectores públicos de nuestra ciudad.

Otro factor importante son los costos que implican los tratamientos, sobre todo en los estadios finales de la ERC, cuando se deben utilizar terapias dialíticas o trasplante renal, que constituyen hoy un desafío para los presupuestos de salud.

Por otra parte, se ha demostrado que el diagnóstico precoz de la ERC y su control adecuado, resultan en una baja sustancial de las comorbilidades asociadas y de la mortalidad cardiovascular de esa población y que los pacientes bajo control disminuyen la velocidad de caída de su filtración renal demorando o evitando su ingreso a tratamiento con diálisis o trasplante.

El gobierno municipal asumió un rol preponderante en defensa de la igualdad de oportunidades para todos los habitantes de la ciudad, posibilitando el acceso a derechos esenciales como es la salud, acercando los servicios sanitarios a los espacios de residencia de los ciudadanos y mejorando el acceso y la atención integral, sobre todo a la población más vulnerable.

En este marco se inscribe PAIS-R, orientando su estrategia en el logro de equidad, solidaridad y accesibilidad a la atención de problemas sanitarios complejos, direccionando su accionar a acercar los servicios de salud a los domicilios de la población, y fortaleciendo los mecanismos de referencia / contrareferencia.

Ante el diagnóstico de situación elaborado, se diseñó un dispositivo de detección y seguimiento de los pacientes con ERC.

Este escenario propuesto se enfocó como una concreta política de optimización de la red de salud generando acciones conjuntas entre Atención primaria de salud (APS), segundo nivel y tercer nivel con el fin de intervenir preventivamente en la evolución de la ERC y en el riesgo cardiovascular que ésta conlleva así como la generación de indicadores epidemiológicos que sean de utilidad a los decisores en Salud

Pública.

Estudios preliminares realizados en base a modelos de simulación para la Seguridad Social en Argentina, han demostrado que el desarrollo de estrategias como la que hemos descripto, son factibles de implementación a muy bajo costo y con grandes e importantes beneficios para el Sistema de Salud y sus beneficiarios.

Algunos de los resultados esperados pueden resumirse en:

1. Consulta y seguimiento temprano por los especialistas
2. Mejora en la calidad de vida de los pacientes
3. Mayor accesibilidad a los tratamientos
4. Menor costo indirecto, de bolsillo y social
5. Previsiones presupuestarias actuariales
6. Garantía de cobertura
7. Integración de Actividades y Recursos en el Primer Nivel de Atención dirigidos a enfermos con potencial daño renal (Diabetes, Hipertensión, Dislipemias, etc.)

El Plan de Acción Integral de Salud Renal (PAIS-R), cumple con todos estos postulados, constituyendo una herramienta de bajo costo y de alto impacto positivo para la población más vulnerable.

La estrategia de PAIS-R es indicada a nivel nacional, dado que permite la detección de pacientes con enfermedad renal crónica en etapas tempranas donde la prevención secundaria es posible.

Debe acompañarse de acciones de difusión y concientización de la población sobre la importancia de los factores de riesgo asociados a la ERC y favorecer políticas de prevención primaria con las ventajas y beneficios que trae aparejada a nivel de salud y calidad de vida

El Plan de Acción Integral de Salud Renal PAIS-R, a través de sus componentes y subcomponentes, su planificación, programación y evaluación, su clasificación, indicadores de remisión y regresión de la enfermedad renal, con instrumentos afines a la salud pública, podrá ser incorporado a los programas de los ministerios de salud de los países, como una herramienta de gran valor para sistematizar en forma costo eficiente el control de la salud renal.

Agradecimientos

- Personal de mesada y jefes de los laboratorios: CEMAR, Hospital Alberdi, Hospital Roque Saenz Peña, Hospital Intendente Carrasco.
- Personal del Servicio de Nefrología.

● Coordinadores distritales de Atención Primaria de salud de la ciudad de Rosario.

● Médicos de centros de salud municipales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos Depine, MD. Modelo Sustentable y Sostenible de Salud Renal. Programa de Salud Renal para la Seguridad Social de la Argentina. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Administración de Programas Especiales. Ministerio de Salud y Ambiente. Agosto 2004
2. Mezzano A, S; Aros C. Enfermedad Renal Crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Rev Méd Chile 2005; 133: 338 - 348
3. Instituto Nacional Central Níctico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), Sociedad Argentina de Nefrología (SAN), Registro Argentino de Diálisis Crónica 2012, Informe 2013.

Anexo 1: Tablas y Gráficos

Tabla 1. Screening de pacientes por año. Rosario, 2011 – 2013

Año	Nº	%
2011	14436	25.3
2012	20175	35.4
2013	22378	39.3
Total de pacientes	56989	100

Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Tabla 2. Pacientes por edad. Rosario, 2011 – 2013

Edad (en años)	Nº	%
< 50	523	0.9
50 – 70	56082	98.4
> 70	384	0.7
Total de pacientes	56989	100

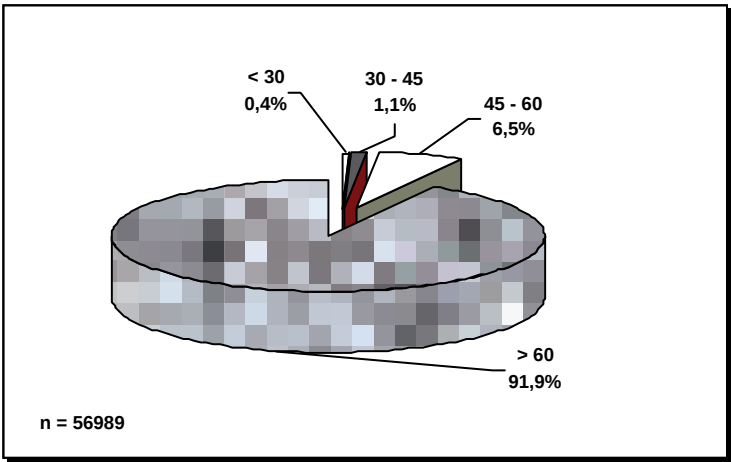
Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Tabla 3: Pacientes por sexo. Rosario, 2011 - 2013

Sexo	Nº	%
Femenino	36416	63.9
Masculino	20573	36.1
Total de pacientes	56989	100

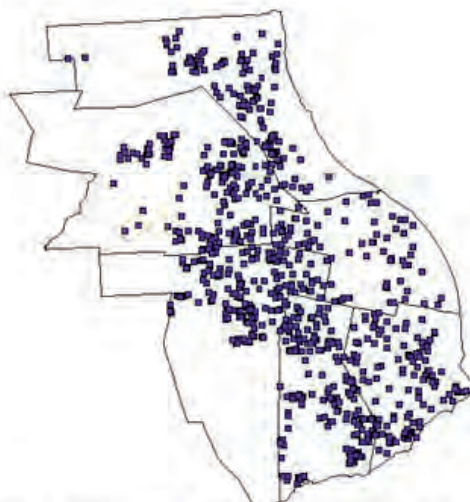
Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

Gráfico 1. Pacientes según valor de Función Glomerular. Rosario, 2011 - 2013



Fuente: Dirección de Bioquímica. Secretaría de Salud Pública

**Figura 1. Georreferencia de pacientes con MDRD inferior a 45.
Rosario, 2011 – 2013**



Fuente: Dirección Municipal de Laboratorios de Análisis Clínicos

De la l gica del control a una estrategia para garantizar la equidad.

Quadri, Andrea¹; Juarez Sonia²; Vergara Ver nica³; Forte Jorge⁴

INTRODUCCI N

La perspectiva de mejorar el acceso de la poblaci n a los servicios sanitarios, incluye considerar las posibilidades y los l mites de la gesti n p blica del Sistema de salud, no como un modo de restringir la atenci n sino para garantizarla. En este sentido presentamos este relato de experiencia del trabajo de auditor a en el CEMAR con el prop sito de realizar un ejercicio de reflexi n a punto de partida de nuestras propias pr cticas y enmarcado en la preocupaci n tica de asegurar la equidad en el acceso a la atenci n.

1. Auditor a en el campo de la salud

Durante la primera mitad del Siglo XX, la corroboraci n de que la oferta de atenci n m dica no daba cuenta de mejores indicadores de salud poblacionales, condicion el surgimiento de nuevas conceptualizaciones respecto de la calidad de atenci n en salud. En tal sentido, la evaluaci n de la calidad de atenci n

se desarroll a punto de partida de la necesidad de revisar las acciones del sistema de salud y realizar una valoraci n de lo actuado con el objetivo de mejorar el desempe o cl nico de la atenci n y brindar mejores servicios a los pacientes. En particular, la pr ctica de auditor a se instal como un modo de evaluaci n en el campo sanitario. Originada en el campo de la contabilidad y los balances econ micos, seg n la Real Academia Espa ola, auditar significa: "examinar la gesti n econ mica de una entidad a fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por ley o costumbre" (1)

Otros autores la definen a nivel general como "Proceso sistem tico que obtiene y eval a objetivamente la evidencia con respecto a las declaraciones acerca de acciones econ micas y eventos; dicho proceso determinar el grado de correspondencia entre estas declaraciones y el criterio para comunicar los resultados a los usuarios interesados" (2 p. 107). Estas dos definiciones ponen el centro de la cuesti n en el procedimiento de examen, comparaci n entre

¹ M dica Generalista. Miembro del rea de Auditor a del Centro de Especialidades M dicas Ambulatorias (CEMAR) Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

² M dica Generalista. M dica Auditora. Miembro del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

³ Administrativa del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

⁴ Administrativo del rea de Auditor a del CEMAR. Secretar a de Salud P blica. Municipalidad de Rosario.

las declaraciones y los datos objetivos referido a acciones económicas.

Aplicada al ámbito de la salud, Virgil Slee considera la auditoría como aquella evaluación hecha por los médicos de la calidad de la atención médica asentada en la documentación clínica, poniendo de este modo el foco de atención en los aspectos científicos del acto médico (3). Por su parte Crombie et al amplían el campo de su aplicación a la toma de decisiones de gestión y definen a la auditoría en salud como "...el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas" (4 p.108). La definición formulada por el Sistema Nacional de Salud Británico contempla otras dimensiones de la atención en los servicios de salud al sostener que auditoría "Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente" (4 p. 107).

Entendiendo que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en un sistema de atención comprende múltiples actividades además del acto médico, consideramos pertinente la referencia de Llanos Zavalaga en su artículo "Auditoría médica en el primer nivel de atención" (4), quien alude a tres tipos de auditorías posibles en salud según el objetivo de evaluación: Si el objetivo es revisar el cuidado clínico de los pacientes a cargo del personal médico se trata de una auditoría médica; si se trata de evaluar las actividades en todos los aspectos del cuidado clínico realizado por profesionales de la salud tanto médico como no médico se trata de una auditoría clínica; y finalmente si lo que se pretende es revisar todas las actividades dentro del servicio de salud que tienen un efecto directo en el cuidado del paciente se trata de una auditoría del cuidado del paciente. En la actualidad la Auditoría en salud, constituye además un cuerpo de conocimientos integrados referidos a economía, clínica médica y organización de los servicios de salud que se vincula directamente a la gestión de los Servicios de Salud (5). En tal sentido sus lineamientos están en consonancia con aquellos del Servicio de Salud al que pertenezca. Aun cuando el criterio económico esté presente en las áreas de auditoría, la jerarquía que se otorgue al mismo dependerá de si la evaluación tiene como eje principal la reducción de costos, o bien si ésta cons-

tituye un elemento más, necesario para el análisis de una situación, pero puesto a jugar conjuntamente con elementos clínicos y de contexto de vida de los pacientes. Particularmente Merhy, advierte respecto del rol de las Auditorías como dispositivos que buscan incidir en el proceso productivo de salud, regido por el predominio del Modelo Médico Hegemónico que se caracteriza por sostener una práctica centrada en los procedimientos. Las necesidades de los pacientes no serían el hilo conductor de esta auditoría, sino que de lo que se trata es de la microregulación de los actos médicos con el objetivo final de reducir los costos a través del control administrativo (6), dando por resultado una práctica médica que, al no ordenarse en torno a las necesidades de los pacientes termina por introduciendo distorsiones en el proceso salud / enfermedad / atención siendo una de ellas la subprestación de servicios sanitarios.

Al respecto, autores como Fisher y Wennberg (7) han demostrado que en términos de desempeño de los servicios sanitarios, se constata un punto de corte por debajo del cual, la menor utilización de servicios médicos impacta desfavorablemente en la salud de los usuarios; la contrapartida de esta situación es que, superado ese punto de corte, mayor utilización de servicios médicos, no adiciona beneficios a la salud de los pacientes, constituyéndose en realidad en un modo de sobreutilización de servicios, y pudiendo tener efectos perjudiciales como sucede por ejemplo en el caso de las tomografías con la cantidad de radiaciones que recibe el paciente en cada exposición.

2. Auditoría en Salud Pública: Las tensiones con la equidad en un sistema fragmentado

2.1. Sistema de Salud Nacional

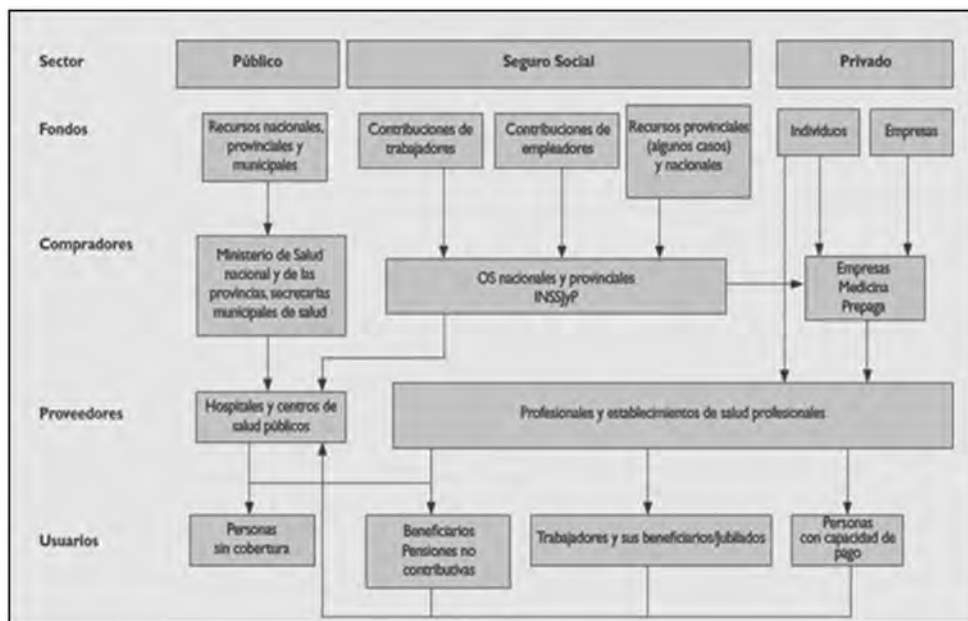
El Sistema de Salud en Argentina se define como mixto por estar constituido por tres subsectores. El Subsector de la Seguridad Social al que pertenecen Obras Sociales (OS) Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI), brinda cobertura al 57% de la población y está financiado por aportes de trabajadores y/o empleadores según diferentes regímenes de relación laboral (relación de dependencia, monotributo, autónomos); el Subsector Privado financiado por individuos o empresas que brinda cobertura al 5 % de la población; y el subsector Público que brinda cobertura al 38% de la población, financiado con fondos Estatales (8). En cuanto a la provisión de servicios, el Subsector de la Seguridad Social, ges-

tiona el mayor volumen de prestaciones a través de Empresas de Medicina Prepaga que funcionan como Gerenciadoras encargadas de la compra de servicios a Profesionales y Establecimientos de salud Privados modalidad instalada en la década del 90. Algunas Obras Sociales cuentan con efectores propios, tal es el caso de PAMI por ejemplo. Además la modalidad de autogestión utiliza efectores del Subsector Público para prestaciones a usuarios con cobertura

de Obra Social, con recupero monetario de las prestaciones realizadas, modalidad que aún persiste en la provincia de Santa Fe.

En los hechos, tal como se muestra en el Cuadro 1, los usuarios con cobertura de Obra Social y de Medicina pre-paga son atendidos por el Subsector público en caso de que soliciten atención, configurándose así un escenario heterogéneo en el cual los pacientes buscan concretar su atención en el efector

Cuadro 1. Sistema de Salud en Argentina



Fuente: Bell M., Becerril-Montekio V., Sistema de salud de Argentina; Rev. Salud pública de México; vol. 53, suplemento 2 de 2011

que consideren más accesible para el nivel de complejidad que requieran.

Esta configuración del Sistema de Salud, actúa como un factor de peso al considerar la trayectoria de los pacientes por los circuitos de atención. Ya sea que se trate del pasaje por distintos niveles de complejidad, como del involucramiento de diferentes efectores de salud, y más aún por diferentes subsectores, la existencia simultánea y no integrada de esta oferta de Servicios Sanitarios plantea como riesgo frecuente la fragmentación en los procesos de atención (9). Esta característica del sistema de salud se manifiesta en la falta de coordinación y comunicación entre los servicios de salud y entre niveles de atención generando duplicación de oferta de atención de salud, ineficiente utilización de recursos en algunos casos, provisión de la atención en el lugar menos

apropiado -como es el caso de atenciones en guardias hospitalarias de problemas que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención- y una distribución territorial de los efectores que podría resultar inequitativa al no contemplar las características, distribución y necesidades de salud poblacionales (características sociodemográficas, población urbana o rural, estrategias de reproducción social, etc.). Las consecuencias en la atención de la salud de la población se hacen visibles en la falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad de atención ya sea por demanda de atención que no obtiene respuesta, conocida como demanda insatisfecha; por la prolongación de tiempo para obtener un turno; por la existencia de listas de espera y por la realización tardía de derivaciones. Se agrega además la menor posibilidad de contar con un equipo o institución de referencia en el primer nivel de

atención y la realización de múltiples consultas con diversos prestadores para solucionar un único episodio de salud agravando esta situación la inexistencia de transferencia de información clínica entre niveles de atención o entre diferentes prestadores (10).

2.2. Sistema de Salud Municipal de Rosario

El Subsector Público de Salud de la ciudad de Rosario cuenta con dos dependencias administrativas: una dependiente de la Provincia de Santa Fe y otra dependiente del Municipio de Rosario. La red de servicios dependiente de la Municipalidad de Rosario

se organiza en tres niveles de atención según grados crecientes de complejidad tecnológica (a) (11). Un primer nivel de atención constituido por 51 Centros de Salud; un segundo nivel de atención que cuenta con tres efectores hospitalarios, una maternidad, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), el Instituto de Lucha Antipoliomielítica de Rosario y un servicio de Internación Domiciliaria. El Sistema de atención se completa con dos hospitales de tercer nivel de atención uno pediátrico y otro de adultos. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Efectores de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario

Nivel de atención	Efector
3er. Nivel	Hosp. de Emergencias "Dr. C. Alvarez" (H. E. C. A.) Hosp. de Niños "V. J. Vilela"
2do. Nivel	Hosp. "R. Sáenz Peña" Hosp. "J. B. Alberdi" Hosp. "Int. Carrasco" Maternidad Martin Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (C.E.M.A.R.) Instituto de Lucha Antipoliomelítica de Rosario (I. L. A. R.) Internación Domiciliaria
1er. Nivel	Centros de Salud (51)

Fuente: Dirección de Estadística Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. Datos no publicados

El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) fue inaugurado en el año 1999 en el marco de una reestructuración de la red de Servicios de Salud Pública del Municipio de Rosario, gestión que implicó la progresiva disminución de los sectores de consultorios externos hospitalarios, transfiriendo la mayor parte de la práctica asistencial ambulatoria de segundo nivel a este efector y de primer nivel a los CAPS.

Como puede observarse en la Tabla 1, constituye, el efector de segundo nivel con mayor número

de consultas médicas especializadas. Cuenta además con servicio de odontología, cirugía ambulatoria, terapia física y rehabilitación, fonoaudiología y un servicio de diagnóstico por imágenes en el que se realizan radiografías, ecografías y senografías.

Las derivaciones que recibe este efector provienen de todos los distritos de la ciudad dada la diversidad de especialidades que concentra. Al interior del CEMAR los profesionales tienen distritos de atención asignados, a fin de favorecer el intercambio distrital con los equipos de los CAPS.

Tabla 1. Número de consultas en efectores de 2º y 3er nivel de atención de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario durante el año 2013

Efector	Consultas médicas	Consultas no médicas	Sin especificar	Total	Promedio mensual
HECA	4056	--		4056	338
HNVV	--		68645	68645	5720
HIC	60538	12972	-	73510	6126
HRSP	43276	18186	-	61462	5122
HJBA	35536	16985	-	52521	4377
CEMAR	73080	25608	-	98688	8224
ILAR	4640	38429	-	43069	3589
Total	221126	112180	68645	401951	33496

Fuente: Departamento de Estadística Hospitales Municipales SSP MR

2.2.1 Área de Auditoría del CEMAR

- Un poco de historia

El Área de Auditoría del CEMAR fue creada en el año 2001 con el objetivo de “Desarrollar en el CEMAR un área que garantice la prestación médica especializada y de alta complejidad a los ciudadanos usuarios que residan en el municipio de Rosario y no estén afiliados a Obra Social o Sistema de Medicina Pre-paga; gestionando además, si fuera posible, la contrarreferencia de los ciudadanos usuarios que ingresen al sistema y que no cumplan con los requisitos anteriormente señalados, al sistema al cual pertenece.”(12), objetivo que se cumplió ejerciendo “...el contralor de las solicitudes de estudios y/o prácticas determinadas que se originan en las consultas a profesionales médicos especialistas del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias; para el uso adecuado de los recursos tecnológicos existentes y del Fondo de Emergencia en Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario”(b) (13). Fundamentalmente se auditaban prestaciones que no estaban incluidas dentro de la capacidad instalada de la red municipal y por lo tanto debían ser tercerizadas, es decir, debían contratarse en el sector privado. Posteriormente los integrantes del Área de

Auditoría del CEMAR realizaron una revisión crítica del concepto reducido a criterios económicos de una auditoría en un servicio de salud y ampliaron la mirada tal como es expresado en la Propuesta de trabajo del año 2005: “Consideramos que el análisis de la necesidad de una determinada práctica en salud, no puede tener como fundamento la reducción de costos puesto que la adecuación de una acción a la realidad lleva implícitos aspectos éticos y de responsabilidad científica y social que son variables totalmente independientes de los costos”, proponiendo una auditoría cuyo objetivo principal consista en “Propiciar el análisis y la reflexión de los procesos de atención de los usuarios del CEMAR, de modo de asegurar el máximo nivel de atención, en función de la realidad contextual en la que transcurren su existencia” (13).

Con el objetivo de promover la articulación de las áreas de auditoría de diferentes efectores, la Secretaría de Salud instaló en el año 2008 una modalidad de trabajo para las auditorías de todos los efectores que consistió en la formación de cinco comisiones con referencia distrital (c) constituidas por representantes de efectores de segundo nivel y CAPS con el objetivo de auditar solicitudes de Resonancias Magnéticas y Tomografías Computadas, ambas presta-

ciones de alta complejidad realizadas en un efector de 3° nivel de la red municipal (HECA), con el fin de propiciar un uso adecuado de los recursos tecnológicos existentes considerando la pertinencia clínica y el proceso de atención de cada solicitud. El CEMAR, por ser lugar de derivación de todos los distritos participa en todas las comisiones durante los tres años que se extiende esta modalidad de trabajo.

En el año 2010 se crea una Coordinación Central denominada Auditoría de procesos de atención de la cual pasan a depender todas las áreas de Auditoría existentes en la red de salud municipal, con la finalidad de "Promover la continuidad de la atención en el sistema de salud municipal, o bien fuera del mismo a través de la articulación con el sistema público provincial y con otros subsectores; constituyendo así a la auditoría en una herramienta para la clínica y la gestión en un marco de integralidad"(14).

En la actualidad los tres niveles de atención cuentan con áreas de auditoría, el primer nivel con un área que nuclea las solicitudes originadas en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS), y luego cada efector de segundo y tercer nivel con una auditoría en cada institución. Constituye una excepción ILAR que deriva directamente al área Central de Auditoría.

● Experiencia de trabajo

El equipo de trabajo del área de Auditoría del CEMAR está constituido por dos médicas y dos administrativos. En el marco de la práctica de trabajo, se sostiene una concepción de auditoría en salud, concebida como un procedimiento evaluativo de prescripciones de estudios complementarios y de tratamientos de alta complejidad basado en una mirada integral del proceso de atención. Es por este motivo que en cada solicitud se analiza no solo la pertinencia clínica de la prestación solicitada y la condición de cobertura por obra social, sino también el recorrido previo de atención del paciente, si se encuentra adscrito a un CAPS, aspectos particulares que atraviesa ese paciente en ese momento de su atención en salud y recursos con los que cuenta. De tal modo, el trabajo en la actualidad comprende una vinculación con los especialistas prescriptores, con los CAPS, con los pacientes, con las obras sociales y con el área de diagnóstico por imágenes de la SSP.

Los conceptos de núcleo de competencia y responsabilidad y campo de competencia y responsabilidad desarrollados por Souza Campos constituyen categorías que permiten caracterizar la organización

del trabajo de Auditoría del CEMAR. Según este autor el Núcleo refiere al conjunto de saberes y responsabilidades específicas de cada profesión o especialidad, y Campo a los saberes y responsabilidades comunes o confluyentes. (15 p.122-123).

El Núcleo de trabajo administrativo consiste en la atención de pacientes, en primer término para la recepción de solicitudes. En una entrevista de admisión, los administrativos verifican con el paciente la siguiente información relevante para el trabajo de evaluación posterior: sus datos filiatorios lo que incluye Nombre y apellido, edad - registrando también nombres y DNI de los padres si es menor de 21 años para la consulta en padrones de la ANSES-, domicilio actual, consignándose la localidad de residencia; si vive en la ciudad de Rosario se identifica el Distrito; la condición de adscripción a un CAPS específico, consultándole al paciente si cuenta con algún efector de referencia para su atención; estado civil para consultar la cobertura de Obra Social del conyuge para aquellos que están casados actualmente; y teléfonos ya que será el medio utilizado para informar el estado de autorización y turnos. Posteriormente se realiza la verificación de Obras Sociales para lo cual se utilizan las páginas web de la ANSES, de la Superintendencia de Servicios de Salud, y los Padrones Provinciales. Además, para el grupo de pacientes que registran cobertura social se consulta el estado de sus aportes en la página web de la AFIP para corroborar si cuenta con cobertura efectiva.

Todos estos datos se cargan en un sistema informático llamado Sistema de Auditoría Central (SAC) el cual se encuentra en red con el resto de las oficinas de auditorías de efectores municipales, permitiendo esto conocer la situación o estado de autorización de una prestación. Todas las solicitudes son transferidas a las médicas para su evaluación. También es responsabilidad de los administrativos la comunicación telefónica con los pacientes, tanto para completar información como para notificar la autorización de las prestaciones, y la entrega de las solicitudes autorizadas.

En cuanto al Núcleo de responsabilidad y competencia médico, consiste en la evaluación clínica de la solicitud desde la perspectiva de una clínica ampliada, es decir una clínica contextualizada con la realidad del sujeto (15). Para esta construcción puede ser necesario revisar la Historia clínica, consultar con el prescriptor, entrevistar al paciente y/o familiares, realizar revisiones bibliográficas, consultar con

expertos, comunicarse con el CAPS de referencia para recabar más información. De este análisis puede resultar que la solicitud se considere pertinente en cuanto a la clínica y el proceso de atención del paciente y sea autorizada. Las solicitudes que resultan no autorizadas suponen siempre como mínimo un trabajo con el prescriptor para explicitar los motivos considerados desde auditoría. Entre otros cabe mencionar: el hecho de tratarse de prestaciones ya solicitadas por otro profesional; la condición de existir procedimientos de menor complejidad pertinentes a la situación clínica del paciente y recomendados según protocolos, revisiones bibliográficas y/o consultas con expertos; la condición de que no exista evidencia suficiente en la bibliografía para que la prestación solicitada sea utilizada en esa patología; o bien que la realización de un estudio no modifique el diagnóstico ni el pronóstico ni el proyecto terapéutico de un paciente. En todos los casos, puede suceder que el prescriptor solicite otro estudio, o bien que se resuelva suspender o anular la solicitud. Es función de las mismas auditoras informar la resolución al paciente.

Las prestaciones autorizadas serán financiadas por salud pública si el paciente no cuenta con obra social. Si por el contrario, cuenta con obra social se trabaja desde Auditoría a la derivación a la misma. La tensión existente entre el sector que debe financiar la práctica y la equidad e integralidad en la atención en salud, constituye uno de los nudos críticos del trabajo en esta área, fundamentalmente cuando se trata de pacientes usuarios del sistema público pero que cuentan con cobertura de obra social. En estos casos, la experiencia acumulada por el equipo de Auditoría, demuestra que se desencadenan diversos recorridos posibles a la hora de gestionar, el paciente o sus familiares, su atención en la obra social a fin de realizar el estudio solicitado. En efecto, puede suceder que estos pacientes desconozcan tener cobertura de obra social; que estando en conocimiento de tenerla, no se hayan afiliado a ella o no puedan afrontar los costos de los co-seguros, situaciones todas estas que hacen peligrar la continuidad de su atención al intentar derivarlos a su obra social para efectivizar dichas prácticas. Por otro lado, al momento de consultar al paciente en la obra social, puede acontecer que la misma acepte una prescripción extendida por un efector público, lo que agiliza a la autorización. Pero en otras circunstancias, tienen como requisito una evaluación médica con un prestador de la propia obra social (no tomando en cuenta en la mayoría de

los casos, el proceso de atención realizado hasta el momento). Estos diferentes recorridos pueden suponer prolongación de tiempos, duplicación de estudios, incremento de costos de traslado para los pacientes, interrupción del vínculo de confianza entre el paciente y el equipo de salud que lo atiende hasta ese momento, y discontinuidad por parte del paciente del proceso de atención de su enfermedad. Es por eso que la detección de obra social supone un momento de inflexión que inicia una transición entre la atención entre el subsector público y el subsector de Obras Sociales. En este punto el foco de trabajo del equipo de auditoría consiste en garantizar la continuidad de atención, y para esto resulta fundamental la comunicación con los auditores de las obras sociales a fin de coordinar la atención del paciente.

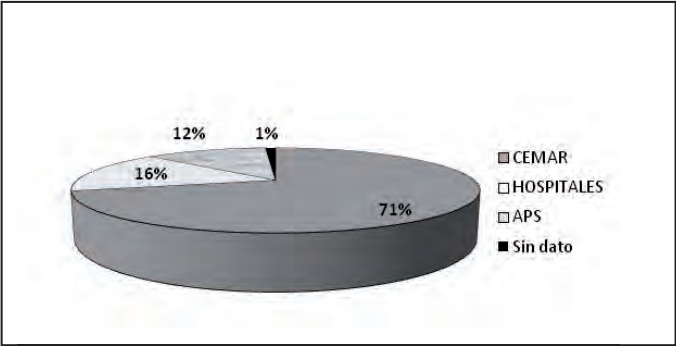
En cuanto al Campo de Responsabilidad y competencia del área, es decir que atañe tanto al personal administrativo como al personal médico, corresponden tareas que ayuden a definir la pertinencia de esa prestación y permitan efectivizarla en tiempo adecuado. Para esto resultan relevantes la comunicación con los pacientes y familiares al momento de entrega de solicitudes y/o a través de entrevistas telefónicas; intervenciones intrasectoriales, esto es dentro de la propia red de servicios de Salud pública, a saber: comunicación con el médico prescriptor, con el equipo del CAPS de referencia del paciente, con efectores públicos provinciales; y Acciones Intersectoriales que incluyen gestiones con Obras Sociales, con Prestadores Privados y con el Ministerio de Desarrollo Social.

● Algunos datos para la reflexión

Durante el año 2013 y acorde con la oferta de consulta especializada que concentra el CEMAR, este efector auditó el mayor volumen de solicitudes ambulatorias de la red lo que permite inferir la relevancia de los datos que presentaremos a continuación. Como puede observarse, las 3248 prestaciones auditadas en el año 2013 en el CEMAR constituyeron el 71 % del total de solicitudes de la red (4598) registradas en el Sistema Informático Datatech (d). (Gráfico 1).

En cuanto al tipo de prestaciones auditadas, como puede observarse en la Tabla 2, el mayor volumen corresponde a Resonancias Magnéticas (36%) y a Tomografías Computadas (30%) (e). Otras prestaciones como Resonancias Magnéticas que requieren Resonador de alto campo, Arteriografías, Ecocardiogramas transesofágicos, Prácticas de Medicina Nu-

Gráfico 1: Distribución de solicitudes registradas en Auditoría de Sistema de Salud Municipal (N = 4598)



clear como Centellogramas óseos totales y aplicaciones de diagnóstico y terapéutico para patologías tiroidea y algunos tratamientos de Radioterapia fueron derivadas a efectores Públicos Provinciales. Un número menor de prestaciones de alto costo como la provisión de material biomédico para cirugías maxilofaciales, Implantes cocleares y Medicaciones de Alto costo se gestionaron a través del Ministerio de Desa-

Tabla N°2 : Distribución de solicitudes por tipo de prestación año 2013

Prestación	Nº
RMN	1184
TAC	1001
Centellograma oseo total	110
Radioterapia	102
Senografía Digital	77
Análisis Cromosómicos	75
Estudios Urodinámicos	67
Perfusión Cardíaca Miocárdica	63
Campo Visual Computarizado	56
Receptores hormonales mamarios	52
Arteriografías	36
Citogenético y citometría de MO	31
Cinecoronariografía	25
Oxigenoterapia y CPAP	23
Drenaje linfático manual	10
Polisomnografía	9
Ecocardiograma Transesofágico	9
Ecografía 360° transrectal	9
Retinofluoresceínografía	7
Manometría esofágica y rectal	7
Prótesis Cirugía Máxilofacial	6
Marcación de ganglio centinela	5
Angioplastia coronaria	4
Criopreservación	4
Videonistagmografía	4
Biopsia mamaria	3
Cambio generador marcapasos	2
Otros#	67
Sin datos	200
Total	3248

Incluye Biopsia renal, determinaciones de biología molecular, dosaje de drogas, provisión de vendas elásticas compresivas, electrocóclografía, implantes cocleares, diáfrago transtimpánico, refractometría, radiorenograma isotópico.

rollo Social de la Nación. Finalmente el resto de las prestaciones se contrataron en el sector privado (f)

En cuanto a los diagnósticos formulados en las solicitudes, no ha sido posible recuperarlos de modo fidedigno, debido a que en algunos casos no está registrado en la solicitud, y en los casos en que está registrado, no se corresponden con la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) que admite el Sistema Informático, por lo que se descarta su utilización en este relevamiento. En su lugar, se caracteriza entonces la distribución de pedidos de prestaciones por Servicio solicitante.

Como se puede observar en el gráfico 2, el mayor volumen de pedidos corresponde a traumatología y en segundo lugar al servicio de oncología. Sin embargo

cabe señalar que las solicitudes de urología, patología mamaria, ginecología, hematología y cirugía se deben en muchos casos a pacientes con diagnóstico presuntivo oncológico o bien a patologías oncológicas diagnosticadas en proceso de estadificación o de control.

En cuanto a la condición de cobertura por Obra Social, del total de pacientes atendidos en Auditoría en el año 2013 (2560), un 13% contaba con Obra Social (333/2560) (Gráfico 3)

Ahora bien, el Decreto 8/2010 para el uso de los recursos económicos que provee el Fondo de Emergencias en Salud, constituye la Normativa que da marco al trabajo en Auditoría (16). El mismo establece los siguientes requisitos para acogerse a los beneficios de la provisión de Servicios sanitarios de alta complejidad:

Gráfico 2: Distribución de solicitudes auditadas en CEMAR según Servicio solicitante Año 2013
N=3248

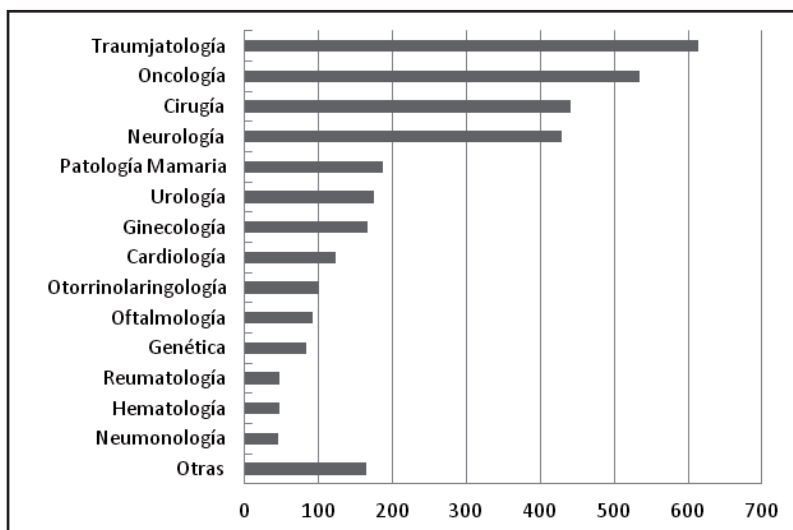
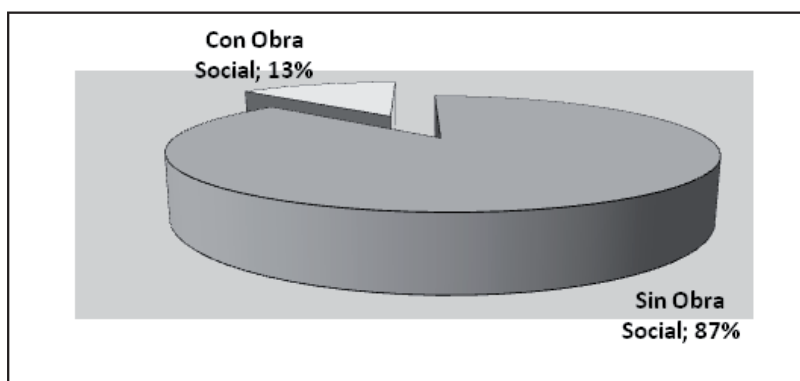


Gráfico 3: Distribución de pacientes según cobertura de Obra Social Año 2013 N=2560



- Carecer de cobertura social
- Acreditar domicilio en la ciudad de Rosario con DNI por una duración mínima de dos años previos a la solicitud o, en caso de no poseer domicilio en la ciudad de Rosario acreditar adscripción a un Centro de Salud, independientemente de la antigüedad

En el gráfico 4 presentamos la distribución de pacientes que presentaron solicitudes en Auditoría durante el año 2013 según los requisitos de la Normativa.

El mayor porcentaje (73%) de pacientes presenta domicilio en la ciudad de Rosario, están adscritos al Sistema de salud municipal y no poseen Obra Social. (1882/2560), es decir, se trata de pacientes sin cobertura que ya están incluidos en el Sistema de Salud con un CAPS de referencia, situación que da cuenta de la accesibilidad a la atención de la Salud en la que se viene trabajando desde hace más de una década desde la Secretaría de Salud. Por otra parte, el grupo de 290 pacientes que no tienen cobertura de Obra Social y no están adscritos, constituye un grupo de beneficiarios de las prestaciones de alta complejidad a los que será posible derivar para su adscripción a un CAPS.

Como puede observarse, en las casillas más claras del gráfico 4, un total de 346 pacientes, quedan afuera de las posibilidades de autorización según la normativa debido a tener cobertura de OS o bien tener domicilio fuera de la ciudad de Rosario. Entendiendo que el estado funciona a la vez de como prestador, como garante del derecho a la salud de la población, es indispensable el trabajo de Auditoría

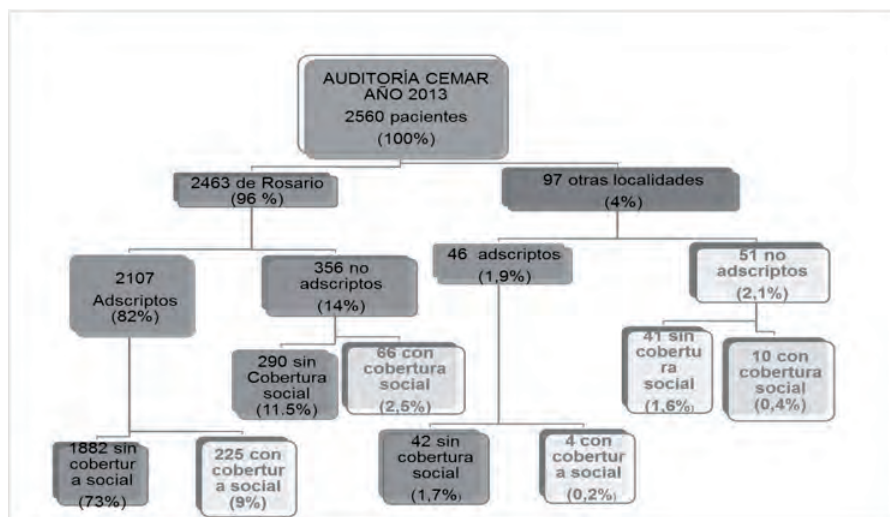
para asegurar el acceso al Subsector de Obras Sociales, o bien arbitrar otros medios como la utilización de Fondos del propio presupuesto de Salud Pública para garantizar la realización de las prestaciones.

Consideramos necesario señalar, que según nuestra experiencia de trabajo, se torna una posible fuente de inequidad la detección de cobertura social y derivación del paciente en este nivel del circuito de atención, lo que pone de relieve la necesidad de implementar medidas de cribaje respecto de poseer seguridad social en el momento que el usuario ingresa al Sistema de Salud Municipal como así también en otras instancias de su atención, lo que permitirá otro tipo de planificación respecto al mejor momento posible para derivarlo a su Obra Social. Al mismo tiempo la gestión de acuerdos realizados desde la macrogestión de Salud Pública con los otros subsectores de salud permitirá a viabilizar la atención en forma continuada y coordinada.

● Los logros

Desde la implementación del área de Auditoría del CEMAR podemos mencionar los siguientes logros. En primer lugar la construcción del trabajo en equipo y la articulación con otras auditorías de la red y con Auditoría Central. Desde, el nivel de gestión Central de Auditoría la concreción de acuerdos con efectores provinciales ha facilitado el acceso a diferentes prestaciones existentes en el Subsector público de la Provincia de Santa Fe. Hacia el interior de la Institución CEMAR, conjuntamente con la Dirección de este efector, se han realizado avances significativos en el

Gráfico 4: Distribución de pacientes según condiciones requeridas por Normativa Decreto 8/2010 N=2560



trabajo interdisciplinario, tanto con los prescriptores por casos individuales, como con los servicios de neurología, oncología, odontología, urología y Centro integral de la audición con los que se han organizado encuentros para discusiones clínicas, evaluación de tecnologías y de procesos de atención. A punto de partida de mejoras implementadas en el Servicio de Terapia Radiante del Hospital Provincial del Centenario, se realizó un trabajo conjunto con Auditoría Central, con la Coordinación provincial de terapia radiante y el Servicio de oncología a fin de protocolizar el circuito de derivación de tratamientos de radioterapia que previamente se derivaban en su totalidad al sector privado.

Además, en la actualidad, se está desarrollando un proyecto de Investigación sobre cáncer de cervix avanzado en pacientes derivadas al Servicio de Oncología del CEMAR conjuntamente con el área de Investigación de la Secretaría de Salud, el Servicio de Oncología y profesionales del primer nivel de atención.

● Los desafíos

- Considerando que el Estado es el responsable de garantizar el acceso a la atención de la salud, vemos como una necesidad avanzar en acuerdos desde la macrogestión que minimicen los esfuerzos personales de gestión de los pacientes para el ingreso del subsector que le corresponda.

- Generar condiciones para construir indicadores fiables para evaluar la efectividad del sistema a saber: mejorar el registro de diagnósticos, recuperar información sobre efectivización de prestaciones y de consulta posterior al médico prescriptor.

- Profundizar el análisis cualitativo de los procesos de atención.

- Disminuir la brecha de inequidades en el acceso de los diferentes grupos de población.

NOTAS FINALES

a. Consideramos necesario aclarar que en esta definición de niveles de atención los alcances de la palabra tecnología a que se corresponden con lo que Merhy define como tecnologías duras.

b. Dicho fondo, transferido a la Secretaría de Salud por decreto N° 548 en el año 1996 y cuya última modificación corresponde al decreto N° 08 del 2010, está destinado a solventar los costos de prácticas tercerizadas en pacientes atendidos en la red que cumplan los siguientes requisitos: no poseer cober-

tura social, tener domicilio en el municipio y/o estar adscriptos a un Centro de Salud Municipal.

c. El Municipio de Rosario se divide administrativamente en seis Distritos sanitarios que se corresponden con los Distritos administrativos. En el área Salud el Distrito Centro gestiona conjuntamente con el Distrito Noroeste.

d. El registro en el Sistema Datatech no contiene la totalidad de solicitudes auditadas en los diferentes efectores, ya que existen disparidades en la carga. En la actualidad todos los efectores de la red registran sus solicitudes en el Sistema Informático SAC (Sistema de Auditoría Central).

e. Ambas son derivadas para su realización, casi en su totalidad al HECA, efector público de 3° nivel de complejidad.

f. En la actualidad se conserva prácticamente la distribución mencionada de los efectores de realización de prestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Real Academia Española. Diccionario online. [Internet, 20/10/2014] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=>
- 2- Kell WG, Boynton WC, Ziegler RE. Auditoría Moderna. México: Compañía Editorial Continental S.A., 1997 en Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet] 2000[citado 10 marzo 2014]; 11 (3):107-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2.pdf>
- 3- Slee V. Citado en Piscoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Anales de la Fac. de Medicina. [Internet] 2000 [citado 10 marzo 2014]; 61(3): 227-240. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/cal_aten_salu.htm
- 4- Crombie et al. The Audit Handbook. John Wiley and sons. 1993. Citado en Llanos Zavalaga F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. Rev Med Hered [Internet] 2000[citado 10 marzo 2014]; 11 (3):107-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2.pdf>
- 5- Escudero, C. Manual de Auditoría Médica. Buenos Aires: Ed Dunken; 2013.
- 6- Merhy, EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- 7- Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content,

quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med.* 2003; 138(4):273-87 en Lifschitz E, Tobar F. Cuando más no es mejor. *Revista Médicos.* N°59 mayo 2010 [citado 10 marzo 2012].Informe especial. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero59/pagina40.htm>

8- Tobar F.; Olaviaga S.; Solano R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas públicas – Área de Desarrollo Social [Internet, 25/10/2014] Disponible en: [http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012\[1\].pdf](http://www.fmed.uba.ar/depto/saludpublica/108%20DPP%20Salud,%20Complejidad%20y%20fragmentacion,%20Tobar,%20Olaviaga%20y%20Solano,%202012[1].pdf)

9- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.

10- Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010[citado 10 noviembre 2012] Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/cd045364/049651.pdf>

11- Ase I., Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva.* 2009; 5(1): 27-47.

12- Proyecto de creación del Área de Auditoría Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias SSP MR.2001

13- Maltaneres A., Solari M., Rodríguez P. Propuesta de trabajo para el año 2005. Área de Auditoría CEMAR. SSP. Municipalidad de Rosario.

14- Proyecto de creación de una Auditoría Central de la SSP MR. Año 2010.

15- Wagner de Sousa Campos G. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

16- Decreto 8/2010 Municipalidad de Rosario [Internet 12/10/2014] Disponible en: <http://www.rosario.gov.ar/normativa/verArchivo?tipo=pdf&id=64595>.

Proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario

Equipo Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales: Sauro, Marcelo¹; Martino, Fabiana²; Falbo, Ma. Fabiana³; Ezcurra, Guillermo³; Quiroga, Mariana⁴; Okon, Mariana³; Orrego, Eva⁵

Equipo Área de Investigación en Salud: Huerta, Adriana⁶; Rodríguez, Alicia⁷; Maidana, Ma. Del Rosario⁸

INTRODUCCIÓN

El proyecto de Aplicación de Medicinas Tradicionales y Naturales (MTyN) se viene desarrollando desde el año 2008 con la puesta en vigencia de la Ordenanza Municipal N° 8155 “para la reflexión, el debate, estudio e implementación de las Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Salud Pública Municipal” (1) Ya en el año 2013 se consolida la creación formal del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, apuntando a fortalecer en los equipos de la red de servicios la incorporación de herramientas de diagnóstico y tratamiento para el abordaje integral de problemas de salud, fundadas en saberes tradicionales ampliamente difundidos en toda América Latina, y fomentados por la OMS.

No obstante, las primeras semillas del proyecto se vienen sembrando desde la década del 90 en huertas de plantas medicinales distribuidas en distintos centros de salud y sus alrededores, organizadas y cuidadas por la comunidad y los trabajadores. Las distintas experiencias permitieron rescatar saberes y prácticas de transmisión milenaria y generar espacios de encuentro e intercambio entre la comunidad y los equipos de salud.

La primera huerta de plantas medicinales se

construyó en el año 1994 en el predio del Centro de Salud “El Gaucho”, (hecho relevante en la historia de la salud municipal) surgió como producto de un trabajo conjunto con la ONG- Taller Ecologista, el Departamento de Huertas de la Secretaría de Promoción Social de la municipalidad de Rosario, la Escuela Julio Bello de barrio HUME y el equipo del Centro de Salud. La convocatoria incluyó desde el inicio a pacientes y médicos, maestros y alumnos, vecinos del barrio y quinteros de la zona. En el marco del taller se hacía reconocimiento de especies vegetales, intercambio de saberes sobre las propiedades de las hierbas y su utilización en la medicina herbolaria.

Comenzaron también los primeros procesos de capacitación a través de la realización de talleres destinados a los médicos en formación de las residencias de Medicina General dependientes de la municipalidad de Rosario y de la provincia de Santa Fe.

Experiencias similares en trabajo comunitario con hierbas, se desarrollaron poco después en el Centro de Salud Juana Azurduy con la denominada Huerta Comunitaria, “17 de Agosto”, en el Centro de Salud Eva Duarte con la realización de talleres sobre plantas medicinales y que diera lugar a la edición del libro “Hierbas Rosarinas” en el año 2003 (2) entre otras.

1 Médico Coordinador del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

2 Trabajadora Social integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

3 Médica integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

4 Bioquímica integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

5 Enfermera integrante del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

6 Médica Coordinadora del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

7 Médica integrante del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

8 Médica integrante del Área de Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

A medida que se fueron incorporando a los equipos de salud trabajadores con experiencia en medicinas tradicionales y naturales, se multiplicó la transmisión de prácticas saludables y se ampliaron los abordajes en Herbolario, Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda entre otros.

De estos espacios surgieron grupos organizados, con una dinámica de trabajo periódica y la realización de prácticas colectivas en el marco de la salud integral—plantas medicinales, alimentación, ejercicios respiratorios, masajes, dígito puntura, etc.— tal la experiencia desarrollada en el Centro de Salud “1° de Mayo” en el año 1998, “Nuevas alternativas en el abordaje de la salud integral: Para estar bien y sentirnos mejor” (3). La organización de este espacio de intercambio nace con la convocatoria del Equipo de Salud del centro a reuniones abiertas con los vecinos y las distintas instituciones del barrio. La problemática de la medicalización y la dependencia al centro para controles de salud diarios de parte de un grupo importante de pacientes, se constituyó para el Equipo en el disparador que dio inicio a la experiencia. Las reuniones se sucedieron y el primer enfoque propuesto por el equipo, centrado en la enfermedad, no fue visualizado como problemática por la comunidad, por lo que se decide un abordaje que partiera desde la salud, así se logra la construcción del taller de salud integral.

Con el inicio del Proyecto de MTyN en el 2008 a través de la ordenanza municipal del año 2007, comienza un periodo de sistematización de experiencias y prácticas y se implementan de modo sostenido cursos de formación y seminarios de discusión destinados a los equipos de los efectores de salud. En efecto, se vienen desarrollando cursos de formación distribuidos en tres módulos introductorios: Plantas medicinales, Medicina Tradicional China y Medicina Ayurveda. A la fecha se contabilizan 460 asistentes a los distintos cursos, de los cuales un poco más de la mitad (53%) corresponden a trabajadores de los efectores de Atención Primaria, 21% a personal de hospitales y el 8% restante proviene del Centro de Especialidades Médicas (CEMAR). Así, tomando en cuenta la información de la base de datos del Programa podrá estimarse que en la casi totalidad de los efectores se cuenta con un trabajador capacitado.

A casi siete años de desarrollo de los cursos de capacitación en el marco del Programa se considera necesario valorar los alcances de los cursos dictados, caracterizando el perfil de trabajadores que los rea-

lizaron e intentando identificar las dificultades para acceder a esas instancias de formación como así también para la implementación de los conocimientos aprendidos en la práctica cotidiana de los servicios de salud.

OBJETIVOS

General

- Describir el perfil socio-laboral de los asistentes a los Cursos desarrollados por el Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales entre los años 2008 y 2012, el impacto logrado en términos de la realización actual de prácticas derivadas de esa formación, participación de los equipos de salud y de la comunidad en ese tipo de abordaje, e identificación de obstáculos para el desarrollo de estas prácticas.

Específicos

- Caracterizar el perfil de los asistentes a los cursos y seminarios de formación según edad, antigüedad en el lugar de trabajo, perfil profesional y tipo de función que desempeña.

- Describir las prácticas implementadas en los efectores de salud en términos de frecuencia, tipos de abordajes y modalidades de intervención individual, con el equipo de salud, la comunidad u otras instituciones— así como la documentación de las prácticas y el tipo de registro utilizado.

- Identificar posibles obstáculos para el desarrollo de prácticas de Medicinas Tradicionales en los efectores de salud como así también para el acceso a los espacios de formación

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo que abarca a los participantes a los cursos de MTyN durante el periodo 2008-2014, utilizando como técnica de recolección de datos una encuesta semiestructurada autoadministrada, con preguntas cerradas y un ítem final del cuestionario abierto y optativo para recabar opiniones sobre el cursado que podrán no haber sido contempladas en las preguntas.

Las variables de la encuesta incluyen edad, ocupación o profesión, lugar de trabajo, antigüedad, función que desempeña en su lugar de trabajo, módulos cursados y realización de evaluación, la efectivización de abordajes o prácticas aprendidas en los cursos, la participación en los abordajes de otros integrantes del equipo, de instituciones y de la comunidad y obstáculos percibidos para la realización y registro de prácticas de Medicinas Tradicionales en efectores de salud municipal.

A los fines de la administración de la encuesta, se partió de una base de datos del Programa donde constan: nombre y apellido de los asistentes a los Cursos organizados por el Programa, lugar de trabajo, perfil profesional, teléfono particular y dirección de mail. Se remitió un correo electrónico suscrito por el coordinador del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales y por la coordinadora del Área de Investigación en Salud, invitando a los destinatarios a participar del estudio y explicando detalladamente las características y objetivos del mismo. Todos los participantes tenían la posibilidad de completar la encuesta y remitirla por correo electrónico o bien acceder a la encuesta impresa a través de los integrantes del equipo de gestión del Programa.

RESULTADOS

Se totalizaron 82 encuestas sobre un total de 460 asistentes a los cursos durante el período 2008-2014.

Las edades de los participantes oscilan entre los 33 y 61 años, con una mediana de 47 años; por su parte, la antigüedad en el cargo oscila entre los 2 y los 36 años, con una mediana de 19 años.

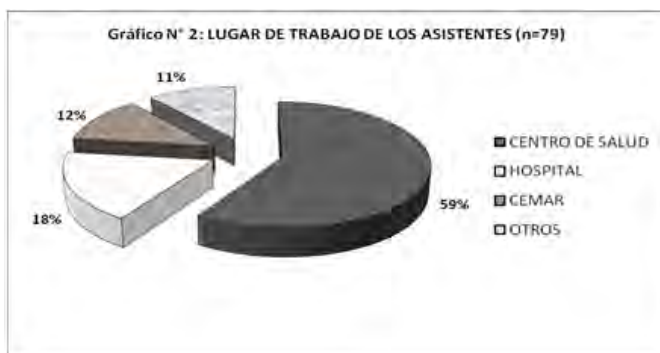
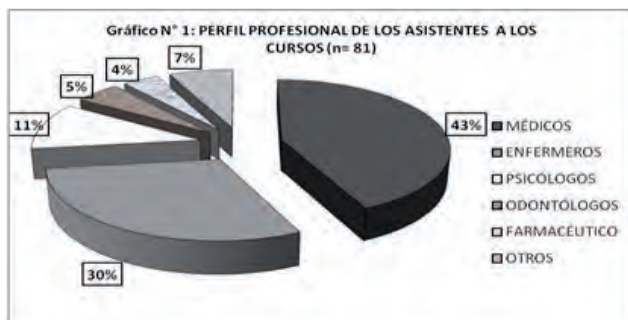
En relación al perfil profesional de los asistentes a los cursos, los médicos y los enfermeros totalizan las dos terceras partes de los participantes, le siguen los psicólogos y odontólogos. (Gráfico N° 1)

Como se observa en el gráfico N° 2, 6 de cada 10 participantes trabajan en algún efector de atención primaria, no obstante el interés en la temática desarrollada convoca también a integrantes de efectores hospitalarios y del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR). Con relación a la función que desempeñan, 6 de cada 10 asistentes a los cursos ejercen tareas asistenciales en forma exclusiva y 2 de cada 10 además de estar abocados a la atención de pacientes desarrollan tareas de gestión.

En líneas generales es alto el porcentaje de alumnos inscriptos que completan los distintos módulos cursados. Así para el caso del Módulo de Plantas Medicinales, el porcentaje de inscriptos que completa la formación alcanza el 95% (62/65); con respecto al Módulo de Medicina Ayurveda, este porcentaje es del 91% (42/46), mientras que para el caso de Medicina China se registra un porcentaje algo menor, 77% (34/44). (Gráfico N° 3).

Por su parte, se analizó también la cantidad de alumnos que, habiendo completado los módulos rindieron el examen final (Tabla N° 1)

Un aspecto de particular importancia fue el relevamiento de la cantidad de participantes que realizan actualmente abordajes derivados de lo aprendido en los cursos, encontrándose que un alto porcentaje (83%) implementa esta modalidad de prácticas en su



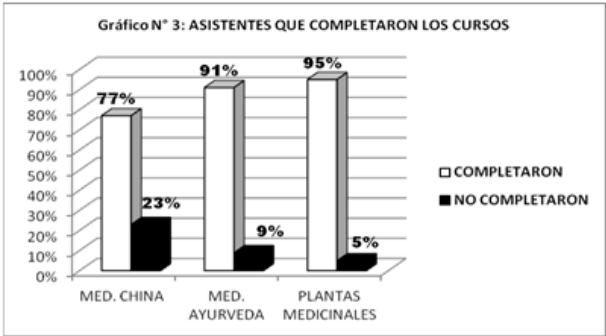
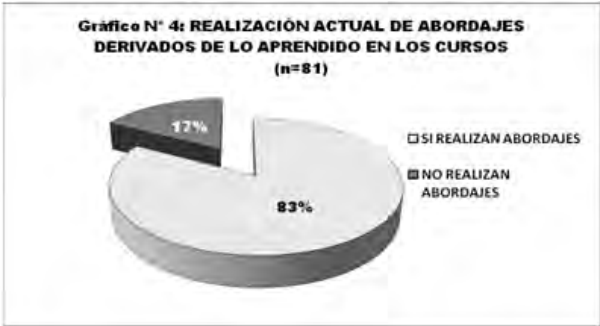


Tabla 1: ASISTENTES QUE RINDIERON EL EXAMEN FINAL

Curso	Frec	% Profesionales que rindieron el examen
Medicina China	23/34	68%
Medicina Ayurveda	21/42	50%
Plantas Medicinales	38/61	62%

trabajo cotidiano en los efectores de la red. (Gráfico N° 4). De este grupo, un 65% refiere realizar abordajes individuales con herramientas de las Medicinas Tradicionales y Naturales, un 5% abordajes exclusivamente grupales mientras que un 30% ambos tipos de abordaje. En tal sentido, si bien los abordajes individuales son los más frecuentes, es interesante comprobar que 3 de cada 10 intervenciones se realizan de modo grupal o comunitario.

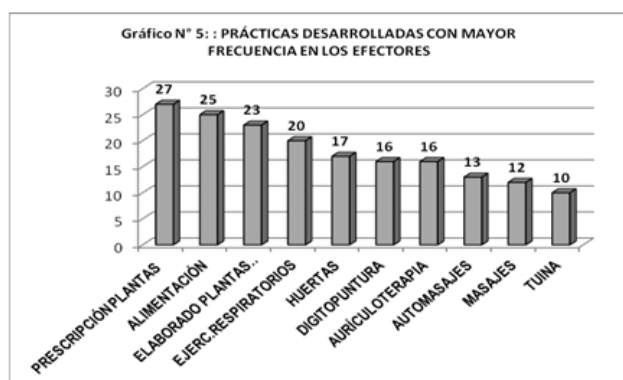
Atendiendo a las prácticas específicas implementadas, se evidencia la mayor frecuencia de abordajes que incluyen la utilización de plantas medicinales ya sea en la prescripción, la elaboración o en la construcción de huertas. Este hallazgo es coincidente con el mayor número de inscriptos registrados en el Módulo de formación de Plantas Medicinales. No obstante es de destacar la frecuencia en la realización de ejercicios respiratorios. (Gráfico N° 5)



Otro aspecto indagado, refiere al grado de participación de otros trabajadores de los equipos de salud y de los propios miembros de la comunidad en los abordajes con Medicinas Tradicionales. En tal sentido cabe resaltar que para la mayoría de las prácticas, en más de la mitad de los casos se seala la participación de otros integrantes del equipo en dichos

abordajes. Por su parte, como puede observarse en Tabla 2, los abordajes relacionados con plantas medicinales, alimentación y ejercicios respiratorios son los más proclives a desarrollarse de modo grupal y/o comunitario.

Con respecto al análisis de las dificultades para desarrollar las prácticas de Medicinas Tradicionales



en el ámbito de la red de servicios (Tabla 3), se se ala como principal obstáculo para su realización, la falta de disponibilidad de horas en los ámbitos de trabajo. Luego y en orden de frecuencia se mencionan las dificultades de acceso a insumos y la falta de espacios físicos adecuados para el desarrollo de las prácticas.

En lo que refiere al análisis del apartado de comentarios generales, se pueden identificar por una parte opiniones que aludirán al impacto que el proceso de formación en estas medicinas tendrá no sólo en la práctica profesional, sino también en la dinámica de los equipos y en el trabajo con la comunidad.

Tabla 2: ABORDAJES CON MEDICINAS TRADICIONALES

PRÁCTICA	Frec.	PARTICIPACIÓN DE OTROS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD	PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
Prescripción plantas medicinales	48	30	9
Elaborado de plantas medicinales	41	24	10
Alimentación	40	27	8
Ejercicios respiratorios	37	17	8
Masajes	25	13	4
Huertas	24	18	7
Automasajes	24	95	
Aromoterapia	18	64	
Tuina	18	84	
Meditación	17	54	
Dgitopuntura	15	62	
Auriculoterapia	12	72	
Otros	27	12	6

Así, algunos profesionales rescatan el hecho de que los contenidos impartidos en los cursos permiten realizar prácticas innovadoras respecto a las aprendidas en las distintas disciplinas de grado.

"Interesantes los cursos porque es fundamental salir de la postura de médico hegemónico. Te abre un montón la cabeza y podés ver al paciente con otros ojos" (M. dic@ APS)

Tabla 3: OBSTÁCULOS PARA DESARROLLAR LAS PRÁCTICAS

DIFICULTADES/IMPEDIMENTOS PARA REALIZAR LAS PRÁCTICAS	Frec.
Falta de disponibilidad de horas dentro del ámbito de trabajo	29
Dificultad o falta de acceso a insumos	17
No cuenta con espacio físico ADECUADO para realizar las prácticas	15
Percepción de déficits de conocimientos/ destrezas para llevar adelante las prácticas	15
Inseguridad para realizar las prácticas	13
Escasa/nula disponibilidad de espacio físico en el efector	11
Falta de habilitación de la gestión del efector	8
El ambiente comunitario/social no es propicio para la implementación de las prácticas	8
Disconformidad de los compañeros con el otorgamiento de horas para realizar estas prácticas	5
Desacuerdo de los compañeros con este tipo de prácticas	3

“He encontrado en este espacio una respuesta a ciertas dolencias de los pacientes que esta medicina alopática no me estaba dando ni al paciente ni a mi práctica diaria” (M dic@ APS)

También se resaltan las posibilidades de ampliación de la mirada incorporando modos de abordajes superadores del reduccionismo propio del modelo médico hegemónico.

“El acceso a los cursos me permitió tener una mirada diferente, importante, saludable no solo para lo individual sino que permite ampliar la visión frente a lo cotidiano del trabajo” (Enfermer@ APS)

“Son altamente enriquecedores los encuentros de intercambio y seguimiento de las situaciones de salud que se comienzan a abordar desde lo tradicional ya que en la instancia grupal se fortalecen tanto lo aprendido desde la instancia de formación como lo aprendido por la práctica compartida” (M dic@ hospital)

“Lo aprendido ha enriquecido mi mirada profesional y personal, lo aplico en mí y en mi entorno, muy buena la posibilidad de aplicar estos conocimientos en la salud pública” (M dic@ áreas centrales SSP)

Un aspecto reiterado alude a la importancia/interés otorgados a la incorporación de otros integrantes de los equipos de salud en estas experiencias de

formación y práctica, probablemente en virtud de la potencialidad diferente que ello tendrá a no solo en el trabajo con los pacientes sino en un abordaje más integral del territorio.

“Es una práctica que estamos en su etapa inicial y estamos tratando de sumar más integrantes del equipo para realizar las prácticas en los pacientes y el abordaje integral en el territorio” (M dic@ hospital)

“Cada día se suman más compañeros de la secretaría a las medicinas tradicionales compartiendo conocimientos” (Psic@ log@ áreas centrales SSP)

“Al poder acceder a un curso sobre MTN tuve un beneficio individual sobre mi salud, también hemos trazado un camino en el centro de salud para generar proyectos para trabajar con la comunidad” (Enfermer@ APS)

Con respecto a las posibilidades de acceso a las instancias de formación, varios encuestados coinciden en señalar dificultades para la realización de los cursos en los horarios de trabajo dada la imposibilidad de relevos en las tareas cotidianas. Algo similar ocurre respecto de la viabilidad de acceso a instancias de retraining clínico como son los denominados Seminarios de Integración.

“Me resulta complicado acceder a los seminarios dado el horario de trabajo, quedo con ganas de asistir a los de profundización de ayurveda y plantas medicinales”

nales" (Psic log@, APS)

"No me resulta fácil disponer de tiempo para participar de las instancias de formación, ya que a veces tengo agendados turnos y debo suspenderlos y también reducir la carga horaria....me trae complicaciones" (M dic@ APS)

ALGUNAS DIFICULTADES PARA EL DESARROLLO DE LAS PRÁCTICAS

Las dificultades para la implementación de las prácticas en los servicios obedecen a la imposibilidad de conciliar la excesiva demanda con la organización de los tiempos que requieren estos abordajes. Asimismo se señala como dificultad el hecho de quedar a cuenta de los propios trabajadores la compra de los insumos necesarios para el desarrollo de las prácticas.

"En APS las consultas se programan cada 20 min, tiempo insuficiente para realizar dichas prácticas donde el diálogo es la base de la consulta y demora mucho más de 20 min." (M dic@ APS)

"A cargo nuestro se compran insumos (tinturas, jarabes, semillas, cintas, auriculopuntura)" (Administrativ@ APS)

"Es la combinación de dificultades en la organización del espacio y el tiempo para sostener la práctica en forma integral y permanente." (Médic@ APS)

"Incompatibilidad por tareas superpuestas a resolver." (M dic@ APS)

PROPUESTAS

En términos de propuestas, la mayoría se orienta a estrategias para reforzar el acompañamiento en la práctica de los trabajadores que pasaron por estas experiencias formativas. Entre ellas, dispositivos de soporte matricial a cargo del equipo coordinador del Programa.

"Consulta permanente con equipos matriciales para evaluar casos clínicos complejos" (M dic@ APS)

"Me interesaría si los equipos de medicinas tradicionales, plantas medicinales, medicina china se acercaran como equipo matricial una vez por mes para tratar casos clínicos, salud mental, odontología, pediatría, enfermería" (Enfermer@ APS)

"Mejorar el acompañamiento de los trabajadores que estamos utilizando tuina, auriculoterapia o digitopuntura" (Enfermer@ APS)

Por otro lado, se hace referencia al sostenimiento de instancias de formación/discusión clínica que

mantengan actualizados los conocimientos adquiridos

"Resultado de ayuda que se realicen seminarios, al tratar por aparatos, nos hace repasar qué plantas y alternativas utilizar." (Enfermer@ hospital)

Finalmente se realizan otras propuestas tendientes a favorecer el acceso a las instancias de formación y producción implementadas desde el Programa.

"Ampliar el dictado de cursos en otros horarios, para poder realizarlos sin complicaciones por el trabajo" (Enfermer@ áreas centrales SSP)

"Podríamos pensar un modo de conclusiones virtual, temario de lo trabajado, más material de estudio, de modo de acceder a los textos y a la producción de quienes no podemos asistir" (Psic log@, APS)

ALGUNAS REFLEXIONES PARA SEGUIR AVANZANDO...

La experiencia del colectivo de trabajo de Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública lleva ya más de 20 años de construcción, hecho destacable si se tiene en cuenta que se desarrolló al calor del neoliberalismo en la década del noventa, en una lógica que justamente iba a contrapelo del fuerte avance del complejo médico-industrial. La clave de esta construcción ha sido encontrarse en la habilitación de la propia gestión de la Secretaría de Salud Pública y en gran medida en el compromiso y movilización de los trabajadores que transitaban la experiencia de formación y prácticas comunitarias con el uso de estas medicinas.

Atendiendo a los resultados arrojados por la encuesta, llama la atención la mediana de antigüedad de los participantes de los Cursos, cercana a los 19 años, que permite hipotetizar una demanda particular de lógicas innovadoras (o como mínimo, superadoras de la oferta tradicional de servicios) de abordaje en salud entre trabajadores que ya llevan muchos años de experiencia de trabajo en ese campo. A su vez, una alta proporción de cursantes se desempeña en Atención Primaria, cuestión lógica si se considera que se trata de un ámbito de prácticas donde ha sido más atenuada la permeación del modelo médico hegemónico. No obstante resulta de interés que cerca de un 30% de participantes proviene del ámbito hospitalario y/o CEMAR.

Otro aspecto relevante en términos de la consolidación de prácticas de Medicinas Tradicionales y Naturales es el hecho de que un 83% de los trabajadores refirió estar desarrollando en la actualidad prácticas

derivadas de lo aprendido en los diversos Módulos de Formación, hallazgo que refuerza la vinculación directa entre la formación y la práctica asistencial de quienes pasan por esta experiencia, práctica que va involucrando además a otros miembros de los equipos de trabajo. No obstante ello, cabe reflexionar sobre las dificultades percibidas por muchos de los encuestados para el sostenimiento de estas prácticas, entre las cuales, la falta de tiempo es una de las más referenciadas. En tal sentido, cabe presuponer que los tiempos de consulta requeridos para esta modalidad de abordajes entra en colisión en ocasiones con los tiempos estándares previstos para las consultas realizadas con los abordajes de la medicina occidental. Otras dificultades señaladas aluden al déficit de espacios físicos adecuados para la realización de las prácticas y por otro lado a falta de habilitación desde la gestión de los efectores y disconformidad de los pares con respecto a la realización de estas prácticas, aspectos de interés que deben ser agendados por la Coordinación del Programa.

Los últimos aspectos señalados, conjuntamente con las reiteradas propuestas de implementación de dispositivos de acompañamiento y soporte matricial constituyen sin duda, los principales desafíos a afrontar por el equipo de Coordinación del Programa, con vistas a seguir afianzando su anclaje en la red de servicios.

Agradecimientos

Agradecemos en la figura del Secretario de Salud Pública, Dr. Leonardo Caruana, la decisión política de formalizar la implementación del Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales en la salud pública rosarina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Ordenanza municipal N° 8155. Concejo Municipal de Rosario. Mayo de 2007.
- 2-Acevedo G. Villarreal C. y ot. Hierbas rosarinas. Taller de plantas medicinales con la comunidad del Centro de Salud "Eva Duarte". Rosario. Argentina. 2003
- 3-Ricchetti, M; Sauro, M, Velasco Olivera, S. Nuevas alternativas en el abordaje de la salud integral: Para estar bien y Sentirnos mejor. Taller de Salud integral en el Centro de Salud "1ro de Mayo". SSP. Municipalidad de Rosario. Argentina. 1998

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 con tipo de letra Times New Roman, tamaño 12, en hoja ISO A4, en word (sistema operativo Windows). Deberá ser enviado con dos páginas de encabezamiento: en la primera constarán los nombres de los autores y/o autoras, título de grado, último título de posgrado con las instituciones respectivas y correo electrónico de cada autor y/o autora; en la segunda página constarán en español e inglés, el título completo, resumen y palabras clave. Los trabajos podrán ser enviados a invesalud@rosario.gov.ar

- Portada: incluir el título del trabajo, nombres y apellidos completos de los autores y/o autoras.

Al pie, con asterisco identificatorio, perfil profesional del investigador principal e institución en que se realizó el trabajo.

Sealar, también, la referencia correspondiente si el trabajo fue publicado previamente.

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

- Bibliografía

Las referencias serán citadas en el texto con números consecutivos, entre paréntesis. Se numerarán conforme al orden de aparición de las citas en el texto, se incluirán todos los autores y/o autoras cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et. al. Las fuentes bibliográficas consultadas que no hayan sido citadas en el texto se ordenarán alfabéticamente según el apellido de los autores y/o autoras bajo el título de Bibliografía de consulta. Las Referencias bibliográficas y la Bibliografía de consulta se enviarán en hojas separadas, al final del artículo, de acuerdo al estilo adoptado por la National Library of Medicine (NLM) <http://www.nlm.nih.gov/books-helt/br.fcgi?book=citmed>.

En la lista de referencias, las revistas, los libros, los capítulos de los libros, conferencias, congresos y

consultas electrónicas, serán presentados de acuerdo a los siguientes ejemplos:

EJEMPLOS

Artículos de revistas

Barata R.B.; Ribeiro M.C.; Cassanti A.C.; y Grupo do Projeto vulnerabilidade social no Centro de São Paulo. Vulnerabilidade social e estado de saúde: inquérito domiciliar em uma metrópole brasileira. Cad. Sa de P blica. 2011, 27,(2): 164-175.

Libros

Bourdieu.; Chamboredon J.C. El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI., 2002.

Capítulos de libros

Vasilachis de Gialdino, I. Investigación Cualitativa: Metodologías, Estrategias, Perspectivas, Propósitos,. En Denzin N. K. Y Lincoln, Y. Manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa. 2013.

Conferencias, Congresos

Brito P. Recursos humanos y SILOS. Ponencia presentada en 2º Congreso Interinstitucional Multidisciplinario La Salud en el Municipio de Rosario, 11 al 15 de noviembre de 1991; Rosario. Edición de Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. 1992.

Consultas electrónicas

Leal, M. do C.; Pereira, A.P.; Lamarca, G. de A. y Vettore, M.V. The relationship between social capital, social support and the adequate use of prenatal care. Cad. Sa de P blica (online). 2011, vol 27, suppl.2 (citado 2015-10-19), pp.s237-s253. Disponible en: < <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S0102-311X2011001400011&lng-es&nrm-iso> > . ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400011>

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 citará: 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 podrá inferir su acuerdo con los propósitos, resulta-

dos 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 y summary en inglés, no excediendo las 250 palabras. Deberá 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) deberá figurar las palabras clave (máximo 5).

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

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

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

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

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

ci en el 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, este 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.