

**EVALUACION DEL PROGRAMA
DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD
EN LA CIUDAD DE ROSARIO**

EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN LA CIUDAD DE ROSARIO

Carlos Bloch**
Cristian Godoy*
Irene Luppi*
Zulema Quinteros*
María del Carmen Troncoso*

- * Investigador del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Asociación Médica de Rosario.
- ** Director del CESS.

Cortesía
de la
Oficina Sanitaria Panamericana
Centro de Información y Documentación
"Dr. Juan Cesar Garcia"
M. T. de ALVEAR 634 - Buenos Aires



Publicación N° 34

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

© Organización Panamericana de la Salud, 1992

© Organización Mundial de la Salud, 1992

Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.

El Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) agradece a la Dra. Ena Richiger y a la Lic. Cristina Rubio por su colaboración en las distintas etapas de la investigación. Al personal de supervisoras de enfermería, agentes sanitarios y auxiliares de estadística que realizaron la captación de la información. A la Dra. Silvia Bertozzi y a la Lic. Judith Funes que tuvieron a su cargo la realización de la encuesta a los agentes de salud, y a los estadísticos Nelba Cannelli, Isabel Janulevicius y Carlos Maggi, responsables del procesamiento de la información.

ISBN: 950-710-041-5

Contenido

Prólogo	9
1. Contexto del estudio	11
2. Planteamiento del problema	19
3. Objetivos	33
4. Metodología	35
Introducción	35
Estudio de la población	35
Evaluación del proceso de gestión	43
5. Resultados	51
Estudio de la población	51
Caracterización de los sectores poblacionales	51
Aspectos sociodemográficos	51
Condiciones materiales de vida	60
Grupos ocupacionales	63
Perfil de los grupos ocupacionales	65
Criticidad extrema	69
Necesidades y conductas de la población frente a los problemas de salud	72
Salud perinatal	72
Salud infantil	77
Problemas de salud en adultos	87
Problemas de salud en la unidad familiar y concepto de familia crítica	100
Evaluación del proceso de gestión	103
Estrategias de intervención en la comunidad	103
Subprogramas referidos al control de salud-enfermedad: cumplimiento de normas y procedimientos	111
Subprograma de salud perinatal	112
Subprograma de salud infantil	119
Subprograma de hipertensión arterial	128
Subprograma de tuberculosis	130
Eventos cruciales	131
Demanda espontánea	132
El personal: sus concepciones y grado de compromiso	138
6. Consideraciones finales	155
Bibliografía	161
Anexo	163

Prólogo

La Representación de OPS/OMS en la Argentina presenta la publicación número 34 de su línea editorial, dedicada a la *Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la ciudad de Rosario*, informe final de la investigación realizada por el equipo del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de la Asociación Médica de Rosario, con el apoyo del programa de subvenciones a la investigación de la OPS.

Este estudio tiene especial importancia por varias razones. En primer lugar, por tratarse de una investigación en Salud Pública, que no es un área de atracción frecuente, como ya fuera registrado en el relevamiento realizado para la OPS por Carlos Bloch (1984) y confirmado en 1990 por el estudio sobre el campo de Investigación en Salud coordinado por Marta Novick, que será publicado en breve en esta serie.

En segundo lugar, por tratarse de un estudio cuyo objetivo es la *evaluación* de un programa de salud. No es frecuente encontrar en la literatura latinoamericana estudios de esta naturaleza. Más aún cuando la investigación ha sido realizada acudiendo a metodologías provenientes de diversas aproximaciones, para poder dar cuenta de un objeto especialmente complejo como es un programa de intervención sanitaria y su interacción con la población.

En tercer lugar, porque el objeto de estudio es la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria en una ciudad como Rosario. A catorce años de la reunión de Alma Ata y cuando pareciera haberse olvidado que la atención primaria de la salud es la estrategia de Salud Para Todos, un estudio como el que aquí se presenta constituye un saludable baño de realidad a través de una sólida aproximación científica.

Esperamos que esta publicación tenga la similar buena acogida que recibieron los otros títulos de esta serie, y que, como ellos, se convierta en un documento importante para el estudio y el debate de la realidad de salud en la Argentina.

La Representación de OPS/OMS en la Argentina

Buenos Aires, octubre de 1992

1. Contexto del estudio

Las transformaciones de la estructura económica de las últimas décadas en la Argentina han generado fenómenos de desindustrialización y reconversión industrial (inversión en tecnología con alta productividad y baja utilización de mano de obra), movimientos renovados de migración rural-urbana, cambios en los patrones de reproducción familiar, crecimiento perverso de la economía informal y de la terciarización y franca disminución de la presencia del Estado en la provisión de servicios de consumo colectivo (educación, salud, transporte, vivienda). Como consecuencia de la aplicación de políticas neoliberales en lo económico, grandes conjuntos sociales perdieron su inserción laboral y quedaron marginados de la economía y de la posibilidad de disponer de una vivienda, de un nivel mínimo de consumo, de cobertura de la seguridad social y con serias restricciones de acceso a la educación y a los servicios de salud. En este contexto se inscribe el problema de la pobreza, la desocupación y la exclusión social. La magnitud alcanzada por la pobreza en la Argentina, según cifras oficiales, compromete la vida, la salud y el futuro de más de 9 millones de argentinos.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 1984,¹ basado en datos del censo de Población y Vivienda de 1980, se estimaba la existencia de 1 506 697 hogares pobres en la Argentina. Años después, el INDEC realiza una investigación de la pobreza en cinco conglomerados urbanos y comprueba que entre 1980 y 1987 la pobreza se incrementó en 12.7 puntos en el conurbano bonaerense. Se pasó de una persona pobre cada cien habitantes a una cada tres. El problema de la pobreza se complejiza hasta tal punto que permite establecer dos tipos de pobreza: la estructural, relacionada fundamentalmente con las necesidades básicas insatisfechas, en particular por las características de las viviendas, ubicadas en su gran mayoría en asentamientos irregulares, y la pauperizada, vinculada con una marcada disminución de los ingresos y, en consecuencia, con el deterioro del poder adquisitivo y de las condiciones de vida.

El director del proyecto "Investigación de la pobreza en la Argentina" (IPA), Pablo Vinocur, al referirse a los principales hallazgos de esa investigación señala que:

Se encuentran tres tipos de hogares pobres, los dos primeros correspondientes a la pobreza estructural. El primero constituido por aquellos con una necesi-

¹ *La pobreza en la Argentina, indicadores de necesidades básicas insatisfechas a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1980.* Buenos Aires, INDEC, 1984.

dad básica insatisfecha (NBI) y que al mismo tiempo se encontraban por debajo de la línea de la pobreza. Son los carenciados históricos, los que sufren privaciones desde hace mucho tiempo, lo que se refleja tanto en su hábitat como en las dificultades para insertarse en el mercado de trabajo. En segundo término se encuentran los hogares que no cubren algunas de las necesidades básicas pero cuyos ingresos superaban la línea de la pobreza, es el caso de gran parte de los que viven en villas de emergencia, tienen trabajo incluso en el mercado formal pero no pueden salir de la villa. También incluye a gente que se ha visto obligada a habitar con su familia de origen en la misma casa; perciben ingresos semejantes a los anteriores pero viven en condiciones de hacinamiento. El tercer grupo es el de los "pauperizados", es el que fundamentalmente sufre el efecto de la precariedad del empleo y el deterioro del ingreso. Tienen vivienda (aunque no pueden arreglarla), no han sacrificado aún sus pautas culturales pero no les alcanza el salario.

Las cifras muestran que un tercio de los hogares del conurbano bonaerense, que representan casi la mitad de la población, está en situación de pobreza. La existencia de 3 217 000 pobres sobre 7 millones de personas que habitan en esa región, significa un pobre cada dos habitantes. Entre los 724 500 hogares pobres de ese conurbano, el 68,7% (497 000) corresponde a los pauperizados y el 31,3% (227 800) a los pobres estructurales. De estos últimos, el 77% tampoco supera la línea de la pobreza. Este es el grupo que se encuentra en peores condiciones. No cubre sus necesidades básicas ni percibe ingresos suficientes para alcanzar el consumo mínimo.

Según el estudio citado, en el conurbano bonaerense casi el 60% de la población tiene menos de 20 años, incluyendo 400 000 niños menores de 10 años. Gran parte de ellos vive en villas miserias. El estudio de Carpio² sobre el empleo y las condiciones de vida en las villas de emergencia del Gran Buenos Aires comprueba que la desocupación golpea seriamente a los jóvenes habitantes de esas villas. La tasa de desocupación duplica la de los pobres, 19 de cada 1000 jóvenes del conurbano bonaerense no encuentran empleo. Casi la mitad de los que trabajaban en 1981 lo hacían en la construcción y servicios. En esa época, el 62% de los jefes de hogar ganaba menos que la mitad del salario medio de la industria. Según este estudio, los que estaban en peor situación eran quienes trabajaban en el servicio doméstico, los peones de albañil, los operarios de talleres chicos y los trabajadores por cuenta propia del mercado informal. Por lo general, el trabajo es inestable y su precariedad se percibe claramente por la falta de cobertura social. En el conurbano, el 60% de los niños de estas familias carece de acceso a los servicios médicos de la seguridad social. Un dato que complementa la situación particularmente deficitaria de estos sectores populares sumergidos en la categoría de "pobres" se relaciona con el

² Carpio, J. *El empleo y las condiciones de vida en las villas de emergencia del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988.

nivel educacional alcanzado. Los datos disponibles del conurbano bonaerense muestran que el polo inferior de la escala (sin educación o solo con primaria incompleta) concentra el 45% de ese grupo poblacional.

El estallido social que vivieron Rosario, Córdoba y Buenos Aires en el mes de junio de 1989 con su ola de saqueos y violencia incontrolada, se relaciona seguramente con esta realidad que llega a extremos insostenibles. Este fenómeno de la pobreza que compromete la dignidad y calidad de vida de vastos sectores sociales, es objeto de estudio como manifestación de la crisis estructural que afecta a América Latina desde hace decenios, agravada por los efectos negativos de la deuda externa.

Si bien las villas de emergencia tienen una larga historia que se refleja en los estudios que realizara el Consejo Municipal en la segunda década del siglo, el mayor crecimiento fue producto de la fuerte corriente migratoria interna rural-urbana coincidente con la expansión industrial de las décadas del cincuenta y el sesenta y con la insuficiente infraestructura urbana para albergar el crecimiento poblacional. Desde entonces, las villas miserias se mantienen y más tarde aumentan, producto de la crisis económica de los años setenta, cuando comienzan a sucederse el cierre de fábricas y de empresas del sector comercial y financiero, el aumento de la desocupación y la caída del salario real, que castigaron a la población de menores recursos. En un estudio catastral realizado durante los años 1970-1976, fueron identificadas 52 villas, con una población de 83 272 habitantes, que ocupan 13 000 viviendas.

Según el censo de 1980, solo cuatro años más tarde la cantidad de viviendas precarias se aproximaba al 10% de las 258 992 viviendas existentes, estimándose que en ellas habitan alrededor de 100 000 personas. Hoy, el número de villas alcanzaría a 73, y si bien se discute el tamaño de la población es lógico deducir que, de haber aumentado en la misma proporción, esta llegaría a una cifra cercana a los 140 000 habitantes, aun así menos de la mitad de los 300 000 en condiciones de pobreza estimados para Rosario de acuerdo con los estudios del INDEC.

Frente a la visión simplificada que identifica la pobreza como un hecho meramente económico: disminución del ingreso familiar más allá de ciertos límites, algunos autores sostienen que la definición social de la pobreza no se puede limitar a analizar exclusivamente los datos económicos. En una sociedad moderna, el nivel cultural y la profesión u oficio son partes fundamentales de un patrimonio global de bienes y cualidades que condicionan a su vez las relaciones sociales, la capacidad productiva, el poder de negociación en el contrato de trabajo (y, por consiguiente, el ingreso) y la eficiencia en el uso de recursos. Por ejemplo, en términos de resultados de salud.³ Considerada como una catego-

³ Terra, J. P. *Los niños pobres en el Uruguay actual*. Centro Latino Americano de Estudios del Hombre (CLAEH). Serie Investigaciones n° 59, 1989.

ría social compleja, la pobreza debe estudiarse teniendo en cuenta sus múltiples dimensiones a partir de definir un conjunto de indicadores de condiciones laborales, alimentos, educación, vivienda, accesibilidad a los servicios de salud, etc. Conceptualmente, la multidimensionalidad debe tener en cuenta elementos tales como la capacidad productiva, la inserción en el sistema económico y la cuota de poder con que esa inserción se realiza. La pobreza no puede verse como un fenómeno económico con repercusiones sociales, culturales y psicológicas, sino como un problema sociocultural integrado por dimensiones económicas, sociales y culturales que puede comprometer a la familia o al individuo en sus posibilidades de desarrollo biológico y psicosocial.

Rosario, ciudad industrial, no ha escapado a las consecuencias de la brutal crisis socioeconómica que conmueve a la Argentina. Un estudio realizado por el CESS,⁴ cuyo objetivo fue probar la dependencia del proceso salud-enfermedad respecto de la clase social y de sus condiciones de reproducción, permitió construir perfiles diferenciales para cada una de las posiciones socioeconómicas con base en la inserción en el proceso productivo del principal responsable del sustento económico de la familia.

En ese estudio, el análisis de las condiciones familiares de vida particularizado por posición socioeconómica mostró una neta estratificación, que refleja condiciones crecientemente desfavorables a medida que se pasa de los grupos con mejor inserción en el mercado de trabajo hacia los más desfavorecidos. Como pudo observarse, cuando se abordó la situación de los grupos sociales excluidos de la posesión o control de los medios de producción, comenzaron a aparecer netas situaciones de carencia: núcleos familiares menos estables, de mayor tamaño y con mayor número de dependientes, variabilidad del principal responsable del sustento familiar, mujeres solas, insuficiente nivel de escolaridad, inestabilidad laboral del principal responsable, condiciones inadecuadas de la vivienda, etc., las que pautan una estratificación que ni siquiera en sus escalones superiores muestra niveles aceptables para la totalidad de las familias de cada grupo.

Esta presencia generalizada de la pobreza en todos los grupos asalariados no se mostró directamente relacionada con el desempleo, el trabajo en jornadas reducidas o la inestabilidad en el trabajo. Este tipo de situaciones podría explicar la mayor incidencia de las condiciones de pobreza en las familias de los obreros de la construcción y trabajadores inestables, pero la relativa heterogeneidad de las condiciones materiales de vida encontradas en los grupos con mejores posibilidades de inserción

4 Bloch, C. *et al.* "El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida: Estudio de una cohorte. Rosario, 1981-1982". *Cuadernos Médico Sociales* n° 32 y 33, junio y septiembre de 1985.

laboral (trabajadores de comercio y servicios y obreros calificados) hace pensar en causas de tipo estructural relacionadas con las condiciones del mercado de trabajo en la Argentina.

Al observar la proporción progresivamente creciente de familias que habitan en barrios de emergencia —desde 8,2% entre empleados en el comercio y los servicios hasta 57,9% en trabajadores inestables—, o los niveles deficientes de mantenimiento y equipamiento de las viviendas, parece posible afirmar que no solo la mano de obra desocupada o desempleada atraviesa por tales dificultades, sino que un sector de la población efectivamente ocupada no obtiene niveles de remuneración que garanticen, además de la reproducción de la fuerza de trabajo diariamente consumida, su reposición generacional.

La construcción de perfiles diferenciales de condiciones materiales de vida permitió arribar a la conclusión de que los trabajadores de la construcción y los trabajadores inestables constituyen un solo grupo; que los primeros no cuentan con estabilidad laboral a causa de la crisis del sector, resultado de la crisis económica general de los últimos años, lo que incidió seguramente para que muchos de ellos sufrieran un deterioro considerable de sus condiciones materiales de vida.

La constatación mediante el uso del indicador del INDEC [NBI], de una cuña de pobreza en la población estudiada, que atraviesa la totalidad de los sectores asalariados y se introduce hasta los grupos de familias pertenecientes a sectores sociales que aparentemente gozan de un mejor acceso a bienes, lleva a reformular el problema de las desigualdades al interior de cada clase social tomando en cuenta los hogares con necesidades básicas insatisfechas.

Del total de familias (652) estudiadas por el CESS, el 30,4% reúne las características de pobreza expresadas en el indicador del INDEC. Este grupo de 198 familias adquiere una forma de cuña en razón de su peso en cada grupo con un extremo afilado sobre los dos primeros grupos empresarios y profesionales y técnicos y empleados administrativos (7 familias; 4,7%) y el tercero, pequeños productores independientes (6 familias; 7,5%), se ensancha sostenidamente, pasando por trabajadores del comercio y los servicios (17 familias; 17,5%); obreros calificados y no calificados (81 familias; 43,1%) y obreros de la construcción y trabajadores inestables (87 familias; 78,4%).

Como datos adicionales cualitativamente importantes cabe señalar que 110 de las 198 familias que conforman la cuña de pobreza descrita, viven en villas miserias. Esta problemática situación lleva a generar estrategias defensivas que permiten resolver la necesidad de vivir bajo un techo. Agrupamientos de parientes que aportan al sustento familiar comparten, viviendas precarias de reducidas dimensiones con escaso equipamiento y mal mantenimiento. Esto explica que sea el hacinamiento el indicador que mejor identifica a la población en situación de pobreza extrema, en Rosario el 100%.⁵

⁵ Enría, G. *Proceso de salud-enfermedad y condiciones de pobreza extrema en la ciudad de Rosario*. Rosario, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, 1988.

En el nivel individual, el estudio de los procesos de salud-enfermedad se constituye en una de las dimensiones más significativas que, traducidas en perfiles diferenciales de salud-enfermedad por posición socioeconómica, expresan las complejas interrelaciones y las determinaciones de lo social sobre lo biológico. De los 11 niños que fallecen en la cohorte,⁶ 6 pertenecen a este grupo de pobreza, elevando el índice de mortalidad de 1,1% a 3%, todos por causas evitables mediante una promoción adecuada de la salud a través de cambios en las condiciones de vida y en las modalidades de atención con participación intersectorial.

El análisis del comportamiento materno respecto del cuidado del niño teniendo en cuenta las normas establecidas de puericultura, muestra que estas son ignoradas por las familias pobres. Menos de la mitad de las madres llevó al niño para su control durante el primer mes —proporción significativamente menor que la dada para la cohorte en general—, conducta que se repite a lo largo del año y que, por lo tanto, afecta el cumplimiento de las normas de vacunación.

Las madres del grupo de los pobres comienzan a tener hijos en edades más tempranas y continúan teniéndolos hasta edades más avanzadas que el resto de la cohorte. Concurren menos a los servicios para controlar su embarazo, no cumplen las normas, aumentan menos de peso, no alcanzan los estándares obstétricos vigentes y, en dos casos, se comprobó la disminución del peso respecto del que tenían al inicio de gestación. Los niños en conjunto pesan menos al nacer y en ellos se observan los pesos más bajos (entre 1000 y 2000 g).

En este grupo, es más frecuente la prematurez y estos niños sufren una mayor carga de patología. Imposibilitados de satisfacer sus necesidades básicas, los niños de estas familias presentan las características propias de la desnutrición; ya desde el nacimiento, el bajo peso es un atributo diferencial y las desventajas aumentan a medida que transcurre el primer año de vida, hecho que se acompaña con la imposibilidad de lograr un desarrollo psicomotriz adecuado.

El sector salud de la ciudad también sufrió cambios negativos como expresión de la deuda sanitaria y la crisis sanitaria que compromete las posibilidades de acceso a una atención médica aceptable de los conjuntos sociales más postergados. En lo referente a los servicios de salud, las demandas de atención de la población son cubiertas en forma diferenciada según sus posibilidades económicas y de acceso a diferentes sistemas de cobertura por alguno de los subsectores en que está dividido el sistema de atención médica.

En forma muy sintética se pueden distinguir tres grandes subsectores (público, privado, de obras sociales) con administración propia, con recur-

⁶ Bloch *et al.*, "El proceso de salud-enfermedad...", cit.

tos físicos y humanos y financiación particulares, y prácticamente sin ninguna interrelación. Esta situación crea en la práctica una suerte de anarquía, con superposición en algunas áreas y déficit marcado en otras.

El retroceso del subsector público y la progresiva afirmación del empresariado privado a partir de la contratación de las prestaciones de la seguridad social, que llegara a ser modalidad dominante en la organización de la atención médica en los inicios de la década del setenta, comienza a percibirse en Rosario, al igual que en el resto del país, ya en la segunda mitad de la década del cincuenta. Esa retracción de la presencia del Estado en el ámbito de la atención médica tiene, sin embargo, en esta primera etapa, características que se asocian con esporádicos e ineficaces intentos de control de la inflación a partir de la reducción del déficit fiscal, más que con una toma de posición efectiva en torno a cambios en el papel desempeñado por el sector público en el interior del sistema, como sucede indudablemente a partir de 1976. Se relaciona con límites financieros en la capacidad de intervención, con diferente jerarquización de prioridades y, de manera explícita, con la adopción de una perspectiva técnico-eficientista. Las políticas posteriores, en cambio, se vinculan con una propuesta alternativa de distribución de funciones entre lo privado y lo público elaborada a partir de presuntos objetivos de eficacia social.

Ese proceso se refleja con claridad en los cambios producidos en la importancia y organización interna del subsector público en esta ciudad. Utilizando el indicador número de camas, de poca confiabilidad cuando se trata de mostrar adecuadamente las particulares condiciones de la oferta, pero útil para graficar grandes procesos de cambio en las posiciones relativas en el interior del sector, es posible verificar las líneas generales de estas transformaciones.

Al comparar las cifras globales disponibles para 1970, 1980 y 1987, se comprueba la existencia de un número de camas similar, con importantes modificaciones en la distribución por subsectores. De 2399 camas en manos del subsector público en 1970, que significaban el 50,79% del total, en 1980 contaba con 1578, aportando solo el 32,92% de la totalidad del recurso, y actualmente dispone de 1370 camas, habiendo disminuido aún más su posición relativa en el sector. En el mismo período el subsector privado aumentó su participación de 44,76% a 56,27% y 58,56% y el de obras sociales de 4,45% a 10,81% y 12,35%.⁷

Los datos más precisos proceden de la jurisdicción municipal. En esta, el descenso de la disponibilidad del recurso cama alcanza entre 1976 y 1980 a 21,8%, realizándose una redistribución de las camas que refleja la

⁷ Asociación Médica de Rosario. *Propuesta de reorganización de la atención médica del municipio de Rosario*. Documento preliminar. Rosario, 20/XI/89.

prioridad otorgada a la atención de emergencias y la problemática vinculada a la salud maternoinfantil. La distribución de camas resultante de las decisiones municipales a lo largo de esos años, revela líneas de cambio fundadas en corrientes de pensamiento que comienzan a afirmarse en la Argentina y en el mundo a partir de la crisis de los años setenta. Dentro de la corriente de pensamiento neoliberal se integran, en efecto, no solo la concepción que pone en manos del Estado las prestaciones de salud que no interesan a la actividad privada, también se le responsabiliza de cubrir las necesidades cuya desatención provocaría efectos de fuerte repercusión social. Entre estas se ubican indudablemente la emergencia médica y la protección maternoinfantil en el interior de los sectores más carenciados.

El subsector público, que es un sistema al cual teóricamente puede acceder sin ningún tipo de restricciones la totalidad de la población, en la práctica solo cubre al indigente médico. En Rosario, las dos administraciones que lo componen (municipal y provincial) actúan independientemente, tienen sus propias instituciones con regímenes y modalidades de prestación médico-asistencial particulares y continúan desarrollándose sobre la base de conceptos tradicionales en todo lo relacionado con pautas de organización y administración hospitalaria. La red asistencial comprende tres hospitales provinciales y cinco municipales de mediana complejidad (algunos con servicios especializados de alta complejidad), un número de dispensarios o centros de salud de baja complejidad, para la atención ambulatoria, entre los cuales se encuentra la red de centros periféricos de las tres áreas del Programa de Atención Primaria de la Salud de la administración provincial.

La gran mayoría de la población que demanda servicios al hospital público es aquella que carece de cobertura por no tener un trabajo estable en relación de dependencia. A ello se suman en la actualidad todas las personas que han perdido sus puestos de trabajo en razón de la crisis económica y, por lo tanto, carecen de cobertura social y un porcentaje, posiblemente en aumento, constituido por quienes, si bien disponen de algún tipo de cobertura social o un seguro privado, no están en condiciones de solventar los gravosos coseguros o *tickets* moderadores vigentes y se ven obligados a recurrir a la asistencia estatal para satisfacer sus necesidades de atención médica. Por otra parte, ni los seguros privados ni los sociales brindan una asistencia médica integral, ya que procesos tales como las enfermedades infectocontagiosas o las mentales, para las cuales no existe cobertura, deben ser atendidos en el subsector estatal o solventados en forma privada.

2. Planteamiento del problema

Una propuesta de evaluación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en el nivel concreto de aplicación a través de un programa particular, obliga a tomar en cuenta su complejidad dada la diversidad tanto en lo teórico conceptual como en la modalidad de concreción práctica. Por lo tanto, deben considerarse distintas facetas del problema. Una de ellas y no la menos importante, se refiere a las diversas concepciones sobre APS expresadas por los organismos internacionales y que impregnan de una u otra manera las propuestas programáticas. En estrecha relación con ello, se plantea la necesidad de considerar la forma particular en que se constituye, estructura y funciona el programa específico de APS en Rosario.

Por último, no puede dejar de examinarse el tema de la evaluación en sí misma, las dificultades que plantea la falta de criterios explícitos en función de objetivos de cambio en las condiciones de salud de la población, los límites de las técnicas habituales que miden productividad, eficiencia y eficacia con base en actividades normatizadas, y la ausencia de un enfoque epidemiológico que permita la valoración de la eficacia social de estas.

Según diferentes concepciones, la APS puede interpretarse simplemente como el nivel de atención o puerta de entrada al sistema, limitándola por consiguiente a una forma de organización técnico-administrativa; como un programa con objetivos específicos y estructura simplificada para la atención elemental de grupos marginales, y en este caso termina volviéndose “un programa marginal, con recursos marginales, para población marginal”⁸ y, finalmente, como una estrategia para alcanzar la meta de salud para todos, por lo que debe satisfacer requisitos de impacto, equidad, eficacia social y articulación intersectorial.

La APS como estrategia, al introducirse en la estructura del sistema de salud, plantea desde la base de este sistema un cambio cualitativo que lo afecta en su totalidad, generando a la vez modificaciones en los diferentes niveles y promoviendo una mejor calidad en las prestaciones. Por otra parte, en virtud de sus fundamentos y características de integración en la comunidad, al encontrar las respuestas adecuadas en tiempo y lugar a las necesidades particulares de cada grupo social, aumentaría su eficacia social elevando los niveles de salud de la población en su conjunto. Concebida de esta manera, la APS sobrepasa los límites del sector, significa mucho más que reordenamiento y estructu-

⁸ OPS/OMS. *Manual sobre el enfoque de riesgo de la atención materno-infantil*. Serie Paltext para Ejecutores de Programas de Salud n° 7, 1986 (cap. II).

ración de los servicios, compromete una mayor participación del Estado, la integración de los servicios y de la comunidad y se transforma en un desafío político.⁹

La posición argentina llevada a la Conferencia Internacional sobre APS convocada por la OMS (Alma Ata, 1978)¹⁰ y no modificada posteriormente, deja claro, por un lado, que la APS no limita "su acción a la atención de los así llamados sectores marginados", sino que se considera "una forma de organizar los recursos para atender a toda la población". Por otro lado, implica un compromiso de cambio en la estructura actual de los servicios al reconocer que "la APS requiere ineludiblemente articularse con la zonificación y regionalización de los servicios".¹¹

Sin embargo, las limitaciones impuestas a estos postulados teóricos por las condiciones concretas de cada situación particular, muy probablemente hacen que aquellos principios se vean desvirtuados en el momento de su concreción en un programa de acción. En la misma década en que aparecen los postulados de la APS acordados internacionalmente, se desarrolla en Latinoamérica un proceso de crítica a la planificación normativa en salud y de elaboración conceptual en planificación denominada estratégica, que surge como respuesta innovadora frente a los fracasos de aquella en los países subdesarrollados del mundo capitalista.

De alguna manera, la APS como "estrategia" para alcanzar la meta de salud para todos se identifica con aquel pensamiento estratégico pero limitado a la extensión de la cobertura en salud para la totalidad de la población. Sin embargo y al mismo tiempo, la hegemonía técnico-normativa se manifiesta en las propuestas de varios autores¹² de una APS selectiva. Esta posición fue asumida por el UNICEF en 1982, cuando presenta un proyecto dirigido a mujeres embarazadas y niños, que se expresa en seis actividades normatizadas (vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños basada en gráficos; utilización de sales de rehidratación oral; fomento de la lactancia natural; inmunización de todos los niños con Sabin, DPT, BCG y sarampión; suplementos alimentarios y planificación familiar).

Bajo una justificación fundamentada en la supuesta imposibilidad de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 con una APS integral que incluya al conjunto de la población y comprometa a todo el sistema de salud, subyacen los conceptos fundamentalmente economicistas que dieron base a la planificación normativa: optimización del costo-eficiencia y

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social. *La atención primaria de la salud en la República Argentina*. Conferencia Internacional OMS, Alma Ata, 1978.

¹¹ *Ibidem.*

¹² Walsh, J. A. y Warren, K. S., 1979; Roland, R. y Young, M., 1981; Evans, J. *et al.* 1981, UNICEF, 1982. Proyecto GOBI-FF materno-infantil, citados en *Foro Mundial de la Salud*. 5(4):357-359, 1984.

magnitud y vulnerabilidad del daño ante medidas técnicamente eficaces para obtener un impacto directo sobre algunos indicadores seleccionados. Se trata de una interpretación simplista de problemas complejos sustentada en la observación empírica de la mayor frecuencia relativa de la demanda por patología de diagnóstico y tratamiento sencillos sobre los complejos que demandan la aplicación de alta tecnología.

En la Argentina, a pesar de la posición asumida en la Conferencia Mundial, en su concreción la APS es de una u otra forma selectiva. En primer lugar, el criterio de selectividad se aprecia en la definición de la población objetivo: por espacio geográfico-político (provincias o áreas con mayor atraso económico-social) o como sucede en zonas urbanas, en las que la población objetivo son grupos marginados residentes en villas miserias. En este caso, la selección se basa en la identificación, en el interior de la ciudad, de espacios habitacionales distinguibles por la concentración de viviendas precarias, generalmente en terrenos fiscales. Esta es la definición adoptada por el gobierno de la provincia de Santa Fe al crear el programa de APS para grandes áreas urbanas.

La implantación de este programa en Rosario se produjo en los últimos años de la dictadura militar después de la reunión de Alma Ata y de más de una década de experiencia en salud comunitaria en las áreas rurales más pobres del norte de la provincia. Esta circunstancia hizo que el programa tuviera desde su inicio una fuerte influencia conceptual y metodológica de la APS para población rural dispersa, cuyos componentes más significativos son: el agente de salud comunitario, la ronda periódica que este realiza con base en tareas definidas y el énfasis puesto en el área materno-infantil y de enfermedades infecciosas.

El traslado mecánico de la experiencia rural al área urbana de Rosario,¹³ la ausencia de estudios epidemiológicos previos, la escasa elaboración de la información disponible en los registros municipales y provinciales del sector y su implantación en servicios de salud que poseían una larga tradición como dispensarios y hospitales aislados en los que se atendía la demanda espontánea y, por lo tanto, sin un sistema regionalizado por niveles de complejidad, fueron y continúan siendo condicionantes fuertes de la actual estructura y funcionamiento del programa.

En Rosario, la APS está restringida exclusivamente a la población de los "asentamientos irregulares", y adopta la forma de un conjunto de actividades normatizadas para familias cuya existencia transcurre en condi-

¹³ Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe, Decreto n° 3991, 12/XI/80. En los considerandos: que se hace necesario extender la cobertura del actual Programa de Salud Rural a las áreas urbanas y suburbanas de Rosario y Santa Fe. El actual Programa de Salud Rural pasa a convertirse en Programa de Atención Primaria de la Salud, y en la parte resolutive: créase el Programa de APS incorporándose a este las acciones que hasta la fecha venía desarrollando el Programa de Salud Rural.

ciones de pobreza extrema. Cabe destacar que dentro de la población que demanda atención en los servicios asistenciales del sector público, la procedente de las villas constituye solo una parte debido a que, como se señalara antes, el problema de la pobreza actualmente supera con amplitud los límites de las villas identificadas por los estudios catastrales.

El programa provincial, por sus condiciones particulares de implementación y desarrollo, al ser evaluado después de casi una década de aplicación, muestra claras contradicciones entre las formulaciones teóricas y las propuestas programáticas y entre estas y las actividades de aplicación, ambas elaboradas sin diferenciar situaciones de riesgo social y epidemiológico. Las postulaciones expresadas en los documentos nacionales y provinciales en el momento de su transformación en una propuesta programática se reducen a grandes objetivos generales: "Dar extensión de cobertura a la población residente en villas de emergencia, con acciones médicas preventivas y reparadoras, participación de la comunidad y coordinación intersectorial", y a definir un área programática delimitada por las villas miserias, como si ello solo bastara para conocer sus necesidades de salud y extender la cobertura a toda la población carenciada.

Para estimar la necesidad de extensión de cobertura en atención médica para la elaboración del programa se utilizaron, entre otros, los indicadores de salud seleccionados por sus registros e importancia social: la tasa de mortalidad infantil y la incidencia anual de casos de tuberculosis (TBC) pulmonar bacilíferos según registros oficiales de la jurisdicción. La tasa de mortalidad infantil en la ciudad de Rosario fue del 31,8 por mil en el año 1978. Esta cifra promedial de la ciudad no es representativa de la realidad para grupos importantes de su población. La discriminación de las tasas según las jurisdicciones policiales permite observar su variación desde una cifra mínima del 10,8 por mil en poblaciones sin convivencia de villas de emergencia hasta una máxima de 64 por mil en jurisdicciones donde están radicadas villas de emergencia.¹⁴

Respecto del otro indicador usado: "la incidencia anual de casos de tuberculosis (TBC) pulmonar bacilífera", los establecimientos estatales notificaron 173 casos durante 1978, de los cuales el 51% se declararon en villas de emergencia. Esto expresa una prevalencia de tuberculosis pulmonar bacilífera de un caso por cada 1 000 habitantes de la villa y de un caso por cada 10 000 habitantes de la población total de Rosario.¹⁵

Otro hecho que se tomó en cuenta para fundamentar el programa fue que en 1979, de las 718 000 consultas realizadas en el sector estatal, solo 99 500 se hicieron en los establecimientos periféricos (relación 7:1). La finalidad del programa era extender la cobertura de la población de las

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *Ibidem.*

villas con una demanda promocionada a través de una intensa actividad comunitaria, y que los consultorios periféricos actuaran como puerta de entrada al sistema de atención de salud. La meta inmediata propuesta fue igualar el número de consultas del hospital y de los consultorios periféricos, y la meta mediata, que las consultas en los consultorios periféricos llegaran a superar las del establecimiento referencial.

Por último, en el decreto de creación del programa se planteaba que:

Además de no existir un acceso sistemático por bocas de acceso periférico, es evidente una falta de reiteración en la consulta de primera vez, ausencia de consultas de prevención e internaciones que producen un alto porcentaje de mortalidad hospitalaria. La necesidad de acciones programadas de Atención Primaria de la Salud, vuelve a manifestarse si se desea cambiar esta situación.¹⁶

La apertura programática aprobada para Rosario, y que forma parte del decreto de creación, establece una estructura de conducción encabezada por el director provincial de Atención Médica como jefe del programa de APS. De él dependen en línea directa el jefe de la Zona de Salud VIII (Rosario), el jefe del programa de APS del área, y los jefes de las áreas programáticas de los hospitales base. Se crean, además, los cargos técnicos de coordinación de los sectores de administración, enfermería, estadística, educación sanitaria y de los agentes sanitarios, todos en el nivel central.

Cada hospital base se constituye en el centro de un área programática en la que prestan acciones de salud varios centros periféricos. De acuerdo con este texto, las actividades en la comunidad son básicamente de promoción y prevención (dación de leche, vacunación, captación y control de salud de embarazadas y niños, saneamiento del medio) y de "orientación de la población hacia los hospitales a través de los centros periféricos de cada jurisdicción...".¹⁷

La misma denominación de los centros y el énfasis puesto en el papel de los agentes sanitarios, son rasgos identificatorios con el programa de salud rural: el centro, no como centro de salud para la atención integral de la población del área programática, sino como centro "periférico" de "orientación" hacia el "hospital base". El agente sanitario seleccionado y adiestrado por el sistema, pasa "a formar parte del equipo de salud [...] en relación directa con el centro periférico de orientación del programa".¹⁸

En el instante de definir la conformación de los recursos humanos para los centros, el programa establece las condiciones que van a contradecir sus postulados preventivistas: cada centro contará con un grupo de

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ *Ibidem.*

¹⁸ *Ibidem.*

médicos especialistas en clínica, pediatría y obstetricia que impondrán, a pesar de las directivas, las características propias de su formación, dirigida a la atención individual de la enfermedad. Al mismo tiempo, actuarán paralelamente los agentes sanitarios y las supervisoras de enfermería, cumpliendo las tareas básicas de APS: la ronda sanitaria y la captación y derivación de casos para control. En síntesis, un programa de APS selectiva desde la definición de la población hasta la normatización de sus actividades, pero que, al mismo tiempo, crea las condiciones para brindar atención médica especializada en los centros periféricos.

En 1986, los centros periféricos pasan a denominarse centros comunitarios de salud y acción social y se “reconoce la necesidad de efectuar modificaciones, ajustes y adecuaciones para lograr efectividad en la estrategia”; se agrega que “debe incentivarse la participación de la comunidad, tendiendo al protagonismo de la población.”¹⁹

A pesar de la incorporación de un lenguaje que sugiere un cambio hacia una concepción de la APS más integral, organizada alrededor de “centros comunitarios de salud y acción social”, la parte dispositiva de la resolución define una estructura de línea jerárquica y en la definición de funciones centra toda la normativa en la Subsecretaría de Salud y el Comité Central de APS formado por el plantel de directores de la misma Secretaría de Salud.

La distancia, fácilmente evidenciable, entre las postulaciones de los documentos iniciales y la estructura del programa en el momento de su implementación, expresa la hegemonía de las corrientes sanitarias identificadas con la planificación normativa y la consiguiente definición de actividades normatizadas desde un saber científico y neutro sobre la base de una supuesta homogeneidad de la población objetivo.

No obstante, desde una perspectiva más general, pareciera que para las autoridades militares de 1980 el problema se resolvía extendiendo el programa de Salud Rural a la ciudad, en tanto que para el gobierno democrático de 1986, que incorpora el término “estrategia”, se trata de “privilegiar la atención extramural” descentralizando la atención médica de los hospitales hacia los centros de salud.

Al inicio del programa, el Ministerio confiere a la Zona de Salud VIII, con sede en Rosario, la coordinación y conducción del programa a través de un equipo interdisciplinario; sobre él recae la responsabilidad de hacer efectivas las acciones a desarrollar y su posterior evaluación. Para la ejecución del programa, la ciudad se divide en tres áreas, cada una con sus respectivos hospitales base y centros periféricos, estos últimos ubicados en las propias villas de emergencia o en sus adyacencias. A partir de

¹⁹ Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social. Provincia de Santa Fe Resolución 3053, 6-XI-1986.

1984, las nuevas autoridades resolvieron descentralizar, y cada hospital base se hizo cargo de su área en forma independiente. Cabe destacar que desde su creación el programa se ejecutó sin presupuesto propio. El hospital base es responsable del aprovisionamiento permanente de todo el material sanitario, vacunas, medicamentos, leche, impresos, artículos de librería y de limpieza, y del mantenimiento de los locales. Cada centro periférico es administrado por un jefe médico, y la atención la brindan especialistas en pediatría, obstetricia y clínica médica.

Durante la primera etapa, las supervisoras de enfermería dependientes del nivel central, eran las responsables directas de la organización y evaluación del trabajo de los auxiliares de los centros. Con la descentralización, el Departamento de Enfermería de cada hospital base se hizo cargo de la coordinación y las supervisoras pasaron a depender de él. Las enfermeras, además de su función específica, realizan las tareas administrativas que las actividades demandan. La calidad de su trabajo es clave y de él depende en gran parte el funcionamiento del centro.

Los agentes sanitarios constituyen un personal nuevo dentro del equipo de salud del área urbana. Se seleccionaron inicialmente —previo curso de capacitación— a través de evaluaciones realizadas por el personal de enfermería y coordinadores de terreno. Los únicos requisitos previos exigidos fueron: pertenecer a la población de las villas y saber leer y escribir. Posteriormente, se designaron nuevos agentes sanitarios sin requisitos, encontrándose algunos con mayor nivel educacional y que no pertenecen a la comunidad en la que trabajan.

La carencia de un modelo de evaluación sistemático como parte del proceso de programación y las características del sistema de registro impiden la construcción de indicadores orientados a esa finalidad. No obstante, la información disponible permite advertir ciertas deficiencias en los procedimientos y plantear interrogantes acerca del desarrollo de los programas de APS y su eficacia social. En este sentido, son orientadores los resultados de una evaluación preliminar hecha con base en datos de registro provenientes del área I del programa de APS de Rosario.²⁰

Las principales conclusiones de esta evaluación señalan, en primer lugar, que los indicadores que establece el programa para medir su impacto en la comunidad no pueden construirse a partir de los datos que registran los agentes sanitarios, dada la actual dinámica de la ronda domiciliar. Por un lado, el censo de vivienda y población, al prolongarse a lo largo de varios meses, no permite disponer de “cortes” en un momento del tiempo para cuantificar y describir las características demográficas

²⁰ Bloch, C. *et al.* Evaluación del Programa de Atención Primaria del área I de Rosario. CESS/AMR. *Cuadernos Médico Sociales* n° 41. Septiembre de 1987.

de la población tributaria del programa. Tampoco recoge información útil para describir las condiciones de la vivienda y los servicios básicos que hacen a la sanidad del medio. Por otro, las preguntas relacionadas con la definición de familia crítica, de carácter social, no se expresan luego en un indicador de equidad de las acciones programáticas en favor de una mayor efectividad en la población.

En segundo término, las tareas de detección y control del seguimiento de casos de los subprogramas, también a cargo del agente sanitario, permitieron concluir que, para 1985, el 26,5% de las familias cubiertas por el programa presentaban casos de desnutrición, que la prevalencia de tuberculosis diagnosticada se encontraba en un nivel de 7,3 casos por 1 000 habitantes (siete veces la estimada en 1978), y que en los primeros cinco años del programa había aumentado la cobertura de inmunizaciones llegando a cifras entre 72 y 92%, según el tipo de vacunas. No obstante, dadas las limitaciones en la operatividad de las rondas, cabe la duda respecto de si estas cifras reflejan la cobertura real de la población cubierta por el programa.

En tercer lugar, visto el programa desde los centros periféricos, surge claramente un perfil asistencial que incluye actividades programadas y la atención de la población residente en las villas de emergencia, definidas por el área, más la atención de la demanda espontánea de una población proveniente de fuera del área, que varía en su magnitud y que aumentó durante el año 1985, cuando se recalcó la necesidad de atender a toda la población, sin límites geográficos precisos.

El análisis de las consultas en el período, mostró una relación directa entre la oferta de servicios y la accesibilidad y la demanda de la población. El cálculo de consultas por persona-año en el período dio cifras que variaron entre 6,4 en 1982 a 9,1 en 1985, con un mayor peso de las consultas pediátricas, que oscilaron entre 9,3 y 13,6 en los mismos años. En el otro extremo, las consultas de clínica general de adultos en 1985 estuvieron en el nivel de 1,6 por persona-año, con un alto predominio de mujeres.

El control prenatal mostró ser el componente más débil del subprograma maternoinfantil. En el período estudiado, 25% de las embarazadas consultaron por primera vez después del quinto mes, y de estas, el 77% hizo cuatro consultas como máximo. Con respecto al lugar del parto, solo el 55% de las embarazadas captadas lo realizó en el hospital de cabecera del área. Del 45% restante, en 28% de los casos se ignora cuál fue su evolución y dónde recibieron atención.

Las cifras mencionadas, que se refieren solo a las mujeres que accedieron a los servicios, ocultan por una parte la cobertura real que puede tener el "control prenatal", y por otra, indican ciertas fallas en la articulación de los dos niveles de atención (centro periférico y hospital base), así como la existencia de entrecruzamientos de la demanda entre depen-

dencias administrativas (municipales o provinciales) subsectores del sistema de salud (público o de obras sociales), o ambos.

En los consultorios de pediatría, las cifras orientan a suponer un aumento en el período en el número de niños captados globalmente por el programa. Sin embargo, considerando las edades de estos niños, se observa un descenso en la participación de los menores de cinco años en el conjunto de consultas infantiles.

En cuanto a los lactantes, aunque se observa la tendencia hacia una captación cada vez más temprana en los centros periféricos, se reconocen ciertas interferencias por parte del hospital base (donde se produce el parto), que cita a los recién nacidos para control desconociendo las normas del programa. Aunque puntual, esta situación plantea un interrogante respecto del personal que se desempeña en el nivel secundario de atención en lo atinente al papel que cumple dentro del sistema, al conocimiento y aplicación de normas, etcétera.

El hallazgo de un número de casos de muertes infantiles en los domicilios y de causa desconocida, pone en cuestión de manera importante las relaciones entre la institución asistencial y la comunidad. Algunas incongruencias observadas, por ejemplo, que una semana después de una consulta aparentemente banal el niño muere en su domicilio y sin diagnóstico médico, señalan la falta de un trabajo participativo con la población, que desvirtúa los propios principios de la APS.

Las muertes infantiles bajo estas condiciones dan lugar también a una serie de cuestionamientos respecto de la globalidad de las acciones que ejecuta el plan en la comunidad a su cargo, e indican a la vez que subyacen una serie de falencias no identificadas a la luz de la información disponible, vinculadas con la detección, seguimiento y control de los procesos mórbidos.

La información analizada al nivel del hospital base en su relación con los centros periféricos en sus tres aspectos: como proveedor de insumos, como recurso para estudios complementarios de diagnóstico y como lugar de derivación de pacientes de los centros periféricos, indica la existencia de un quiebre entre los dos niveles de atención, en contradicción con los objetivos explicitados de una APS integrada a un sistema articulado de servicios por niveles de complejidad.

A pesar de sus limitaciones, el análisis de la información proporcionada por los datos de registro en el área I puso en evidencia la complejidad y multiplicidad de aspectos a considerar:

- los rasgos de una APS selectiva caracterizada por el énfasis puesto en lo maternoinfantil, por una definición de la población destinataria limitada a los residentes en villas miserias, por el predominio de criterios técnicos en la formulación de normas, sin estudios de la población;

- su consiguiente estructura con base en principios de la planificación normativa esencialmente tecnocrática, en contradicción con los criterios de una APS como estrategia de salud para todos, presentes en los documentos oficiales;
- la débil o nula participación de la comunidad en la toma de decisiones, programación, control y evaluación de las actividades, y las falencias de la coordinación intersectorial y su repercusión sobre el impacto del programa como respuesta a las necesidades de la población;
- las dificultades y restricciones que plantea un programa de APS dirigido a una población delimitada, basado en un supuesto sistema regionalizado, articulado a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia, implantado en una estructura anterior tradicionalmente desarticulada, en la que existe una gran movilidad de la población, con posibilidad, mediante la demanda espontánea, de acceder en forma directa a cualquiera de los niveles dentro de los servicios del subsector público;
- las dificultades de un programa inicialmente orientado a dar cobertura de atención de la salud, con actividades de promoción y recuperación, a una población delimitada por las villas de emergencia a través de un centro de salud, y la demanda creciente a los mismos de la población cercana que, por no vivir en las villas, no está cubierta por el programa;
- la inexistencia de una propuesta de desarrollo de recursos humanos para la formación de grupos multidisciplinarios en APS, aspecto particularmente importante cuando, como en el caso de Rosario, el programa se inicia e inserta en un sistema preexistente, con una arraigada cultura médico-asistencial centrada en el hospital de mediana o alta complejidad. Fundamentalmente los médicos, en general especialistas, consideran que el trabajo en APS es, por su supuesta simplicidad, desvalorizante, rutinario y falto de interés científico.

Es probable que los planificadores, para superar los escollos que supone trabajar con personal no consustanciado con el programa, hayan depositado mayores responsabilidades en enfermeras supervisoras y agentes sanitarios promoviendo líneas paralelas de acción entre médicos y "personal de APS" y la consiguiente separación entre los consultorios médicos y las actividades correspondientes en la comunidad, terreno propio del agente sanitario.

Las dificultades que plantea la falta de criterios explícitos de evaluación en función de objetivos de cambio en las condiciones de salud de una población, condujeron al mantenimiento de prácticas rutinarias de valoración de actividades a través de la medición de productividad, eficiencia y eficacia —esta solo como cumplimiento de normas—, quedando la evalua-

ción presa de la dinámica propia del sistema sin conseguir proyectarse a la valoración de su eficacia social.

El conjunto de cuestiones que deja sin respuesta el intento de evaluación llevado a cabo sobre la base de las actividades cumplidas y considerando que la evaluación no solo se ocupa de lo que se hace sino también de las personas que supuestamente deben haberse beneficiado, en qué medida lo han hecho, de qué modo se expresa ese beneficio y por qué, pone en evidencia la necesidad de un abordaje diferente, desde una perspectiva epidemiológico-social.²¹ Finalmente, la evaluación en sí misma constituye un problema teórico-metodológico y consiguientemente instrumental.

En un trabajo dirigido específicamente a APS, Roemer y Montoya²² ubican la evaluación como componente de una gestión apropiada que incluye, además, la planificación, la administración y la reglamentación y evaluación. Desde esta perspectiva, señalan que:

La evaluación de la calidad pone de manifiesto no solo los logros de un programa, en relación con las normas establecidas o en comparación con otros programas equivalentes, sino que puede surgir también el punto o los puntos de donde surgen las dificultades.

La importancia que los autores otorgan a la evaluación de la calidad adquiere mayor significado en la atención primaria, dado que:

Resulta demasiado fácil dar por sentado que, en el caso de la APS, la menor necesidad de tecnología avanzada implica una menor necesidad de normas de calidad. Por el contrario, la propia sencillez de muchas actividades de APS hace que estén expuestas a una ejecución deficiente.²³

La sencillez instrumental no significa simplicidad de los problemas, confusión frecuente en el discurso sanitario cuando este no tiene en cuenta las complejidades propias de los determinantes socioeconómicos y culturales de los procesos de salud-enfermedad. En tanto el concepto de investigación evaluativa²⁴ subordina la investigación a la evaluación

²¹ Un enfoque socioepidemiológico implica la consideración de diferentes dimensiones y categorías de naturaleza diversa desde el nivel estructural, que define las clases y grupos sociales, el particular, donde actúa el conjunto de mediaciones, como las condiciones materiales de vida, las familias con sus estrategias de supervivencia o desarrollo, y el nivel individual, en el que se manifiestan los procesos psicobiosociales de salud-enfermedad, en el que cada individuo, protagonista de una particular experiencia vital, muestra una historia que lo trasciende, que es la de su lugar en un contexto mayor.

²² Roemer, M. J., Montoya, C. *Evaluación y garantía de calidad en la atención primaria de la salud*. Publicación en offset n° 105, Ginebra, OMS, 1988.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Hemmigan *et al.*, en Klein *et al.* *Evaluación del impacto de los programas de nutrición y salud*. Publicación científica n° 432. Washington, OPS/OMS, 1982.

como proceso general, el mantenimiento de la independencia entre ambos términos implicaría que la evaluación como componente de la programación en salud sería un campo de aplicación de la metodología desarrollada por la investigación científica.

Por otra parte, la evaluación, para lograr su objetivo, orienta la investigación al presentar un modelo normativo de comparación constituido por variables que actúan como parámetros y elementos útiles para una acción transformadora.

A los fines de esta particular investigación evaluativa, la delimitación más precisa del objeto de estudio coloca el centro del mismo en la evaluación de la eficacia social del programa de APS, en una población con características particulares y en relación con las estrategias y procedimientos de intervención en los tres niveles establecidos (comunitario, centro periférico y hospital base). Desde el enfoque socioepidemiológico con que se aborda la investigación evaluativa, se entiende que tanto la ocurrencia de los problemas de salud como el comportamiento de la población están condicionados por un conjunto de factores sociales, estructurales y particulares que, al interactuar, definen distintos niveles de precariedad o criticidad de las condiciones materiales de la vida familiar, aun en el interior de estos sectores genéricamente marginales.

Esta primera aproximación estuvo orientada a reunir evidencias empíricas que permitieran cuestionar los supuestos de homogeneidad que subyacen en la formulación programática y en la elaboración de normas generales y neutras que no toman en cuenta las variantes socioculturales de la población, variantes que se asumen tanto entre las áreas de influencia del programa como en el interior de cada una de ellas.

Es decir que, partiendo de un marco teórico general que reconoce el proceso de salud-enfermedad como un proceso social, la evaluación bajo este enfoque tiende a superar la sola medición de la cobertura general del programa desde un ángulo meramente cuantitativo, procediendo a la valoración de su eficacia social, que involucra el concepto de equidad como adecuación de las respuestas a las necesidades de cada grupo.

El otro componente, el de las estrategias de intervención, alude a la eficacia general del programa en términos de la penetración en la comunidad a los efectos de la accesibilidad y utilización de los servicios. Además, trata de valorar el proceso de gestión de los servicios, de los procedimientos implementados para ello y de las prestaciones brindadas al nivel individual; valoración entendida no como excelencia de las acciones médicas en términos de diagnóstico y tratamiento, sino dada por la sujeción de las actividades a las normas estipuladas por el programa.²⁵

²⁵ No se cuestionan las normas y procedimientos vigentes. Lo que se evalúa principalmente es el nivel o grado de cumplimiento de las pautas que rigen el accionar del programa, asumiendo que las mismas se sustentan sobre una base científico-técnica.

Bajo esta óptica, en consecuencia, se excluye una valoración del impacto, entendido como cambio positivo en los niveles de salud de la población, que es el resultado esperado o meta del programa y que depende de una articulación adecuada de la respuesta programática (concepciones, estructura y operatoria del sistema) con las características de los procesos de salud-enfermedad que presenta la población tributaria, desde el punto de vista socioepidemiológico, articulación que implica un enfoque más integral de la estrategia de APS y una necesaria coordinación extrasectorial.

3. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la actual equidad, eficacia y eficiencia, en Rosario, del programa de Atención Primaria de la Salud para grandes áreas urbanas de la provincia de Santa Fe.

Objetivos específicos

1. Elaborar un diagnóstico de la situación socioepidemiológica de la población destinataria del programa y de la actual cobertura del mismo en los problemas definidos como prioritarios:

- atención del embarazo, parto y puerperio,
- control de salud del menor de dos años,
- atención del menor de seis años en relación con infecciones respiratorias agudas, diarreas, desnutrición, hospitalización y muerte,
- atención del adulto sintomático respiratorio e hipertenso.

2. Evaluar la respuesta actual del programa a través de:

- un análisis de las estrategias de intervención y articulación de los tres niveles de atención —comunitario, centro de salud y hospital de referencia— con base en la aplicación de normas, procedimientos y recursos dirigidos a la promoción, prevención y atención de los problemas estudiados desde una perspectiva socioepidemiológica,
- un análisis desde la perspectiva de los servicios de la magnitud y características que asume la demanda espontánea a los centros de salud en relación con la del área programática,
- un análisis del nivel de capacitación y de compromiso con los objetivos del Programa y de las concepciones subyacentes del personal afectado a los tres niveles de gestión.

4. Metodología

Introducción

La prosecución de los objetivos anteriores condujo a plantear un abordaje metodológico en el que pueden distinguirse dos líneas principales, una que contempla el estudio de la población destinataria de las acciones programáticas y de su comportamiento frente a la ocurrencia de los problemas de salud definidos como prioritarios por el programa, y otra que indague la respuesta del sistema de atención a esos problemas o necesidades de la población a fin de evaluar la calidad del proceso de gestión de los servicios, en sus procedimientos y en las prestaciones brindadas a quienes acudieron al sistema.

Ambas aproximaciones metodológicas, si bien claramente diferenciables, se eslabonan en tanto el conocimiento de la población y sus problemas de salud constituye el punto de partida para la evaluación de las estrategias en función de las actividades formuladas por el programa. Además, desde la perspectiva del servicio se complementa el estudio del accionar del programa con el análisis de la información rutinaria en relación con la demanda espontánea, y se interroga al personal interviniente en los tres niveles de atención.

Estudio de la población

Como se señaló, este componente tuvo por objeto obtener una caracterización socioepidemiológica de los sectores poblacionales destinatarios de las acciones programáticas. Es decir que no se limitó a la elaboración de un cuadro diagnóstico de los sectores mencionados con una mera evaluación de la magnitud de la ocurrencia de los problemas, acompañada de información demográfica de utilización corriente. Se pretendió brindar un conocimiento de la realidad atendiendo a factores sociales, tanto los que remiten a un orden estructural como los que pueden ser considerados como mediadores de aquellos, a sabiendas de que su análisis es la vía adecuada para acercarse a una valoración más ajustada de la equidad y eficacia de los servicios.

A los efectos de la evaluación propuesta, el universo del estudio quedó constituido, por una parte, por la totalidad de la población destinataria del programa Provincial de APS en Rosario, es decir, los residentes en asentamientos irregulares de la ciudad, por otra, por el personal afectado al plan en los tres niveles de gestión: comunitario, centro periférico y hospitales de referencia, así como, y para determinados aspectos, los pro-

pios centros de salud como otras unidades de análisis dentro de la estructura programática. Razones centradas en la factibilidad de cumplimentar los objetivos propuestos, relacionadas con la existencia de una infraestructura y un desarrollo mínimo de actividades, condujeron a circunscribir la evaluación a parte del universo.

Se descartó la posibilidad de una selección aleatoria de los sectores poblacionales, con sus respectivos centros asistenciales —periférico y de referencia— y personal involucrado, y en su lugar, en virtud de la conocida heterogeneidad de los servicios que conforman la red de APS, se decidió como criterio alternativo seleccionar un grupo poblacional en cada una de las tres áreas jurisdiccionales del programa (I, II y III), correspondiente a tres respectivos centros de salud, identificados por tener un nivel de complejidad y organización satisfactorios a los fines del estudio, con tres especialidades básicas como mínimo: pediatría, obstetricia y clínica de adultos y un tamaño adecuado de población cubierta por el programa.

El criterio adoptado limita la posibilidad de una generalización de los hallazgos a otros sectores no estudiados; no obstante, todo intento de extrapolar resultados y conclusiones llevará implícito el inferir que la situación en otros sectores es más desfavorable o, en el mejor de los casos, es igual a la observada empíricamente.²⁶

En lo referente al área I, los resultados de la evaluación preliminar²⁷ orientaron a seleccionar la población de un grupo de villas de emergencia consideradas más críticas, y cuyo centro de salud, Cerámica, se caracteriza por su mayor nivel de organización. Los grupos poblacionales seleccionados de las áreas II y III son los correspondientes a los centros de salud Cáritas Guadalupe y Policial, por ser los que mejor respondían a los criterios definidos. Los respectivos hospitales de referencia son: el Eva Perón de Granadero Baigorria, el Provincial del Centenario y el Provincial de Rosario.

Se optó por un estudio epidemiológico de corte transversal a fin de obtener un diagnóstico actual de las características sociodemográficas de los sectores poblacionales seleccionados y de sus necesidades y conductas frente a los problemas de salud, tomándose como unidad principal de análisis la familia o el principal responsable de su sustento, y reservando los individuos o, en su defecto, los casos como unidad analí-

²⁶ Cada uno de los sectores seleccionados constituyó una población de análisis cuyos parámetros interesaba valorar en tanto referentes empíricos de realidades concretas. Para algunos análisis se emplearon, sin embargo, técnicas estadísticas basadas en supuestos inferenciales. Esto supuso considerar respectivamente cada sector como una muestra de un universo hipotético infinito integrado por la totalidad de conjuntos poblacionales, que en condiciones próximas podrían llegar a observarse al variar las dimensiones tiempo y espacio.

²⁷ Bloch *et al.* *Evaluación del Programa...*, cit.

tica, para la formulación de indicadores relacionados con los problemas de salud estudiados.

Definido el método, se elaboró un instrumento que respondiera a un enfoque socioepidemiológico, por lo que se incluyó la operacionalización de dimensiones (Anexo) que permitieran no solo una descripción de la población en sus aspectos sociodemográficos más generales, sino la caracterización de los conjuntos sociales que la componen. La estratificación social resultante fue producto del agrupamiento de acuerdo con un conjunto de características ocupacionales equiparables según posibilidades de reproducción social.

Tratándose de un sector particular de la sociedad rosarina (residentes en las villas de emergencia) cabe tener en cuenta que los grupos ocupacionales no constituyen un conjunto representativo de los agentes sociales insertos en el sistema productivo. La operacionalización del concepto de grupos ocupacionales (GO) se apoya en el de posición socioocupacional, término utilizado para designar los lugares definidos por las relaciones de producción y los procesos sociales que tienen lugar en una situación concreta, los que determinan las formas de inserción de los agentes en la división social del trabajo y en la división del trabajo social propias de esta situación.

Las principales dimensiones consideradas remiten a las modalidades de inserción de los agentes en el proceso del trabajo: relación con los instrumentos de trabajo y con los otros agentes intervinientes en los procesos de trabajo, tipo de prácticas realizadas por los agentes, nivel de productividad y sector de producción de las unidades económicas en que están insertos los agentes.

Para este trabajo se considera que la situación familiar en relación con el grupo ocupacional (GO) queda definida por la que corresponde al principal responsable del sustento económico familiar (PR), quien, a través de las características actuales de su ocupación, tiene una inserción dada en los procesos de producción, circulación o coadyuvantes, estos últimos referidos a las prácticas ideológicas, jurídicas y políticas.

Obviamente, en la población bajo estudio la distribución de los grupos ocupacionales presenta particularidades que son propias de su condición de sectores marginales que constituyen una subpoblación del conjunto social. Ello deriva en que algunas de las categorías teóricamente definidas están sobredimensionadas y muchas, por el contrario, subrepresentadas o ausentes en relación con la población en su totalidad.

Desde el punto de vista conceptual, la operacionalización de las categorías con que se expresa teóricamente el grupo ocupacional resulta de la combinación de las características económicas de la población bajo estudio, habida cuenta del contexto y de la actual coyuntura económica. Es decir que, a partir de datos sobre condición de actividad, categoría de ocupación, rama de actividad, jerarquía ocupacional, tipo de tareas, tenencia

de instrumentos o medios de trabajo, etc., es posible formular a priori un sistema clasificatorio que responda a los conceptos que se sustentan. Por esta razón, se partió de un planteamiento teórico de categorías, obteniéndose a posteriori de la información correspondiente y en función de las frecuencias empíricas logradas, un sistema clasificatorio.

El procedimiento adoptado consistió en un proceso de aproximaciones sucesivas. Como punto de partida se obtuvo el mayor nivel de desagregación de las categorías conceptuales e independientemente de sus frecuencias en la población, etapa inmediatamente seguida por una opuesta de agregación de los grupos teóricamente definidos, sujeta por un lado al logro de una mayor homogeneidad interna y heterogeneidad externa de las categorías a definir, y por otro, a la necesidad de obtener categorías con una frecuencia empírica suficiente para la aplicación de análisis estadísticos. Este proceso de agregación y desagregación de los estratos teóricamente definidos implicó una serie de confrontaciones de construcciones empíricas diversas con las teóricas, como recurso indispensable para mejorar tanto la homogeneidad interna de las categorías finalmente resultantes como la heterogeneidad entre ellas.

En el contexto del estudio, con el predominio de agentes sociales con grandes dificultades de inserción en el sistema productivo, la calificación del trabajo, como potencial modificador de la ubicación en una estratificación socioocupacional, pierde fuerza y el concepto de precariedad²⁸ se destaca como el atributo más claramente definitorio de su ubicación ocupacional en un medio con características tan particulares que sufre, además, los efectos de la coyuntura económica. Este concepto fue operacionalizado en función de las evidencias empíricas obtenidas, considerando no precario todo trabajo con aportes previsionales (jubilatorios, seguridad social, o ambos).

Los grupos identificados fueron los siguientes:

- Obreros y empleados calificados no precarios: comprende obreros calificados y empleados en actividades no productivas, con trabajos no precarios (es decir con aportes jubilatorios, cobertura de riesgos de salud o ambos).
- Obreros y empleados no calificados no precarios: difiere del anterior solo por la no calificación de las tareas que desempeñan.
- Obreros y empleados precarios: comprende obreros y empleados en actividades no productivas, con trabajos precarios, cualquiera sea la calificación de las tareas que realizan.
- Trabajadores por cuenta propia con disponibilidad de instrumentos

²⁸ Orsatti, A. *et al.* *El empleo precario en Argentina*. Buenos Aires, CIAT-OIT y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1988.

o medios de trabajo: abarca trabajadores por cuenta propia de la producción de bienes materiales (incluidos agricultores y artesanos) de la construcción, comercio y servicios, con disponibilidad de instrumentos o medios de trabajo. Se asimilaron a esta categoría los empleadores con no más de cinco empleados.

- Servicio doméstico.
- Subproletarios: comprende trabajadores inestables y de mínima calificación, como son los changarines o los trabajadores que se autotitulaban como cuentapropistas de la construcción, del comercio y servicios, y que no disponen de instrumentos ni de medios de trabajo. Se asimiló a esta categoría el caso excepcional de trabajadores familiares sin remuneración fija.
- Jubilados y pensionados: comprende a los inactivos que perciben ingresos por jubilación, o pensión por trabajo del cónyuge.

Otro aspecto a cubrir exhaustivamente en este abordaje metodológico fue el que concierne a las condiciones materiales del microambiente. Siguiendo el concepto de satisfacción de necesidades básicas desarrollado en el estudio del INDEC sobre la pobreza en la Argentina,²⁹ se buscó identificar manifestaciones materiales que dentro de un marco general de pobreza, por tratarse de sectores radicados en asentamientos irregulares, permitieran definir niveles de mayor o menor grado de criticidad.

Bajo el concepto "satisfacción de necesidades básicas", el INDEC incluye características sociales del grupo familiar y materiales del microambiente. Establece, además, cinco criterios básicos y sus correspondientes niveles mínimos de satisfacción (véase cuadro 1), lo que permite definir como grupo familiar con necesidades básicas insatisfechas a aquel que no logra satisfacer por lo menos uno de los cinco estándares mínimos.

Bajo el supuesto, confirmado posteriormente, del escaso poder discriminatorio de este índice en los grupos poblacionales residentes en villas de emergencia, los que prácticamente en su totalidad no logran satisfacer sus necesidades básicas, se planteó la búsqueda de un indicador más sensible a situaciones diferenciales, dentro de esta franja de carencias.

En este sentido se valoraron individual y conjuntamente los criterios contemplados por el INDEC y otros (véase el Anexo) que se consideraron más pertinentes, como la provisión del agua que, por tratarse de concentraciones de población en terrenos invadidos, fiscales o privados que pueden o no disponer de servicios básicos, facilita a una mejor caracterización de los mismos. También se buscó incorporar con un mayor grado de detalle la disponibilidad de servicios sanitarios, y en relación con el tipo de vivienda se consideró el nivel de precariedad del material de construcción

²⁹ *La pobreza en la Argentina...*, cit.

Cuadro 1. Indicador de satisfacción de necesidades básicas

Criterio	Nivel de insatisfacción
Hacinamiento	grupos familiares con más de tres personas por cuarto
Tipo de vivienda	grupos familiares que habitan viviendas inadecuadas (pieza de inquilinato o viviendas de material precario)
Servicio sanitario	grupos familiares que habitan en viviendas sin ningún tipo de retrete
Educación	grupos familiares en los que, por lo menos, un niño en edad escolar (entre 6 y 12 años) no concurre a la escuela primaria
Probable falta de ingreso adecuado	grupos familiares con cuatro o más personas por miembro ocupado, y cuyo jefe tiene bajo nivel de instrucción (nunca asistió a la escuela o aprobó hasta 2º grado de nivel primario)

de la misma, como combinación de los utilizados en el piso, paredes y techo. Por el contrario, se descartaron, en función del contexto y de las frecuencias observadas, el indicador del número de niños en edad escolar que no concurren a la escuela y el de nivel de hacinamiento por su poca contribución a la mayor sensibilidad buscada.

Por último, también se consideró más adecuado modificar la definición utilizada por el INDEC para identificar una "probable falta de ingreso adecuado", destacando el peso del número de personas por miembro ocupado en un medio donde el nivel de instrucción es generalmente bajo. Se estimó un ingreso insuficiente en toda familia cuya carga familiar fuera de más de cuatro personas por miembro ocupado o con cuatro personas por miembro ocupado cuando el PR es analfabeto funcional.

Una vez obtenida la información, y en función de las frecuencias empíricas en esta formulación previa, se construyó un índice que expresa niveles de criticidad, de moderada a extrema según estuvieran presentes algunos o todos los aspectos finalmente considerados en el mismo.

Se identificaron en una primera etapa los siguientes niveles de criticidad:

- Criticidad extrema con ingreso insuficiente: comprende los grupos familiares que habitan viviendas precarias, con la provisión de

agua fuera de la vivienda (patio o exterior), sin baño o con baño sin sistema de descarga de agua, y cuyo ingreso se estima insuficiente.

- Criticidad extrema sin ingreso insuficiente: comprende los grupos familiares que habitan viviendas precarias, con la provisión de agua fuera de la vivienda (patio o exterior), sin baño o con baño sin sistema de descarga de agua, y cuyo ingreso no se estima insuficiente.
- Criticidad moderada: independientemente del ingreso, comprende todos los grupos familiares que habitan viviendas con una o más de las siguientes características:
 - material no precario,
 - provisión de agua dentro de la vivienda,
 - baño con descarga de agua.

Esta construcción empírica, orientada por los aspectos teóricos que definen las condiciones críticas de vida y pobreza, se resumió finalmente en dos niveles de criticidad, extrema y moderada, a expensas de la exclusión de la valoración del ingreso insuficiente, en aras de viabilizar la aplicación de los procedimientos analíticos propuestos para la prosecución de los objetivos planteados.

La última dimensión analítica, pero no la de menor importancia, se refiere a la valoración de la ocurrencia de los problemas de salud que por la importancia que les confiere la APS han sido definidos en términos de subprogramas específicos: salud perinatal (contempla aspectos vinculados a la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido); salud infantil (cuyos componentes principales son el crecimiento y desarrollo del niño, diarreas e infecciones respiratorias agudas); tuberculosis (captación de tosedores crónicos para su derivación) e hipertensión arterial (a la fecha del estudio implementado en el área I)

Siendo estos los principales subprogramas y componentes, los problemas-eje, los sujetos y períodos de referencia definidos en el estudio fueron los siguientes:

del niño menor de 2 años:

- control

del niño menor de 6 años:

- diarreas en el último mes
- infecciones respiratorias agudas (IRA) en el último mes
- desnutrición (antecedentes y medición)
- hospitalización en el último año

de las mujeres (cualquier edad):

- embarazos, partos y puerperios acaecidos en el último año, ya sea que hayan culminado en un nacido vivo o en una defunción fetal

del adulto (15 años o más):

- hipertensión (antecedente y medición directa)
- TBC: antecedente de TBC y pesquisa de tosedores crónicos.

Las conductas de la población frente a los problemas anteriores se expresan genéricamente por el lugar donde esta acudió (o donde habitualmente acudió) a la consulta o control en relación con el problema específico y el momento en que se efectuó.

El registro de los problemas, a excepción de las mediciones directas realizadas, se basó en la percepción de los mismos en el lapso de ocurrencia mencionado a excepción del antecedente de diagnóstico de desnutrición e hipertensión, sin límite en la ocurrencia en el tiempo, por parte de los adultos, particularmente de la madre o del adulto responsable en relación con los definidos para los niños.

La pesquisa de tosedores crónicos y la medición directa (véase el Anexo) de desnutrición en niños menores de 6 años e hipertensión en adultos de 15 años o más, en tanto suponen una intervención en la comunidad y exceden el terreno meramente investigativo, así como la derivación de todo niño o adulto para su atención o control según las pautas programáticas, se entendieron como un aporte inmediato al programa.

El relevamiento del conjunto de atributos definidos para cada una de las dimensiones analíticas explicitadas por medio de un instrumento evaluativo del programa, indujo a instrumentar un mecanismo básicamente semejante a las rondas programáticas de rutina a cargo del agente sanitario, de modo de obtener parámetros comparables y como medio para garantizar la factibilidad y viabilidad de aplicación como metodología de evaluación, en el corto plazo. En consecuencia, surgió como relevante la incorporación, en esta etapa del estudio epidemiológico, del personal afectado al programa en tareas de índole similar.

Se implementó la realización de una captación censal de las viviendas de los sectores seleccionados a partir de la cartografía proporcionada por el programa, que cubriera la totalidad de los grupos familiares residentes en ellas, en carácter de ronda "especial" que, como se mencionó, no se limitó a la captación de información de rutina y supuso una intervención en la comunidad.

En razón de haberse planteado un *screening* de dos problemas definidos por el programa: desnutrición e hipertensión, se decidió integrar los equipos de captación con un agente sanitario y una supervisora de enfermería, quienes tuvieron a su cargo la formulación del interrogatorio, el registro de la información específica referida a los problemas definidos, las derivaciones para la atención en el centro de salud ante situaciones que lo requirieran (embarazadas sin control médico, niños menores de 2 años sin control médico, etc.) y la entrega de material para muestras ante la presencia de tosedores crónicos por parte del agente sanitario, y

la valoración antropométrica de niños menores de 6 años y medición de la tensión arterial de adultos de 15 años o más, a cargo de las supervisoras de enfermería.

Lamentablemente, este esquema solo pudo concretarse en el sector Cerámica. Para la prosecución de la captación en Policial y Cáritas Guadalupe no se contó con la colaboración de las supervisoras de enfermería, personal que existe en escaso número no solo en los servicios del programa sino en este medio. Esta circunstancia obligó a reemplazarlas con personal seleccionado de un grupo de postulantes con formación universitaria completa o próxima a su finalización, que fue adiestrado especialmente. El equipo tuvo a su cargo, en el caso específico de Policial, la confección de la cartografía inexistente en el área.

Para el relevamiento de la información se utilizaron, para cada grupo familiar identificado en la vivienda, planillas de registro de los problemas definidos por el programa y un cuestionario estructurado con datos a nivel familiar, munidos de respectivos instructivos. Se individualizaron distintos informantes según los problemas, que en el caso de los niños fue la persona a cargo; para el cuestionario familiar, se buscó a su principal responsable o, en su defecto, a la persona más allegada. La capacitación de los equipos a cargo de la captación incluyó la realización de una prueba piloto para evaluar tanto las técnicas de entrevista como la estructura y funcionalidad del instrumento.

Como primer mecanismo de supervisión, se realizó la revisión exhaustiva de la totalidad de las encuestas en el momento de su recepción, en un plazo inmediato a su ejecución. En el terreno, consistió en la replicación parcial del 5% de encuestas efectuadas, seleccionadas aleatoriamente.

El procesamiento electrónico de los datos comprendió tareas de control y detección de errores de codificación, graboverificación (mediante ejecución de programas de consistencias e incluso lectura directa de archivos), y generación de archivos de variables complejas, no obtenidas por captación directa, para respetar las unidades de análisis: individual y familiar.

Evaluación del proceso de gestión

La evaluación del proceso de gestión se circunscribió, entonces, a un análisis de la aplicación de normas y procedimientos programáticos dirigidos a la promoción, prevención y atención de los problemas evaluados en el estudio de la población. Se tomó como área de análisis el sector Cerámica, selección fundamentada en que es el área más organizada del programa y, en consecuencia, sus acciones están más claramente pautadas por normas y procedimientos explícitos, y ofrecen mejores posibilidades para un desarrollo metodológico evaluativo. La información obtenida en la encuesta

socioepidemiológica indicó genéricamente una mayor utilización de los servicios de APS por parte de la población de ese sector.

La evaluación, de este modo circunscripta al sector Cerámica del área I, limita sin dudas la generalización de los hallazgos al resto de las áreas. Por otro lado, mantiene validez aquí también lo dicho al explicitar los criterios de selección de los tres sectores respecto del total de las áreas: que todo intento de extrapolar resultados y conclusiones llevará implícito el inferir que la situación en los otros sectores, desde la perspectiva estudiada, es igual a la observada empíricamente, o bien más desfavorable.

El procedimiento evaluativo consistió en la búsqueda e identificación de las posibles inconsistencias entre la propuesta programática (normas que regulan las funciones que debe cumplir el personal de salud para la promoción de los servicios, captación de casos, diagnóstico, seguimiento, etc.) y las actividades concretas que se ejecutan. Por lo tanto, la calidad de las prestaciones quedó expresada por la mayor o menor sujeción de estas a las pautas establecidas por el programa, excluyéndose el análisis o auditoría médica, tal como ella es entendida en términos de diagnóstico y/o tratamiento del caso individual.

La información básica brindada por el estudio de la población sirvió como punto de partida: se utilizaron además, con fines comparativos, datos de fuentes secundarias del propio programa (documentos, historias clínicas, planillas de ronda, boletas de derivación, etc.), asumiendo que los distintos registros constituyen la certificación del cumplimiento de las diversas actividades llevadas a cabo.

El procedimiento seguido para identificar y formular los referentes empíricos a obtener y, consecuentemente, estructurar los distintos instrumentos para la recolección de información, consistió en la revisión de la documentación del programa, en cuanto a objetivos, metas y normas, y del sistema de registro de actividades, en el análisis de los mecanismos operativos y actividades del sector en torno a la promoción, captación y atención de los problemas bajo estudio y del recorrido que siguen los pacientes para su diagnóstico, tratamiento y/o control.

Por tratarse de un estudio de naturaleza evaluativa, los distintos indicadores tienen expresiones relativas, es decir, valoraciones respecto de diferentes patrones de referencia. Ellos son: en primer término, los diversos contenidos de cada uno de los subprogramas que permiten una evaluación general y cualitativa de su consistencia con los principios generales de una atención primaria; en segundo lugar, las acciones que ejecuta el personal de salud y que permiten una evaluación cuantitativa de su correspondencia con lo estipulado por las normas y procedimientos, explícitos o implícitos en el programa; por último, la información elaborada por el programa, referida a resultados de su gestión comparada con los obtenidos a partir del estudio socioepidemiológico.

El análisis se centró en los siguientes subprogramas, identificados como prioritarios:

- Censo de Población y Vivienda, formulado para delimitar y tener actualizados los datos de la población destinataria de las acciones de cada centro de salud.
- Salud perinatal, que comprende el conjunto de actividades dirigidas a la captación y atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Salud infantil, centrado en la captación y atención de niños, y cuyos componentes fundamentales son: control de salud (crecimiento y desarrollo que incluye control de desnutrición), atención de diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- Hipertensión, dirigido a la captación y atención de adultos en torno de este problema de salud.
- Tuberculosis (TBC), limitado a las actividades de detección de tosedores crónicos, derivación de los mismos al programa provincial de lucha contra esa enfermedad y supervisión del cumplimiento del tratamiento.

También se tomaron en consideración las hospitalizaciones de menores de seis años y las muertes a cualquier edad, en calidad de eventos cruciales, intentando poner de manifiesto fallas en la cadena de actuaciones del sistema de atención capaces de explicar el resultado negativo que podría haberse evitado.³⁰

La delimitación y caracterización de la población destinataria del programa y las distintas actividades implementadas para la promoción en la comunidad de los servicios de salud (Subprograma de Censo de Población y Vivienda), son consideradas componentes fundamentales de la evaluación. Su importancia radica en que la información producto de estas actividades es la base para calcular la cobertura y evaluar la equidad del programa desde el punto de vista epidemiológico.

La metodología utilizada a tales efectos, se centró en la comparación de los datos que obtienen los agentes sanitarios en las rondas programáticas con los registrados por la encuesta epidemiológica. Para la evaluación de los restantes subprogramas y de los eventos cruciales descritos anteriormente, se instrumentó un proceso de seguimiento de los casos que en la entrevista —encuesta socioepidemiológica— manifestaron haber acudido para su atención a los centros de referencia del programa.

Con el propósito explicitado de poner a prueba una metodología evalua-

³⁰ Roemer, M. I. y Montoya-Aguilar, C. *Evaluación y garantía...*, cit.

tiva útil al programa, como instrumento necesario para pautar y reorientar las estrategias y acciones de seguimiento de casos, se tomó como marco referencial el “método de trazadores” propuesto por Kessner³¹ por considerarlo el más pertinente. En virtud de su sencillez, puede aplicarse en forma rutinaria en el proceso de gestión de los servicios, sin necesidad de apelar a más estudios, o bien al monitoreo presencial de las distintas actividades, procedimiento este último que puede afectar la situación objetiva que se pretende evaluar.

Los alcances de la evaluación dependen de la trascendencia de los problemas desde el punto de vista socioepidemiológico, de las posibilidades concretas de su modificación a expensas del grado de utilización de los servicios y efectividad del cuidado médico, de la existencia de normas y procedimientos explícitos de atención, etcétera.

Según Kessner, “trazador” es todo problema de salud específico que permite “descubrir los aspectos positivos y las debilidades de la atención médica en una institución o en una red entera de servicios de salud”. Sin embargo, no se trata aquí de los aspectos positivos y de las debilidades que solo hacen referencia a la calidad técnica de la atención, a partir de la cual las pautas de evaluación conducirían exclusivamente al conjunto de actividades médicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del problema individual. Este enfoque ha predominado en los escasos estudios publicados sobre la aplicación de esta metodología, en los que se refuerza el concepto de “trazador” como patología y, en consecuencia, las acciones evaluadas se centran en lo individual y en su pertinencia en función de la recuperación del paciente.

La perspectiva más amplia que se le otorga a la utilización del método se pone de manifiesto si se analiza lo propuesto por Kessner respecto a los criterios de selección de patologías que pueden operar como trazadores. Uno de ellos establece que deben permitir un “impacto funcional significativo”, es decir que deben elegirse “condiciones específicas que reflejan las actividades de los profesionales de la salud. Por lo tanto, condiciones que sean imposibles de tratar no son útiles como trazadores”.

Otro criterio señala que “la historia natural de la condición deberá variar con la utilización y efectividad de la atención médica. En forma ideal, en la evaluación del sistema las condiciones bajo estudio deben ser sensibles a la cantidad o calidad (o a ambas) de los servicios recibidos por el paciente”. De acuerdo con estos criterios, un problema como la desnutrición no resultaría un buen “trazador”, ya que los recursos principales no son los terapéuticos sino fundamentalmente los preventivos, e incluso trascienden los límites del propio sector salud.

³¹ Kessner, D. *et al.* *Assessing health quality. The case for tracers.* *New England Journal of Medicine*, 25 de enero de 1975, vol. 288, núm. 4.

En contraposición, desde un enfoque socioepidemiológico, la desnutrición es un trazador que sirve para monitorear el proceso de oferta de servicios de salud para llegar a conocer en qué medida esa oferta responde a lo establecido por las normas de atención (eficacia individual del programa) y cuántos y cuáles de los destinatarios potenciales son los depositarios reales de esa oferta (cobertura y equidad del programa).

En consecuencia, la amplitud que se asigna en este estudio al concepto de trazador y a la metodología que de él se deriva es que permite evaluar la eficacia social del programa como sistema articulado de acciones cuyo objeto no es el individuo sino la población. Bajo esta óptica, importa entonces el nivel de cumplimiento del conjunto de actividades estipuladas por normas, de manera de poder visualizar la respuesta del sistema —el programa— a las necesidades de atención de la población destinataria. En este sentido, el propósito fue considerar la calidad de las prestaciones de salud con un criterio más amplio que el usado habitualmente para su evaluación.

Según este planteamiento, aumentan las posibilidades de evaluar un mayor número de actividades en relación con el cumplimiento de normas y procedimientos y, además, de tomar como trazadores otros componentes programáticos de índole más preventiva como es el caso de control de salud infantil, e involucrar al conjunto de agentes sociales del sistema (médicos, enfermeras, agentes sanitarios, etc.). Por lo tanto, resultan útiles en calidad de trazadores todos los problemas-eje que reflejen actividades programadas, es decir, aquellos procesos de salud-enfermedad cuya importancia para la APS está dada por la propia existencia de subprogramas específicos.

Partiendo de un marco más general de aplicación de los criterios señalados por Kessner-Stillman y considerando su debida adaptación en función de las particularidades del contexto bajo análisis, las distintas fases desarrolladas fueron:

- 1) Recolección de datos básicos de la población (composición por sexo y edad, número de familias, características socioeconómicas, etc.) y determinación de la prevalencia de los problemas de salud-enfermedad más comunes. En este sentido, la encuesta socioepidemiológica efectuada en el área permitió proyectar los resultados a la población a cargo y al sistema en su conjunto sin apelar a aproximaciones en función del número esperado de casos, como postulan Kessner y otros autores.
- 2) Selección de problemas-eje (trazadores) siguiendo criterios de prioridad, en función de su importancia relativa en la población, explicitación de normas y procedimientos de atención, etc., según necesidades definidas por el propio programa.
- 3) Revisión y análisis de las normas de atención, de las actividades a evaluar, fuentes de información, formulación de indicadores de cum-

plimiento, formularios para el volcado de datos, etc., teniendo presente la necesaria correspondencia entre los propósitos y objetivos de la evaluación y la operacionalización en términos de indicadores e instrumentos de recolección de datos que habrán de utilizarse.

- 4) Revisión de las historias clínicas de los casos bajo estudio y de otros documentos donde se asientan las distintas actividades y el volcado de los datos. La mayor amplitud asignada a la aplicación del método dio lugar a la revisión de todos los demás documentos que registren las distintas actividades del personal de salud.
- 5) Cálculo de tasas referidas a la cobertura y el nivel de eficacia y equidad para las distintas instancias de atención dentro del sistema de servicios.
- 6) Análisis e interpretación de los resultados en términos del mayor o menor cumplimiento de las actividades.

El mecanismo de recolección de la información se basó en la reproducción de formatos similares a las historias clínicas que derivó en una transcripción exacta de lo consignado por los médicos actuantes, sin mediar interpretaciones por parte del personal a cargo de esta tarea. No obstante, se establecieron por escrito, en calidad de instructivos, una serie de criterios, tanto para el itinerario a trazar en el seguimiento del caso, como para la forma de reducir información de orden secundario a los fines analíticos. Con el objeto de asegurar la confiabilidad de la información recogida, la transcripción fue exhaustivamente supervisada por miembros del equipo de investigación.

El abordaje de los distintos subprogramas significó el desarrollo de un proceso de construcción metodológica para cada problema en particular, en función de las actividades concretas y del personal responsable de ellas, conducente a evaluar si las distintas actividades relativas al diagnóstico, tratamiento, seguimiento, derivación, interconsultas, exámenes complementarios, etc., se realizaban en forma completa según la normativa. Se considera que la información no registrada implica la no consideración o incumplimiento de esa actividad por parte del médico. Esto puede llevar a sobreestimar en parte las deficiencias encontradas respecto de la eficacia social del programa, distorsión cuya importancia relativa puede ser de gran magnitud de no existir, por parte de los profesionales, el reconocimiento de la necesidad de un registro completo de las actividades.

Demanda espontánea. La información de la demanda registrada en las planillas diarias de consulta planteó una posibilidad de análisis que refiere particularmente a las estrategias de intervención en la población. La utilización de la información disponible en el centro de salud podía contribuir a develar, al menos, si las demandas de atención de la población que acude espontáneamente eran similares a las del sector beneficiario de las acciones de APS.

La implementación del programa dentro de una infraestructura ya existente de servicios organizados para dar respuesta a la demanda efectiva de la población, sin actividades programadas, determinó que a partir de la puesta en práctica del programa de APS coexistieran ambas modalidades con un peso probablemente no despreciable de las formas tradicionales de atención. Este supuesto indujo a pensar que tanto el comportamiento de la población como la oferta de servicios no presentarían mayores diferencias frente al análisis de la demanda satisfecha y su clasificación según sea programática o no. En esto, las planillas de consulta ofrecían alguna información pertinente: tenencia de historias clínicas del consultante, características de las consultas (de primera vez, recurrentes según el tipo de consultante o ulteriores según patologías).

Como resultado de las consideraciones anteriores se adoptaron los siguientes criterios:

- 1) tomar para su análisis el total de consultas efectuadas en el centro Cerámica durante un año calendario, que en los dos últimos meses coincidió con el período de efectivización del estudio socioepidemiológico en el área programática; se utilizaron como fuente de información las planillas diarias de consulta médica donde se registran: datos de identificación del paciente, edad y sexo, tipo de consulta, y diagnóstico o motivo de consulta;
- 2) redefinir la operacionalización de la variable pertenencia o no al programa según criterios de localización geográfica del domicilio, tomando como base la cartografía utilizada para la encuesta socioepidemiológica;
- 3) clasificar los diagnósticos o motivos de consultas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Causas de Enfermedad y Muerte (OMS, 1980).

El personal, sus concepciones y grado de compromiso

La preocupación por indagar estos aspectos responde al reconocimiento del papel mediador que desempeñan los distintos actores sociales entre las formulaciones teóricas que orientaron el plan inicial en 1980 y su concreción en el programa actual. Con tal fin, se entrevistó a la totalidad del personal de los centros de salud de los sectores bajo estudio y al personal de los hospitales base cuyo trabajo tuviera relación más directa con el programa y con diferentes niveles de responsabilidad: agentes sanitarios, mucamas, enfermeras, supervisoras de enfermería, médicos, psicólogos y personal de hospitales (jefes de servicio, jefes de área programática, directores y subdirectores a los que se suma el encargado de la oficina de coordinación del programa de cada hospital).

Para obtener la información pretendida, de acuerdo con los objetivos propuestos, se instrumentó una encuesta cuyo formulario estructurado incluyó preguntas abiertas y cerradas, de hecho, de opinión y proyectivas,

tendientes estas últimas a detectar supuestos, ideas e identificaciones del personal con la institución, con el programa o con ambos. La puesta a punto del instrumento concluyó en un pretest realizado a personal de distinta jerarquía en un sector no afectado al estudio.

Se incluyeron diferentes contenidos, junto con algunos fácilmente objetivables como son los estudios cursados, la modalidad de acceso al programa, las funciones y tareas, la dependencia jerárquica y la dedicación; otros supusieron un acercamiento a ciertos aspectos de carácter subjetivo, comenzando con la dedicación deseada, tanto en actividades individuales como grupales. Dentro de esta categoría entran las evaluaciones acerca de diversos aspectos del programa, de la articulación entre sus niveles, de la capacitación requerida, así como de la oferta de capacitación existente en APS; también el conocimiento y las suposiciones sobre las principales conceptualizaciones del sistema de APS, los subprogramas existentes y las normas asistenciales vigentes, los cambios organizacionales en el programa y sus efectos así como las expectativas en relación con su permanencia futura en el programa.

En general, puede considerarse que no existió rechazo a la entrevista, que estuvo a cargo de dos profesionales de salud: una médica y una trabajadora social, adiestradas especialmente. Solo dos médicos de uno de los hospitales base se negaron a participar. No obstante, en el caso de los profesores de la Facultad de Medicina, el hecho de considerarse miembros de la Universidad y no personal dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia fue un elemento que obstaculizó el desarrollo de la entrevista, dando lugar a apresuramientos por una aludida falta de tiempo y aun una actitud descortés hacia la encuestadora. Por el contrario, entre el personal de los centros de salud, una vez superados los temores iniciales de manifestar sus opiniones personales, dio lugar a expresiones, puntos de vista y respuestas sin condicionantes ni reparos. Las respuestas obtenidas permitieron efectuar un análisis cualitativo de las concepciones acerca del programa y el papel particular que desempeñan los distintos actores en el interior del mismo.

5. Resultados

Estudio de la población

Caracterización de los sectores poblacionales

Aspectos sociodemográficos

La información producto de cada una de las rondas implementadas en los sectores delimitados para el estudio (1988/principios de 1989) comprende una caracterización de la población en términos demográficos tradicionales, estructura por edad y crecimiento vegetativo, que se completa con su distribución en familias, su número, tamaño, composición y, en particular, la individualización del principal responsable según sexo, edad, antecedentes instruccionales y migratorios y situación ocupacional.

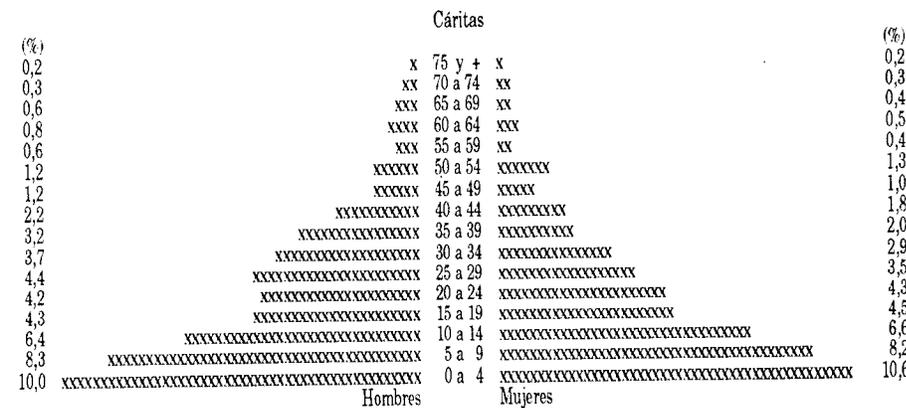
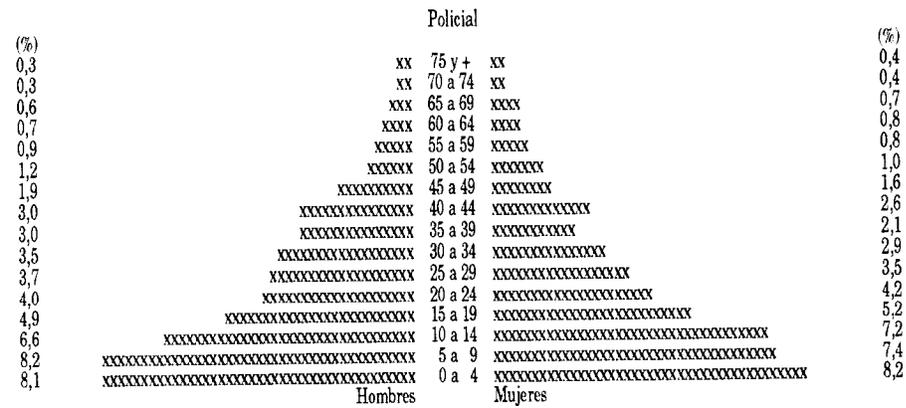
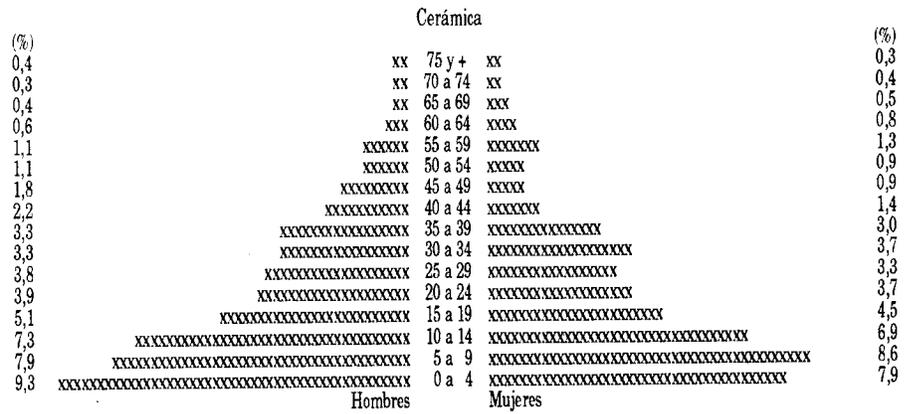
Los tres sectores superan los 2000 habitantes; el menor, Cáritas Guadalupe (C. Gua) tiene 2221, le sigue Policial (Pol) con 2473, y el más poblado es Cerámica (Cer) con 2784, con una estructura por edad y sexo que da lugar a una pirámide poblacional de base ancha y pico pronunciado, en franco contraste con la que se obtiene globalmente en la misma ciudad de Rosario para 1986, más próxima a las que corresponden a sociedades en vías de envejecimiento (gráficos 1 y 2).

Cabe señalar que, en este aspecto, C. Gua, aun cuando básicamente semejante, presenta porcentajes algo más críticos, con un relativo mayor peso de los menores de 15 años, los que suman 50,1% (47,9% en Cer y 45,7% en Pol) a expensas de una mayor proporción (20,6%) de menores de 5 años (17,2% en Cer y 16,3% en Pol). Esta diferencia también se aprecia en el menor volumen de población de 65 años y más, que representa 1,9% (2,3% en Cer y 2,8% en Pol). Todas estas cifras contrastan con las generales de Rosario, donde los menores de 15 años solo representan el 27,0%, mientras que los de 65 años y más representan 9,6% (cuadro 1).

Cuadro 1. Grupos de edad (%)

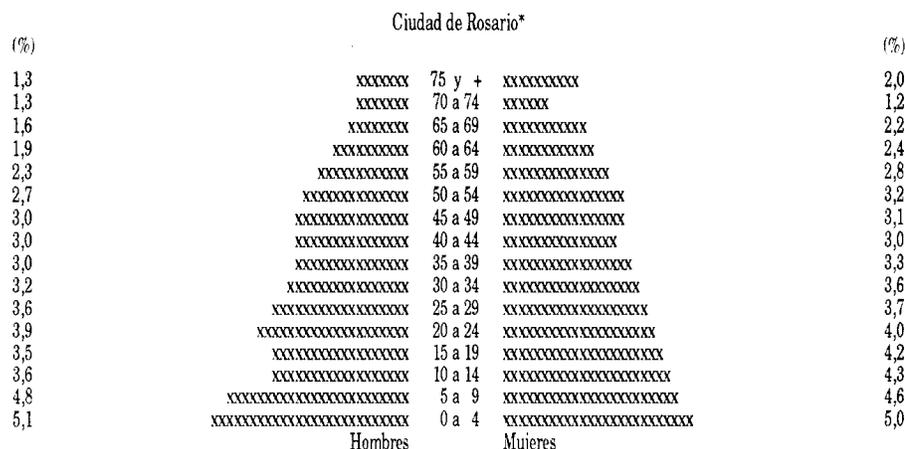
	Rosario	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Edad en años</i>				
menos de 15	27,0	47,9	45,7	50,1
65 y más	9,6	2,3	2,8	1,9

Gráfico 1. Pirámides de población



Ref.: x = 0,2%

Gráfico 2. Pirámide de población



Ref.: x = 0,2%

* estimada al 31 de diciembre de 1986

Fuente: Anuario Estadístico 1986, Dirección General de Estadística, Municipalidad de la ciudad de Rosario

Consideraciones similares merecen las tasas que reflejan el comportamiento vegetativo de la población de todo el municipio y de los sectores bajo estudio. Efectivamente, las tasas de natalidad para estos últimos, donde se registraron 105 nacidos vivos en el año anterior a la fecha de la captación en Cer, 82 en Pol y 108 en C. Gua, es respectivamente igual a 37,7, 33,2 y 48,6 por mil habitantes, en contraste con la global de la ciudad, de 19,8 por mil, que corresponde a una población con tendencia al envejecimiento. Estas diferencias, entre los grupos y con relación a la general, aun cuando pudieran estar en cierta medida distorsionadas por tratarse en el primer caso de tasas referidas a poblaciones reducidas, no dejan mayor margen de duda en cuanto a la realidad a la que refieren: verdaderas islas dentro del conglomerado urbano (véase cuadro 2).

Reafirman el carácter explosivo del crecimiento vegetativo de estos grupos, en los cuales a una alta natalidad seguramente puede especularse que se suma una menor esperanza de vida, las tasas de fecundidad también muy alejadas de las correspondientes a la ciudad, que es de 72,0 nacidos vivos por mil mujeres en edad reproductiva. La menor de ellas, en Pol, alcanza los 149,6 por mil, se eleva a 182,3 en Cer y es ampliamente superada en C. Gua, donde suma 242,7.

Estas magnitudes señalan un potencial biológico de crecimiento sustancialmente diferente en los grupos de población destinataria seleccionados, que no debería dejarse de lado, al menos para la programación en el mediano plazo. Se registraron asimismo las muertes acaeci-

Cuadro 2. Nacimientos y muertes

	Rosario	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Tasa de natalidad (por mil habitantes)	19,8	37,7	33,2	48,6
Tasa de fecundidad ^a	72,0	182,3	149,6	242,7
Tasa de mortalidad general (por mil hab.)	9,4	12,2	8,1	6,3
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	26,9	47,6	73,2	27,8
Razón de mortalidad proporcional (mayores de 50 años por cien fallecidos)	84,4	52,9	15,0	21,4
Razón de mortalidad proporcional (menores de 5 años por cien fallecidos)	(+)	20,6	35,0	28,6

^a Número de nacidos vivos por mil mujeres en edad reproductiva.

(+) Dato no publicado.

das en el último año. Su conocimiento interesaba no tanto como expresión del crecimiento vegetativo sino en carácter de eventos cruciales que posibilitan el análisis de las fallas en la cadena de atención. Con 34 muertes declaradas en Cer, que se reducen llamativamente a 20 en Pol y a solo 14 en C. Gua —que en términos de tasas expresan una mortalidad general de 12,2 por mil en Cer, 8,1 en Pol y 6,3 en C. Gua sin ninguna razón aparente que explique esta diferencia—, resta pensar que existió ocultamiento o rechazo a declarar este dato (cuadro 2).

Al comparar la mortalidad infantil y la proporcional en menores de 5 años en las tres áreas, resulta llamativo que mientras en Cer las cifras respectivas son de 47,6 por mil nacidos vivos para la primera y 20,6 muertes de menores de 5 años por cada cien fallecimientos ocurridos en el año y en Pol son de 73,2 por mil y 35,0 por cien respectivamente, C. Gua, contrario a todo lo esperado de acuerdo con los análisis anteriores, dio una mortalidad infantil de 27,8 por mil nacidos vivos, cercana a la de Rosario, que es igual a 26,9 por mil, pero con una mortalidad proporcional más acorde con las otras dos áreas: 28,6 por cien. Estos datos apoyan la supo-

sición de un ocultamiento de muertes por parte del informante, idea que se refuerza al observar las diferencias de la mortalidad proporcional en el otro extremo de la vida (mayores de 50 años), que habiendo alcanzado en la ciudad al 84,5 por cien fallecidos, baja hasta el 15,0 en Pol.

En este marco poblacional, con llamativos contrastes respecto del general de la ciudad, la familia se constituye en la unidad fundamental para un análisis de corte socioepidemiológico y orientado a la evaluación del programa. Además, si se tiene en cuenta que el programa sustenta y organiza su accionar en la comunidad a través de las visitas domiciliarias a cargo del agente sanitario, en período de ronda y entre ellas, un conocimiento imprescindible de las poblaciones destinatarias del programa es el que refiere a su agrupamiento en familias.

Las familias fueron identificadas según el criterio de grupo familiar, considerándose integrantes del mismo grupo todas aquellas personas, emparentadas o no, que conviven bajo el mismo techo y comparen además los gastos de alimentación. Se encontró que, salvo muy escasas excepciones, los grupos familiares habitan en viviendas independientes.

En estos términos, la población objetivo del programa, dependiente de los centros de salud seleccionados, totaliza 595 familias en Cer, 533 en Pol y 461 en C. Gua. En los tres casos, alrededor de 50% tiene más de cuatro miembros, con un amplio porcentaje reservado a las extremadamente numerosas (con siete miembros o más), que representan un máximo de 24,3% en C. Gua, y algo menos en los otros sectores (22,5 en Cer y 21,4 en Pol). Sin embargo, esta característica, genéricamente asociada con los sectores marginales, contrasta en alguna medida con la importancia relativa de los grupos familiares que tienen a lo sumo tres integrantes, los que varían entre 33% y 36% según el sector (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Tamaño de los grupos familiares (%)

Núm. de miembros	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
menos de 4	33,4	35,8	32,8
solo 4	17,5	15,8	17,4
5 y 6	26,6	27,0	25,6
7 y más	22,5	21,4	24,3

En el mismo sentido, junto a muchos grupos familiares que constituyen familias nucleares completas (entre 59% y 65%), merece señalarse la presencia de otros conformados por su principal responsable, solo o que convive con parientes no hijos o amigos, en un número que aumenta de

10,7% en Cer a 14,5% y 16,1% en C. Gua y Pol respectivamente (cuadro 4). Indagaciones adicionales mostraron que el tamaño de las familias se vincula directamente con el número de hijos y no con una estrategia de supervivencia que las llevara a constituirse como familias extensas.

Cuadro 4. Composición de los grupos familiares (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Familias:			
nucleares completas	65,4	59,3	63,1
nucleares incompletas	8,4	6,8	5,4
extensas	15,5	17,8	17,0
principal responsable solo o con allegados ^a	10,7	16,1	14,5

^a Parientes no hijos, amigos, o ambos.

En cada familia, como se explicitara en el capítulo de metodología, el principal responsable fue objeto de una indagación particular referida a distintos antecedentes socioculturales y ocupacionales, entendiéndose que el papel que desempeña, es el que imprime su sello a la condición familiar.

En relación con ello, es significativa la presencia de un número relativamente importante de principales responsables muy jóvenes. Los menores de 25 años totalizan 14,2% en Cer, 12,6% en Pol y 13,2% en C. Gua, y entre ellos algunos no superan los 21 años (5,0% en Cer, 3,0% en Pol y 3,7% en C. Gua). En el otro extremo, alrededor de un 5%, en los tres sectores, tiene 65 años o más.

También aparece como dato importante —y que remite a una problemática particular en un medio con grandes dificultades de sobrevivencia— el hecho de que muchos grupos familiares están a cargo de una mujer, las que se cuentan en un número relativamente menor en C. Gua (10,4% frente a 16,7% en Pol y 15% en Cer).

Se evaluó el grado de alfabetización en relación con el nivel de educación formal adquirido por el principal responsable, considerándose analfabetos funcionales aquellos que nunca fueron a la escuela, o que, si lo hicieron, completaron a lo sumo el segundo grado de la primaria. Su número es de una magnitud alarmante en cada uno de los sectores estudiados: 34,3% en Cer y en C. Gua y algo menos en Pol (30,4%). Más aún si se considera el bajo nivel de instrucción de los identificados como no analfabetos, los que en escaso número lograron completar o excepcionalmente superar el nivel primario.

En este aspecto, una vez más surge un marcado contraste entre los sectores bajo estudio y el panorama de la ciudad, en la que, como gran centro urbano, se ha registrado en los últimos años un mayor acceso a la escolaridad primaria. Las evidencias obtenidas apuntan a una explicación posible vinculada justamente con la edad, en tanto una amplia mayoría de analfabetos funcionales superan los 35 años. El antecedente de ser migrantes y en particular de zonas rurales tiene en cambio un peso similar, tanto entre analfabetos como entre los que no lo son. La condición migratoria, a pesar de estar circunscripta al principal responsable, se estimó particularmente importante como referente empírico que debe tenerse en cuenta en relación con los problemas de salud de las familias de los asentamientos irregulares (véase Anexo).

La proporción de inmigrantes es alta y similar (81,2% en Cer, 81,6% en Pol y 83,9% en C. Gua). La procedencia, si bien muestra variantes, señala como lugares de residencia anterior más frecuentes las provincias de Corrientes, Chaco y Santa Fe, esta última en sus departamentos del norte. Al indagar, además, si estos lugares pertenecían a áreas rurales o urbanas se observó que, con ligeras diferencias entre sectores, los inmigrantes provenientes de zonas rurales son mayoría en Cer y Pol (54,0% y 58,1% respectivamente) y los de zonas urbanas en C. Gua (53,2%).

Al considerar el número de años vividos en Rosario, se aprecia que la migración de estos jefes de familia se inscribe en distintos movimientos migratorios y que en muchos casos no fueron recientes. Más de la mitad hace 15 años o más que arribaron a esta ciudad en Cer y Pol, y algo menos en C. Gua (46,9%).

En otro nivel de registro, se consideró el tiempo de residencia en el asentamiento actual. Los hallazgos al respecto refieren, en un número considerable, a movimientos poblacionales anteriores a la última década, más marcado en Cerámica (34,3% 15 años o más, y 23,1% entre 10 y 14 años) tiene también su expresión en Pol (27,4% y 17,8% respectivamente) y en C. Gua (23,3% y 19,8%).

Por último, como un indicador de la antigüedad de la migración que indirectamente puede relacionarse con oportunidades para el desarrollo de estrategias de adaptación al medio, se indagó sobre los primeros parientes sanguíneos del principales responsables que migraron a Rosario. En este sentido, la generación de los padres es la que alcanza un peso mayor en Cerámica (35,5%), reforzado por un mayor porcentaje correspondiente a la de los abuelos o anterior (10,4%). En Pol y C. Gua, en cambio, las generaciones anteriores al principal responsable apenas superan el 30%. Es justamente en estos últimos sectores donde el primer migrante más frecuente es el propio principal responsable, solo o junto con su familia (48,6% en Pol y 46,2% en C. Gua frente a 32,3% en Cer).

La indagación referida a los principales responsables se completó con un detalle pormenorizado de su situación laboral, con el propósito últi-

mo, como se mencionó en el capítulo sobre metodología, de arribar a una estratificación de la totalidad de familias con base en la ubicación de estos en el proceso productivo.

Un primer dato refiere a los principales responsables que trabajaban o buscaban trabajo en la fecha de la encuesta (económicamente activos): en Cer 95,5%, algo menos en C. Gua (94,1%) y menos aún (93,2%) en Pol (véase cuadro 5). Estas diferencias no surgen a expensas de distintos niveles de desempleo, que no llega al 5% en los tres casos, problema que se aprecia en su real gravedad si se tiene en cuenta que se trata justamente de los responsables principales del sustento del grupo familiar, en el que con frecuencia el número de personas por miembro ocupado es elevado. En efecto, los hallazgos al respecto muestran realidades graves y con mayores diferencias entre sectores, ya que las familias con cuatro o más miembros por miembro ocupado suman 36,6% en Pol, 38,0% en Cer y aumentan en C. Gua a 46,6%.

Cuadro 5. Grado de ocupación del principal responsable (PR) (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
PR económicamente activo	95,5	93,2	94,1
PR desempleado ^a	4,8	4,6	4,6
PR con trabajo los 12 meses anteriores ^a	77,1	73,8	77,4
PR con jornada habitual menor a 8 horas ^a	23,8	19,4	20,7

^a Porcentaje sobre el total de PR económicamente activos.

Como indicadores más precisos del grado de inserción de los principales responsables en el proceso productivo, se analizaron la continuidad laboral durante el año y la subocupación a través de la duración habitual de la jornada de trabajo y la voluntad de aumentar o cambiar el trabajo actual. Respecto del primero, la peor situación se presenta en Pol donde solo suman el 73,8% los principales responsables económicamente activos que trabajaron durante todo el año anterior a la fecha de captación. De manera similar aunque en menor medida, el problema se repite en los otros dos sectores (en C. Gua con 77,4% y en Cer con 77,1%).

Los que tenían trabajo a la fecha de la encuesta no escaparon, sin

embargo al problema de la subocupación: valorada en términos comparativos con la duración habitual de la jornada de trabajo, se manifiesta con mayor intensidad en Cerámica, con 23,8% de principales responsables que no llegan a realizar una jornada de ocho horas, y alrededor de 20% en los otros dos sectores. Estos hallazgos pueden vincularse con el mayor número de principales responsables que declararon querer aumentar las horas de trabajo, buscar otra ocupación, o ambas cosas (31,2% en Cerámica, 28,7% en Policial, y 26,3% en Cáritas Guadalupe).

La indagación sobre las razones que motivan estas búsquedas, aunque con algunas diferencias entre sectores, revela como fundamentales los bajos salarios, le siguen las malas condiciones de trabajo (en Cerámica) y la búsqueda de estabilidad (en Policial y Cáritas Guadalupe). El resto de las razones, expresadas con cierto grado de diversidad, remiten a causas próximas a las mencionadas.

Por último, merecen señalarse en particular los hallazgos referidos a la cobertura de riesgos sociales proporcionada por el trabajo en relación con su manutención en la vejez y con los problemas de salud de su familia.

Como se observa en el cuadro 6, un escaso 31% de los jefes de familia de Cer y C. Gua cuenta con aportes jubilatorios. Entre ellos, se incluyen con carácter de verdadera excepción los que aportan en forma voluntaria. Este porcentaje se eleva en Pol, aunque ni siquiera alcanza a la mitad (43,2%), también con una mínima contribución de los que hacen aportes voluntarios.

Se aproximan a estas cifras, aunque ligeramente mayores en los tres sectores, las obtenidas en relación con la cobertura de riesgos de salud. También aquí son escasos los aportes voluntarios, que en el mejor de los casos significan aproximadamente 5% (en Cer).

Cuadro 6. Cobertura de riesgos sociales (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Aportes jubilatorios</i>			
en el trabajo del PR	30,6	42,6	30,7
voluntarios del PR	0,2	0,6	0,2
<i>Aportes para cobertura</i>			
<i>de riesgos de salud</i>			
en el trabajo del PR	29,2	46,7	32,8
voluntarios del PR	5,2	1,7	1,9

Surge el interrogante sobre el alcance real de esta cobertura, que además de no cubrir en todos los casos al conjunto del grupo familiar (85,3% en Pol, 74,6% en Cer y 72,5% en C. Gua) seguramente no da respuesta a la totalidad de las necesidades de atención. Es en estos sectores poblacionales más desprotegidos, donde los *tickets* moderadores, coseguros y tarifas adicionales, moneda corriente en el sistema prestador de servicios, operan sin duda como barreras de acceso para su atención médica. Asimismo, los aportes voluntarios para la atención de la salud muy posiblemente se refieren a seguros privados de bajo costo y limitado espectro de atención.

Condiciones materiales de vida

La expresión general de la pobreza en las villas miseria es tema conocido y deja poco margen de duda sobre las condiciones de vida que en ellas se verifican. Sin embargo, dentro de la típica precariedad general, las características estructurales y funcionales de las viviendas que las integran están lejos de ser uniformes (cuadro 7). La descripción minuciosa del material empleado en la construcción de las viviendas, de la provisión de agua y del sistema de eliminación de excretas reveló una relativa mejor situación en el sector correspondiente al centro de salud Cerámica con respecto a los otros dos sectores relacionados con Policial y Cáritas Guadalupe, semejantes entre sí aunque este último está en la peor de las condiciones.

Cuadro 7. Características estructurales de las viviendas (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Familias en viviendas de material precario</i>	91,3	97,7	98,7
sin provisión de agua	13,3	17,8	19,7
con provisión de agua en su interior ^a	27,1	22,4	18,1
sin baño	8,2	8,8	14,8
con baño sin descarga de agua ^b	85,9	95,1	98,2

^a Porcentaje sobre el total de familias con agua.

^b Porcentaje sobre el total de familias con baño.

En efecto, casi la totalidad de las familias en Pol (97,7%) y C. Gua (98,7%) habitan en viviendas construidas con material precario,³² mientras que en Cer esta proporción es algo menor (91,3%). La falta de agua potable, carencia grave con relación a la salud, afecta al 13,3% de Cer, frente a 17,8% y 19,7% en Pol y C. Gua respectivamente. En el límite de la precariedad se encuentran las familias que no disponen de ningún sistema de eliminación de excretas. En la peor situación se encuentran 68 familias de C. Gua (14,8%), 49 de Cer (8,2%) y 47 de Pol (8,8%).

Para su línea de estudios sobre la pobreza en la Argentina el INDEC ha elaborado un indicador que le permite identificar los hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Su construcción, basada en características sociales del grupo familiar y materiales del microambiente, tiene en cuenta la inadecuación o precariedad de la vivienda. Como se mencionara en el capítulo anterior, la definición del INDEC se tomó como base en la búsqueda de un indicador más sensible al contexto de pobreza de los sectores bajo estudio. Efectivamente, en concordancia con lo previsto, prácticamente la totalidad de las familias tiene sus necesidades básicas insatisfechas (95,6% en Cer, 98,7% en Pol y 99,6% en C. Gua).

Uno de los criterios empleados por el INDEC que se descartó, es el nivel de hacinamiento. Por tratarse de familias que habitan en viviendas de asentamientos irregulares, que en su gran mayoría constan de un solo cuarto y excepcionalmente más de dos, el nivel de hacinamiento alude en definitiva al tamaño del grupo familiar (los grupos familiares "hacinados" —con 3 o más habitantes por cuarto utilizado para dormir— totalizan 63,3% en C. Gua y algo menos en Cer y en Pol, 58,0% y 55,0% respectivamente).

Además de estos aspectos estrictamente vinculados con las características estructurales y funcionales de la vivienda, el INDEC considera uno referido a educación, incluyendo en la categoría de hogares con NBI a aquellos en los que por lo menos un niño de 6 a 12 años no concurre a la escuela primaria. Este criterio también fue descartado por tratarse de una situación que si bien está presente en los sectores estudiados es de baja incidencia (la mayor es de 9,3% y se observa en Cer, donde los grupos familiares con niños en esa edad son más numerosos —300—, le sigue C. Gua con 7,9% de 242 grupos familiares, y la menor en Pol, con 6,2% de 260).

Por último, se incluye como medida de un probable ingreso inadecuado la presencia de un jefe con bajo nivel de instrucción en familias con cuatro o más personas por miembro ocupado, que en el estudio suman 16,3% en C. Gua, 11,9% en Cer y 9,9% en Pol. Estas cifras aumentan notablemente según la modificación adoptada en el estudio (principal responsable analfabeto y cuatro personas por miembro ocupado, o más de cuatro personas

³² Se consideró material precario el que es dintinto de bloque, ladrillo, cemento, baldosa, mosaico, etcétera.

por miembro ocupado, cualquiera sea el nivel de instrucción del principal responsable), que enfatiza la carga familiar en un medio donde los niveles generales de instrucción son bajos, y refleja una condición más crítica aún: 27,6% y 28,0% en Cer y Pol respectivamente, siendo extrema en C. Gua, con 37,1% de grupos familiares con ingreso insuficiente.

Por último, el indicador definido que, como se mencionara, tuvo en cuenta, además, la provisión de agua y el sistema de eliminación de excretas, permitió clasificar las familias en dos grupos: de criticidad extrema y moderada, el primero subdividido según el ingreso probable. Se consideró de criticidad extrema habitar en viviendas precarias en las que la provisión del agua está fuera de la vivienda —patio o exterior—, sin baño o con baño sin sistema de descarga de agua. La criticidad moderada refiere en consecuencia a la ausencia de al menos una de estas características. Se estimó un ingreso insuficiente con base en la carga familiar (más de cuatro personas por miembro ocupado) y el nivel de instrucción del principal responsable (analfabeto funcional cuando la carga familiar se reduce a cuatro personas por miembro ocupado) (véase el cuadro 8).

Coherentemente con los hallazgos anteriores, una vez más el sector de Cer es el que cuenta con mayor número de familias en un nivel de criticidad que puede ser considerado moderado (29,4%), Pol se ubica en una posición intermedia (21,2%) y, en el otro extremo, con menos familias en el nivel moderado se encuentra C. Gua (15,8%). Es este último sector el que consistentemente muestra las peores condiciones, hecho que también se refleja al discriminar el grado extremo de criticidad según la estimación de un ingreso insuficiente, que para Cáritas Guadalupe representa el 32,6%, en cambio es de 22,3% y 20,0% en Policial y Cerámica respectivamente.

Cuadro 8. Clasificación de las familias según niveles de criticidad (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Criticidad</i>			
extrema con ingreso insuficiente	20,0	22,3	32,6
extrema sin ingreso insuficiente	49,9	56,1	51,2
moderada	29,4	21,2	15,8
se ignora	0,7	0,4	0,4

Grupos ocupacionales

La operacionalización de los aspectos vinculados con el lugar de inserción laboral del principal responsable permitió obtener a posteriori de la encuesta, como ya se mencionó, una clasificación de este, y por extensión de su familia en grupos ocupacionales, los que sin duda remiten a distintas posibilidades de reproducción social. De estos sectores poblacionales están obviamente ausentes los empleadores, empresarios y profesionales o técnicos. Solo con carácter de excepción se cuentan algunos empleadores, contratistas en la rama de la construcción, con a lo sumo cinco obreros o empleados, entre los cuales es aún más raro que realicen tareas administrativas o predominantemente intelectuales. La forma de inserción más generalizada es la retribuida por sueldo o salario, mientras que los trabajos por cuenta propia (con disponibilidad de medios) tienen un peso equiparable al servicio doméstico y a los de inferior calidad e inestables que comprenden los subproletarios. Este último está en relación directa con la presencia de principales responsables femeninas (véase el cuadro 9).

Más allá de este encuadre general, común a los tres sectores estudiados, se aprecian ciertas diferencias entre familias en términos de la ocupación de sus principales responsables, Pol, con mayor incidencia de principales responsables asalariados (66,8%), registra la menor proporción, 25,0% de ocupados en trabajos precarios (sin cobertura de riesgos sociales); por el contrario, C. Gua se diferencia por el peso del trabajo precario, 36,2%, por encima aún del 28,6% en Cer. En este último sector, la proporción de asalariados, la más baja, representa el 58,3% de los principales responsables.

Cuadro 9. Clasificación de las familias en grupos ocupacionales

	Cerámica		Policial		C. Guadalupe	
	No	%	No	%	No	%
<i>Grupo ocupacional</i>						
Cuenta propia ^a	85	14,3	62	11,6	47	10,2
Asalariado						
calificado no precario	91	15,3	127	23,8	57	12,4
no calificado no precario	86	14,4	96	18,0	79	17,1
precario	170	28,6	133	25,0	167	36,2
Total	347	58,3	356	66,8	303	65,7
Servicio doméstico	61	10,2	55	10,3	27	5,9
Subproletario	88	14,8	39	7,3	72	15,6
Jubilado o pensionado	14	2,4	21	4,0	12	2,6

^a Con disponibilidad de medios de trabajo.

Los asalariados con cobertura social (no precarios) se diferenciaron según la calificación de sus tareas. Al comparar ambos grupos, esta distinción no aportó mayor evidencia sobre una posible relación entre la misma y la precariedad; más aún: los hallazgos parecen presentar un comportamiento errático (cuadro 9).

Con un grado de inserción más débil, el grupo ocupacional del servicio doméstico es pequeño (cercano al 10% en Cer y Pol), y se reduce casi a la mitad en C. Gua. Respecto de ellos, el reconocimiento de la legislación laboral vigente por parte de sus empleadores es una verdadera excepción.

Por último, los grupos de subproletarios, que nuclean trabajadores de escasa calificación, inestables, sin medios de trabajo —changarines—, en suma cuasi-desocupados, así como los de jubilados o pensionados, completan coherentemente el cuadro. Se diferencian en alguna medida las familias destinatarias de las acciones programáticas del centro de salud Pol, que están en una mejor situación relativa respecto de las otras dos. Por un lado, el peso de los trabajadores inestables se reduce en este sector a la mitad (7,3%) y, por otro, el de jubilados o pensionados se eleva casi al doble (4,0%) de los correspondientes en Cer y C. Gua (14,8% y 15,6% subproletarios y 2,4% y 2,6% jubilados respectivamente). Estas últimas cifras se vinculan con el elevado peso del trabajo precario.

Como otra expresión de las grandes dificultades de estos trabajadores de incorporarse al mercado, la información referida a la antigüedad en el empleo se expresa también con algunas diferencias entre las villas. Si bien en los tres sectores es importante la proporción de principales responsables que no llegan a tener un año de antigüedad en su empleo, esta varía entre 32,3% para Pol, aumenta a 40,1% en Cer, y alcanza a la mitad de los asalariados (49,8%) en C. Gua. Complementariamente también en el primer sector, en mayor número cuentan con cinco años o más (33,4% frente a 25,9% en Cer y 20,5% en C. Gua).³³

En un cuadro de precariedad laboral generalizada pierden significación las indagaciones acerca del tipo de relación contractual que los vincula con el empleador. Cabe plantearse la verdadera significación del concepto de relación contractual en este contexto; al respecto, existe un generalizado desconocimiento sobre el tema por parte del principal responsable. Aun así, aunque estuviera sobrevaluado, el porcentaje de principales responsables asalariados que reconocieron tener un trabajo bajo contrato permanente está lejos del cien por ciento en los tres sectores (63,1% en Cer, 71,1% en Pol y 77,6% en C. Gua). Pueden aceptarse como más fidedignas las cifras referidas a suspensiones o reducciones de jornadas en el último año: 9,5% en Cer, 8,1% en Pol y 6,9% en C. Gua.

³³ No aportaron mayor información las indagaciones vinculadas con el tipo de relación contractual que los vincula con el empleador, ni el antecedente de suspensiones o reducciones de jornada ocurridas en el último año.

Por último, como un referente indirecto que puede ser indicativo de las condiciones laborales de los asalariados, se trató de conocer las características del lugar de trabajo. En Pol, 61,5% respondió que trabajaba en un establecimiento o lugar especialmente preparado: 50,4% en Cer y solo 47,2% en C. Gua. Los demás lo hacen en un domicilio (por lo general, en trabajos domésticos o de reparación y mantenimiento) o bien en forma ambulante en la calle.

Este mismo carácter es frecuente entre los trabajadores independientes, quienes, a lo sumo, realizan actividades comerciales en un puesto fijo en la calle; la minoría trabaja en un establecimiento o lugar especialmente preparado. Ello no impide que un número importante realice tareas calificadas como ceramistas, plomeros, mecánicos, etc. Un hecho de relativa frecuencia entre los trabajadores por cuenta propia es contar con la ayuda de algún miembro del grupo familiar.

En resumen, considerando como situación paradigmática la de aquellas familias cuyo principal responsable pertenece al servicio doméstico, a los subproletarios o a los trabajadores precarios, se observan variaciones entre los distintos sectores: Pol está en una situación relativamente mejor respecto de Cer y C. Gua, que en este nivel de análisis podrían considerarse semejantes entre sí, a pesar de contar este último sector con una mayor proporción de trabajadores precarios y menor de principales responsables ocupados en el servicio doméstico.

Como dato diferencial a favor de Pol, puede agregarse una inserción laboral según ramas de actividad en la que tiene un mayor peso relativo la industria y menor la construcción. Este hecho probablemente tenga relación con la ubicación del asentamiento: zona sur del Municipio, próxima a frigoríficos y talleres metalúrgicos de importancia que proveen fuentes de trabajo a sus pobladores.

Cáritas Guadalupe se encuentra en la situación opuesta, con condiciones más críticas que, complementariamente, tienen que ver con un mayor peso relativo de las actividades del sector de la construcción, que compite en importancia con la comercialización de materiales de desperdicio (9,3%), a diferencia de lo que ocurre en Cerámica (2,9%) y en Policial (0,9%) donde esta actividad tiene su mínima expresión.

En definitiva, a las diferencias señaladas en las condiciones familiares de vida, que permiten distinguir estados más y menos críticos dentro de una situación general de "pobreza" se agregan, al menos en cuanto al espectro de posibilidades u opciones de este grupo de población, las que se derivan de una ubicación distinta del principal responsable del sustento familiar en el sistema productivo.

Perfil de los grupos ocupacionales

La estratificación ocupacional obtenida orientó una línea de análisis en el interior de los sectores poblacionales en la búsqueda, en primer lugar,

de características diferenciales entre los grupos definidos; en segundo término, para evaluar en cada uno de ellos el peso relativo de condiciones familiares de vida particulares frente a los niveles críticos de pobreza en que viven. Como una forma de comprobar y destacar con mayor nitidez las diferencias observables se buscó identificar un perfil por grupo a modo de cuadro impresionista de las particularidades de cada uno en función de la gravitación diferencial de los atributos estudiados³⁴ (véase el Anexo).

Los perfiles obtenidos para los grupos ocupacionales en el sector poblacional dependiente del centro de salud Cerámica, más allá de pequeñas diferencias que no se descarta que respondan a la distinta gravitación de los grupos en cada una de las villas estudiadas, se destacan por la consistencia con los correspondientes en los sectores dependientes de Policial y Cáritas Guadalupe. En la población del sector Cerámica no resulta difícil comprobar cierta polarización en los atributos estudiados cuando se consideran los grupos ocupacionales ubicados en los extremos de una escala de inserción laboral. En los niveles intermedios, sin embargo, y para algunos aspectos, las diferencias no se aprecian con igual claridad.

Los grupos familiares de los trabajadores inestables y ocupados en tareas de muy baja calificación se alejan en alguna medida de lo corrientemente generalizado como propio de familias de sectores carenciados. Esto es, principales responsables jóvenes, número elevado de hijos, y aún en etapa de expansión. En este grupo, por el contrario, las familias, en su mayoría, tienen a lo sumo cuatro miembros; están integradas en una frecuencia relativamente más importante por el principal responsable solo o con allegados (parientes no hijos o amigos) y, complementariamente, con una incidencia menor de familias con mujeres en edad reproductiva. También puede señalarse la presencia de principales responsables mujeres en una proporción relativamente baja (10%) pero mayor que en los demás grupos ocupacionales, exceptuado el servicio doméstico donde, por el contrario, los principales responsables hombres son la excepción.

Este último grupo de familias cuyo principal responsable pertenece al servicio doméstico, presenta también una estructura particular que lo aleja de la mayoría, comenzando por la condición femenina de sus principales responsables (97%), que prácticamente puede decirse que define al grupo. Son mujeres de edad algo más avanzada, por lo general a cargo de familias nucleares incompletas, y a veces de familias nucleares completas o extensas.

³⁴ Se definieron dos clases de rasgos que integran el perfil por grupo: rasgo propio es aquel atributo para el que se observó una proporción en el grupo significativamente diferente de la observada globalmente en el sector, distinguiéndose, en consecuencia, por ostentar una proporción mayor o menor que la general; rasgo incipiente es aquel remarcable por su importancia relativa o por no alcanzar significación estadística debido al tamaño reducido del grupo.

Los asalariados precarios, si bien en su mayoría integran grupos familiares no numerosos, presentan rasgos que los aproximan al perfil difundido como prototípico de las familias marginadas. Este perfil se define con toda claridad al considerar los asalariados no precarios, tanto los que realizan tareas calificadas como los que no lo hacen, si bien es entre estos últimos donde adquiere máxima nitidez: principales responsables hombres, muy jóvenes, a cargo de familias nucleares completas numerosas y en etapa de expansión.

Por último, los cuentapropistas —que en una escala de inserción laboral teóricamente se ubican en una posición más ventajosa—, constituyen aquí un agregado de ocupaciones de diversa índole, con disponibilidad de medios de trabajo de muy variada especie y complejidad. El grupo presenta rasgos que lo ubican en una posición intermedia en el contraste señalado entre los asalariados y los que tienen mayores dificultades de inserción laboral (subproletarios y servicio doméstico).

Fuera de la esfera de lo puramente demográfico, comienza a vislumbrarse más claramente en los resultados la polarización mencionada que reubica a los trabajadores por cuenta propia con disponibilidad de medios en un extremo y a aquellos con inserción laboral más débil en el otro.

Las evidencias obtenidas en relación con aspectos negativos del microhábitat así se expresan, mostrando a los cuentapropistas con la proporción más baja de grupos familiares en condiciones de criticidad extrema, cualquiera sea su ingreso (52%), y a los subproletarios con la más alta (89%). Resulta, asimismo, coherente la relativa menor frecuencia (64%) observada entre obreros y empleados calificados con trabajos no precarios. Los grupos restantes, sin embargo, tanto asalariados no precarios con tareas no calificadas, como asalariados precarios y servicio doméstico se ubican en un nivel intermedio sin lograr diferenciarse casi entre sí (72%, 73% y 75%, respectivamente).

En lo que concierne a los aspectos funcionales de la vivienda, también son los cuentapropistas los que, con una proporción de familias numerosas similar a la de los asalariados, registran un nivel de hacinamiento relativamente menor y próximo al de los grupos con mayor peso de grupos menos numerosos.

Con respecto al nivel de instrucción alcanzado por el principal responsable, en cambio, si bien los cuentapropistas cuentan con el menor porcentaje de analfabetos funcionales (28%), solo se diferencian claramente de los subproletarios y el servicio doméstico, con incidencias extremas (44% y 46%, respectivamente). Cabe señalar que es entre las familias con principales responsables ocupados en el servicio doméstico donde se observa una incidencia incipientemente mayor de niños en edad escolar que no concurren a la escuela (18% de los grupos familiares con niños de esa edad, cuando en los otros grupos suman un escaso 10%).

En cuanto al dato del ingreso familiar, fue estimado en forma indirecta

y aproximada a través de la relación entre el número de personas en el grupo familiar y el de miembros con trabajo a la fecha de la encuesta, entendiéndolo como carga familiar cuando esta relación es de cuatro o más por miembro ocupado. Nuevamente los hallazgos privilegian, en términos relativos, a los cuentapropistas, en este caso junto con el servicio doméstico (29% y 26% respectivamente), lo que puede entenderse en función de la condición femenina de estos últimos principales responsables y de la particular composición familiar de los grupos familiares a su cargo, que podrían vincularse con una mayor distribución de la responsabilidad del sustento familiar. En oposición, se destacan en términos desfavorables los asalariados precarios (50%) y los subproletarios (47%), respecto de los cuales este dato remite sin duda a condiciones extremadamente graves, dadas las frecuencias observadas de grupos familiares menos numerosos.

Por último, se consideraron algunos indicadores que refieren al nivel de ocupación, los que permiten señalar nuevas diferencias entre grupos: la mayor proporción de principales responsables con trabajo a la fecha de la encuesta (82%) corresponde a los subproletarios, los demás, con algunas diferencias, superan el 90%, siendo el hecho más remarcable que ninguno alcanza el 100%; las diferencias se acentúan al considerar la duración de la jornada de trabajo, que para la gran mayoría de los asalariados y cuentapropistas habitualmente es de 8 horas y más. En el otro extremo se ubican el servicio doméstico y los subproletarios con un acentuado subempleo (28% y 42% respectivamente). Sin embargo, esta relación no se mantiene cuando se tiene en cuenta la continuidad en el trabajo como expresión de la estabilidad. En este aspecto, y por única vez, los trabajadores por cuenta propia con disponibilidad de medios están en la posición más desventajosa (63% había trabajado los 12 meses anteriores a la encuesta) por debajo de los subproletarios y asalariados precarios (73% y 70% respectivamente). Los perfiles de los grupos ocupacionales de los sectores Policial y Cáritas Guadalupe poco agregan a los obtenidos para Cerámica.

Puede señalarse que las características demográficas presentadas como propias del grupo de subproletarios cobran mayor peso aún, mereciendo destacarse, por ejemplo, una mayor presencia de principales responsables mujeres y de más edad, particularmente en Pol.

La criticidad extrema de las condiciones materiales del microhábitat afectan también en una relativa menor medida a los cuentapropistas en Pol (66%), que logran diferenciarse de los grupos restantes, el servicio doméstico el más próximo (75%) y los precarios (85%) y subproletarios (87%) los más lejanos. En C. Gua, con las mayores incidencias de familias en estas condiciones, la oposición de los cuentapropistas (70%) frente a los subproletarios, en la peor situación (96%), se mantiene, si bien se agregan aquí los asalariados calificados no precarios (72%).

En este último sector, también es mayor el número de familias con carga familiar, incluidos los trabajadores por cuenta propia, que alcanza

niveles máximos entre los subproletarios y asalariados no calificados no precarios (55% y 59% respectivamente), y mínimo en el servicio doméstico (22%). En Pol, en cambio, tanto los cuentapropistas como los no precarios presentan cifras menores, próximos los primeros al servicio doméstico (24%, 37% y 20% respectivamente) y alejados de los subproletarios (46%) en una relación semejante a la de Cer.

Para finalizar, merecen un comentario aparte los antecedentes migratorios de los principales responsables, no incluidos en los perfiles anteriores en función de que ser migrante es una condición general y dominante que no presenta diferencias en la estratificación en grupos ocupacionales. Lo mismo ocurre en relación con características particulares de dicha migración, como son la zona de procedencia, la antigüedad en el sector, los primeros familiares que arribaron al sector, etc., variables que en su mayoría no se verificaron significativamente asociadas con la pertenencia a un grupo ocupacional (véase el Anexo).

Con carácter de excepción pueden mencionarse algunas diferencias particulares, como ocurre, por ejemplo, con los obreros y empleados calificados no precarios (en Cer y en Pol), que tienen una proporción mayor de migrantes provenientes de zonas rurales (67% y 66% respectivamente). Es asimismo en estos grupos donde se registra la menor proporción de principales responsables que llegaron a Rosario hace 15 años y más, en contraste con la amplia mayoría de los trabajadores por cuenta propia (74% en Cer y 70% en Pol). Asimismo, los traslados por trabajo, tanto del principal responsable como de su familia, efectuados en los últimos dos años, con escasa incidencia en la villa, son algo más frecuentes entre los trabajadores precarios.

La información recogida constituye una aproximación global al tema migratorio y no se descarta que estudios más exhaustivos de esta problemática, teniendo en cuenta otros componentes como la edad y el momento en que se produjo la migración a Rosario, pudieran contribuir a señalar diferencias entre grupos.

Criticidad extrema

Los perfiles anteriores permiten mostrar que si se toman los grupos ocupacionales contruidos a modo de escala de inserción laboral, estos grupos se corresponden con una suerte de estratificación en términos sociodemográficos. Son justamente los aspectos que pueden estar más estrechamente vinculados con las estrategias familiares de vida, como la configuración del grupo familiar, su extensión y momento evolutivo, los que muestran con más claridad diferencias a medida que se recorren los distintos niveles ocupacionales.

Se destaca la polarización visualizada en los aspectos básicos, estructurales y funcionales de la vivienda, integrados en el denominado nivel de criticidad. A pesar de las condiciones generales de precariedad en los

asentamientos irregulares, parece factible distinguir situaciones particulares que se relacionan con las posibilidades de acceder a diferentes niveles de ingreso, medidos aquí indirectamente por la inserción laboral del responsable del sustento familiar y por el lugar que en este ingreso ocupa la vivienda, ligado con la concepción que el grupo familiar tenga de ella.

Frente a tales niveles de criticidad del microambiente en que habitan las familias, que hablan de una carencia límite, resulta difícil imaginar que puedan ser mediatizadas por determinadas condiciones o estrategias de vida, entendidas estas como opciones que en el nivel particular puedan llegar a modificar en alguna medida esta expresión de pobreza extrema.

En esta línea de análisis, se propusieron preguntas que, teniendo en cuenta el grupo ocupacional, permitieran identificar factores modificadores del riesgo de criticidad extrema. Para ello, se elaboraron cuadros de contingencia múltiples considerando simultáneamente el dato sobre la inserción laboral, el nivel de criticidad y otras características estudiadas. Se recurrió a la aplicación de técnicas estadísticas multivariadas adecuadas para identificar y evaluar relaciones entre variables categóricas (modelos log-lineales). Estas técnicas proveen modelos que reflejan el patrón de asociaciones significativas entre las variables.³⁵

Con este enfoque analítico, y a sabiendas de que los indicadores utilizados son en definitiva aproximaciones a las dimensiones que se intenta medir, y que en su cuantificación toman en cuenta solo una parcialidad, se pretende alcanzar un nivel de generalización que posibilite nuevos planteos teóricos, al margen de ciertos hallazgos puntuales que en su particularidad algunas veces no fácilmente interpretable, justificarían un estudio en profundidad con abordajes metodológicos que permitan superar esta dificultad.

Se plantearon numerosas búsquedas, que, en su amplia mayoría, mostraron que los niveles de criticidad no se ven afectados por los atributos estudiados. Ello ocurre, por ejemplo, con el indicador de la carga familiar, definido a partir de la relación entre el número de miembros del grupo familiar y de aquellos que trabajan. En niveles de pobreza extrema, con bajos ingresos, el hecho de contar con otros miembros que alivien la carga familiar del principal responsable difícilmente puede llegar a traducirse en cambios en la vivienda.

Asimismo, el tamaño del grupo familiar, interpretado como una estrategia familiar de supervivencia que identifica un mayor tamaño con más posibilidad de aumentar la fuerza de trabajo o, en el opuesto, menor

³⁵ En razón del número de casos, se consideraron, salvo excepción, solo tres variables simultáneamente para la confección de los cuadros de contingencia: grupo ocupacional, nivel de criticidad y una tercera (véase el Anexo).

tamaño, menor carga, cuando la familia es nuclear en etapa de expansión no se verificó que estuviera significativamente relacionado (salvo en Cer).

Planteado el interrogante de si la presencia de un principal responsable femenino puede plasmarse en mejores condiciones del microhábitat, no se obtuvieron evidencias empíricas que permitieran corroborar que este fuera un factor mediatizador, pese a que el grupo de principales responsables con trabajo en el servicio doméstico, que en forma casi exclusiva se nutre de mujeres, no se diferencia particularmente por un mayor número de grupos familiares en condiciones de criticidad extrema.

También se descartan como factores explicativos, entre otros, la condición migratoria del principal responsable, el tiempo de residencia en el sector y, para los que no siempre vivieron en Rosario, la zona de procedencia. El tiempo de residencia en esta ciudad es una excepción, solo que restringida al sector de Cer (con menos posibilidad de ser críticos aquellos que arribaron a Rosario hace 15 años o más).

El nivel de escolaridad del principal responsable, en cambio, se rescata como posible variable mediadora que actúa modificando el riesgo de habitar en condiciones de criticidad extrema tanto en Cer como en C. Gua.³⁶ Al respecto, surgen interrogantes acerca de la posibilidad de otros factores asociados que contribuyan a explicar estas mediaciones, entre ellos, si el sexo del principal responsable puede condicionar el efecto modificador del nivel de escolaridad frente a condiciones de carencia extrema, o el antecedente de haber vivido o no siempre en Rosario. Sin embargo, las evidencias obtenidas no resultaron suficientes como para pensar que así es. Estas indagaciones abrieron una línea secundaria de análisis a través de planteos vinculados con el nivel de escolaridad alcanzado por el principal responsable en los distintos grupos ocupacionales, sin tener en cuenta, en razón de la casuística, el nivel de criticidad. La verificación de asociaciones significativas fue escasa, rescatándose algunas como la comprobada entre escolaridad y condición migratoria (en el sector Policial) y escolaridad y tamaño del grupo familiar (en Cerámica).

El hallazgo principal de estos análisis, observando sucesivamente y en forma simultánea la inserción laboral del principal responsable, el nivel de criticidad de la vivienda y una característica sociodemográfica del grupo familiar u otra condición material de vida, es la persistente asociación entre los dos primeros, el grupo ocupacional y el nivel de criticidad.³⁷

³⁶ Se estima que los principales responsables analfabetos funcionales tienen una posibilidad 1.5 veces mayor de vivir en condiciones de criticidad extrema en Cer y 2.7 veces en C. Gua.

³⁷ El modelo log-lineal de ajuste en cada una de las numerosas tablas de contingencia formuladas incluye la interacción grupo ocupacional-nivel de criticidad. La sola excepción se presenta en Pol al considerar dichas variables juntamente con el tamaño del grupo familiar o con el sexo del principal responsable. En ambos casos, se rechaza la significación de dicha interacción con probabilidad igual al nivel de significación (0,05).

Estas indagaciones también permiten visualizar en términos relativos la mayor o menor vulnerabilidad de las familias de los distintos grupos a la posibilidad de habitar en condiciones de criticidad extrema, como se ilustra en el diagrama (véase pág. 67).

En efecto, en relación con las condiciones materiales del microhábitat en Cerámica, las diferencias entre subproletarios y cuentapropistas son muy marcadas, estimándose que los trabajadores inestables tienen una posibilidad 7.2 veces mayor que los cuentapropistas de vivir en condiciones de criticidad extrema. Los otros grupos, sin una clara diferenciación entre sí, figuran en una posición intermedia (con posibilidades desde 2.4 veces mayor que los cuentapropistas para los asalariados no calificados no precarios, 2.5 para los precarios y 2.9 para el servicio doméstico). Solo se diferencian en menor grado los obreros y empleados calificados no precarios, con una posibilidad 1.6 veces mayor.³⁸

Los trabajadores inestables en este sector también contrastan con los que les son próximos según su inserción laboral, asalariados precarios y servicio doméstico, dada su mayor posibilidad de vivir en condiciones de criticidad extrema (2.5 veces mayor que el servicio doméstico y 2.8 que los asalariados precarios).

Esta estratificación en función de los niveles de criticidad se mantiene en líneas generales tanto en Cáritas Guadalupe como en Policial. Como particularidades, pueden señalarse la diferencia entre subproletarios y cuentapropistas, que siendo aún mayor en Cáritas Guadalupe, se acorta sensiblemente en Policial. En este sector aparece el servicio doméstico en una mejor posición relativa, que lo aparta de los que tienen una inserción laboral débil.

Necesidades y conductas de la población frente a los problemas de salud

Se presentan a continuación los resultados obtenidos en relación con los problemas de salud que el programa ha definido como prioritarios para su atención y control: embarazos, partos y puerperios; salud infantil, desnutrición, IRA y diarreas; TBC e hipertensión en adultos.

Salud perinatal

Los aspectos vinculados con la atención del embarazo, el parto y el puerperio, incluidos en el subprograma de salud perinatal, se refieren a los ocurridos en el último año anterior a la fecha de la encuesta. Dadas

³⁸ Las estimaciones presentadas corresponden al modelo elegido para la tabla de contingencia que incluye el indicador del analfabetismo funcional.

Asociación entre grupo ocupacional y criticidad***Cerámica**

CPM	CNP	NCNP	P	SD	S
	1.6	2.4	2.5	2.9	7.2
		1.5	1.6	1.7	4.4
			1.1	1.2	3.0
				1.1	2.8
					2.5

Cáritas Guadalupe

CPM	CNP	NCNP	SD	P	S
	1.1	1.8	2.4	2.9	9.8
		1.7	2.2	2.7	9.0
			1.3	1.6	5.4
				1.2	4.0
					3.3

Policial

CPM	SD	NCNP	CNP	P	S
	1.5	1.8	2.3	2.8	3.1
		1.2	1.5	1.9	2.1
			1.3	1.6	1.7
				1.2	1.3
					1.1

* Medida a través de las razones de odds: criticidad extrema frente a no extrema de cada grupo ocupacional frente a otro (el primero a la izquierda) distinto en cada línea del diagrama estimadas según el modelo log-lineal que incluye las interacciones grupo ocupacional-criticidad y grupo ocupacional-escolaridad para Policial, y las interacciones grupo ocupacional-criticidad y criticidad-escolaridad para Cerámica y Cáritas Guadalupe.

Nota: CPM: cuenta propia con disponibilidad de medios.

CNP: asalariado calificado no precario.

NCNP: asalariado no calificado no precario.

SD: servicio doméstico.

P: asalariado precario.

S: subproletario.

las características demográficas descriptas, no sorprende que estos sectores poblacionales con un fuerte predominio de grupos etáreos jóvenes también registren valores altos en términos de fecundidad (cuadro 10). Este hecho se manifiesta con mayor fuerza en C. Gua, donde la relación es de 40.4 embarazos por cada cien mujeres en edad reproductiva.³⁹ En Cer y Pol, en cambio, con un número mayor de mujeres en esa edad los embarazos son menos y, en consecuencia, las tasas son más bajas: 29.3 embarazos por cada cien mujeres en el primero y 26.8 en el segundo.

Cuadro 10. Salud perinatal: embarazos, partos y puerperios

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Mujeres en edad reproductiva	574	546	444
Embarazos en el último año	169	147	180
Partos en el último año ^a	113	91	117
Relación núm. embarazos por cien mujeres en edad reproductiva	29,3	26,8	40,4

^a Incluye defunciones fetales: 8 en Cer, 9 en Pol y 9 en C. Gua (muy posiblemente estas cifras no reflejan en forma cabal la realidad a raíz de la conocida reticencia a declarar los abortos provocados).

El análisis realizado se planteó en términos del número de eventos (embarazo, parto) y no de individuos sometidos a esta experiencia. No obstante, los hallazgos según ambos enfoques no difieren prácticamente en función de la escasa frecuencia de mujeres con más de un evento en el período fijado. La meta programática establece una cobertura del 100% de las embarazadas. Esta meta no se logró en ninguno de los sectores elegidos en el período estudiado, a punto tal que la proporción de embarazos no controlados varía entre algo más del 10%, en Cer y Pol, y 17,2% en C. Gua (cuadro 11).

Desde otra perspectiva, cuando se evalúa el papel del centro de salud en el control de los embarazos, la relativa ineficacia del subprograma se muestra con mayor crudeza. Incluso con la menor exigencia, contabilizando los embarazos con al menos un control, la meta programática que-

³⁹ Mujeres de 15 a 49 años y menores con embarazo en el último año (2 en Cer, 2 en Pol y 1 en C. Gua). Los embarazos incluyen los de 5 mujeres embarazadas a la fecha de la encuesta, que declararon el antecedente de parto o defunción fetal en este período en Cer, 4 en Pol y 6 en C. Gua.

da reducida a la mitad en el mejor de los casos (50,9% en Cer), alcanza apenas al 16,3% en Pol y 20,6% en C. Gua.

Cuadro 11. Cobertura de atención en salud perinatal: embarazos (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Embarazos no controlados	11,2	12,2	17,2
Embarazos con al menos un control en el centro de salud ^a	50,9	16,3	20,6
Embarazos con al menos un control en otro servicio público ^b	34,0	59,7	62,4

^a Porcentaje sobre el total de embarazos.

^b Porcentaje sobre el total de embarazos con al menos un control.

Como dato adicional, con la misma medida resulta interesante observar que, los embarazos con al menos un control, pero ninguno en el centro de salud respectivo, son en su mayoría captados por otros efectores del sector público para su atención. En Cer compite con el hospital base otro cercano y de dependencia municipal, el Hospital Alberdi. También los sectores correspondientes a Pol y C. Gua concurren en mayor número a hospitales municipales: Roque Sáenz Peña para el primero y Maternidad Martín en el último caso.

Sin embargo, cuando se evalúa el nivel alcanzado en la atención del parto por el hospital base del área respectiva (cuadro 12), los hallazgos muestran una realidad diferente: tanto en el sector Cer del área I, con el mayor porcentaje de partos atendidos en el Hospital Escuela "Eva Perón" de Granadero Baigorria (68,1%), como en el de C. Gua del área II en el Hospital Centenario (48,7%) se aprecia una captación, si no óptima, mayor, lo que no ocurre en Pol, con una mínima proporción de partos atendidos en el Hospital Provincial (9,9%). En este sector, al igual que para el control del embarazo, la mayor proporción, el 69,2% de los partos fueron atendidos en otros efectores públicos, entre los que se destaca el Hospital Roque Sáenz Peña, más accesible en términos de distancia, y que cuenta con una maternidad de larga tradición en la ciudad.

Si por los hechos reflejados en el cuadro 11 llamaba la atención la proporción de embarazos no controlados en el centro de salud, mayor relevancia aún adquieren las cifras correspondientes a la falta de control del puerperio: cercano al 25% de los partos en Cer y Pol, casi se duplica en C. Gua: 43,6% (cuadro 12).

Cuadro 12. Cobertura de atención perinatal: partos y puerperios (%)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Partos atendidos en el hospital base	68,1	9,9	48,7
Partos atendidos en otro efector público	18,6	69,2	39,3
Puerperios no controlados	24,8	24,2	43,6
Puerperios con al menos un control en el centro de salud ^a	32,7	17,6	5,1
Puerperios con al menos un control en el hospital base ^b	25,9	1,5	47,5

^a Porcentaje sobre el total de puerperios.

^b Porcentaje sobre el total de puerperios con al menos un control .

Es justamente en este último sector donde, además, solo 5,1% de los puerperios fueron controlados al menos una vez en el centro periférico. Los otros dos sectores, aunque están en una situación relativamente mejor, tampoco se destacan: en Pol, suman el 17,6%, y en Cer se elevan al 32,7%. Al analizar en forma similar el papel del hospital base, nuevamente surge el caso particular del área III, en la que solo el 1,5% de los puerperios con al menos un control lo hicieron en el Hospital Provincial, en tanto que para el área C. Gua —Centenario— llegó al 47,5%, situación que se repite, aunque en menor medida, en el área I (25,9%).

Independientemente de las diferencias entre áreas, resalta la falta de articulación entre niveles. Por un lado, pareciera lógico concluir que en el área III la razón de proximidad geográfica explica la atención del parto en la maternidad de un hospital que no solo no es el de referencia fijado por el programa, sino que, además, no pertenece a la administración provincial. Por otro lado, y aunque no se han establecido las isócronas correspondientes, esta lógica no se cumple de igual manera para el hospital de Granadero Baigorria, que incluso está fuera del municipio. Otras deben ser las razones que inducen a la población a concurrir a determinados servicios para la atención del parto, probablemente ligadas a experiencias familiares, referencias sobre la calidad de la atención, etcétera.

Un dato ligado a la importancia de la relación médico-paciente que en general no se toma en cuenta en el momento de la planificación, es

el de la continuidad de la atención del embarazo y el parto por un mismo obstetra. Para ello, tendrían que haberse considerado mecanismos particulares de derivación y organizado la atención de los profesionales en ambos lugares, centro de salud y hospital, propuesta aparentemente sencilla pero llena de dificultades en el momento de ponerla en práctica, dada la renuencia de los médicos del hospital a atender en los centros periféricos.

Salud infantil

Control de salud del niño menor de dos años. El subprograma de salud infantil es el que alcanzó mayor desarrollo, en parte debido a que la atención del niño es el área que tradicionalmente se privilegia en el momento de fijar prioridades. No obstante, tampoco las cifras obtenidas al respecto pueden considerarse satisfactorias a la luz de las metas programáticas.

Un primer aspecto a considerar es la incidencia de niños con bajo peso al nacer (5 en Cer, 6 en Pol y 12 en C. Gua) que, en relación con el número de nacidos vivos, es de 47,6 por cada mil nacidos vivos en Cer. En Pol esta cifra se eleva a 73,2 y en C. Gua a 111,1, y constituye otra expresión de las condiciones particularmente críticas observadas en este último sector (cuadro 13).

Cuadro 13. Niños con bajo peso al nacer

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Niños</i>			
Nacidos vivos en el último año	105	82	108
Con bajo peso al nacer	5	6	12
Relación con bajo peso al nacer/mil nacidos vivos	47,6	73,2	111,1

Sin embargo, no se aprecian diferencias en la conducta de las poblaciones estudiadas frente al centro de salud del niño menor de dos años, y en los tres casos se registra una muy escasa frecuencia de niños que nunca realizaron controles de salud: solo 3 niños en Cer, 6 en Pol y 5 en C. Gua (cuadro 14).

Los niños que fueron controlados al menos una vez, si bien reflejan una concurrencia al centro de salud que supera holgadamente la de las madres para la atención del embarazo, no permiten evaluar de forma satisfactoria

Cuadro 14. Control de salud del menor de 2 años

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Niños</i>			
Menores de 2 años	185	160	199
Nunca controlados	3	6	5
Controlados en el centro de salud ^a (al menos una vez)	72,4	68,1	58,3
Controlados por última vez en el centro de salud según normas ^b	64,6	65,1	53,4
Controlados por última vez en otro servicio público ^b	19,2	16,9	32,0

^a Porcentaje sobre el total de niños menores de dos años.

^b Porcentaje sobre el total de niños con al menos un control de salud.

el subprograma (lejos del 100% en los tres sectores: 72,4% en Cer, 68,1% en Pol y 58,3% en C. Gua), hecho que se agrava al considerar una medida más ajustada de la captación por parte del programa tomando en cuenta si el control se realizó dentro de la normativa por edad. Preguntado el lugar y tiempo del último control, este solo se hizo en el centro de salud y en el plazo según la norma en aproximadamente 65% de los niños menores de dos años en los dos primeros sectores y en el 53,4% en C. Gua.

También cabe señalar que los niños no captados por el centro de salud, con al menos un control, concurren en su mayoría a hospitales del sector público. Tanto en el área I como en la II, los niños fueron asistidos predominantemente en el hospital base, si bien en el primer caso este rivaliza con uno de dependencia municipal⁴⁰ (Alberdi). En el área III (Pol), en cambio, una vez más se destaca la mayor concurrencia al citado Hospital Roque Sáenz Peña, también municipal y, por lo tanto, ajeno al programa.

Si bien este es el componente con más antecedente en la salud pública provincial y que ha alcanzado mayor difusión y presencia normativa en la

⁴⁰ En 1986, se inició un programa de integración docente-asistencial entre la Secretaría de Salud del Municipio de Rosario, la Universidad Nacional de Rosario y el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia con apoyo financiero de la Fundación Kellogg, que tomó el Área I como etapa experimental incorporando los servicios municipales al programa de APS provincial.

atención primaria de salud rural desde la década del setenta, no tiene, de acuerdo con los resultados y contrariamente a lo esperable, un nivel de cobertura satisfactorio. En consecuencia, es cuestionable la lógica de establecer para cada centro de salud metas del 100% en un área urbana que tiene una oferta tan amplia de servicios de pediatría, conclusión abonada por el dato de que en una población de 544 niños menores de dos años solo 14 no habían recibido ningún control de salud posterior al nacimiento. Por otro lado, queda claro que, a pesar de los esfuerzos de descentralización de la consulta en el nivel periférico, un porcentaje importante continúa concurriendo directamente al hospital público en demanda de atención.

Infecciones respiratorias agudas (IRA), diarreas y hospitalizaciones. Tanto las IRA como las diarreas en el niño menor de seis años constituyen las principales causas de morbilidad en los sectores destinatarios del programa y su atención normatizada es prioritaria.

En razón del esquema de captación realizado (episodios sufridos en el mes anterior según referencia de la madre o adulto a cargo del niño), los hallazgos obtenidos podrían estar afectados por diferencias en la percepción y atención prestada al problema así como por su variación estacional. En este sentido, se debe recordar que el trabajo de campo se inició a fines de la primavera y terminó a fines del verano y, que por lo tanto, era de esperar una mayor incidencia de diarreas en relación a las IRA. Sin embargo, las IRA fueron más frecuentes en los sectores de las tres áreas encuestadas (cuadros 15 y 16).

Con respecto a las IRA, hubo variantes entre sectores: Pol tuvo una incidencia inferior (26.8 afectados por cada cien niños menores de seis años) a las de Cer y C. Gua, que mostraron cifras muy similares (36,5% y 37,3% respectivamente; véase el cuadro 15).

Merecen en cambio atención especial las cifras según grupos de edad, que muestran como hecho destacable que aproximadamente 45 de cada cien niños menores de un año sufrieron algún episodio de IRA en las tres poblaciones estudiadas, incidencia que en Cer y C. Gua es mayor aún para los niños de solo un año de edad (53,7% y 48,4% respectivamente) y menor para los de dos y más (36,5% y 37,3% respectivamente).

Es alarmante comprobar que, en el mejor de los casos, el sector correspondiente a Cer —14,1% de los niños afectados— no concurrió a un servicio para su atención, porcentaje que aumenta en Pol (19,4%) y en C. Gua (25,8%). La ausencia de atención se agudiza a partir de los dos años en los tres sectores, si bien en C. Gua se evidencia más precozmente, desde el año de edad. También en este caso, es débil la captación del centro de salud, si bien otra vez Cer se destaca en una mejor situación relativa con 59,6%, alejado del 64,5% en Pol y 37,9% en C. Gua. Como dato adicional, cabe mencionar que entre 25% y 35% de los niños afectados fueron atendidos en otro servicio público, en mayor número en el hospital

Cuadro 15. Niños con episodios de IRA

	Cerámica		Policia		C. Guadalupe	
	Núm.	c/cien	Núm.	c/cien	Núm.	c/cien
<i>Edad en años</i>						
menos de 1	47	45,6	33	43,4	45	42,5
1 a menos de 2	44	53,7	19	22,6	45	48,4
2 a menos de 6	122	30,7	77	24,0	100	32,2
Total	213	36,5	129	26,8	190	37,3
<i>Niños que recibieron atención</i>						
<i>Edad en años</i>						
menos de 1	41		31		38	
1 a menos de 2	40		16		30	
2 a menos de 6	102		55		73	
Total	183	85,9 ^a	102	79,1 ^a	141	74,2 ^a
Niños atendidos en el centro de salud ^a		59,6		46,5		37,9
niños atendidos en otro servicio público ^b		24,0		25,5		35,2

^a Porcentaje sobre el total de niños con IRA en el último mes.

^b Porcentaje sobre el total de niños que fueron atendidos.

base solo los de C. Gua, compitiendo con él el Hospital Roque Sáenz Peña en Pol, y superándolo en Cer el Alberdi.

En relación con la ocurrencia de diarreas durante el mes anterior a la encuesta, con cifras menores que para las IRA en igual período en los tres sectores (entre 11 y 14 de cada cien), tampoco resulta lícita una comparación directa entre los sectores debido a la posible variación estacional entre fines de primavera y verano (cuadro 16). Son los niños más pequeños los que registran las mayores incidencias, en particular entre los de un año, en una relación cercana a 20% en Cer y a 30% en Pol y C. Gua.

Aproximadamente el 80% de los casos en los tres sectores solicitó atención, sin diferencias remarcables por grupos de edad, con menor ausencia de control entre los menores de dos años en Cer y Pol. Sin

Cuadro 16. Niños con episodios de diarrea

	Cerámica		Policial		C. Guadalupe	
	Núm.	c/cien	Núm.	c/cien	Núm.	c/cien
<i>Edad en años</i>						
menores de 1	15	14,6	16	21,1	17	16,0
1 a menos de 2	17	20,7	25	29,8	29	31,2
2 a menos de 6	34	8,5	30	9,3	29	9,3
Total	66	11,3	71	14,8	75	14,7
<i>Niños que fueron atendidos</i>						
<i>Edad en años</i>						
menores de 1	13		16		14	
1 a menos de 2	16		20		22	
2 a menos de 6	24		23		24	
Total	53	80,3 ^a	59	83,1 ^a	60	80,0 ^a
Niños atendidos en el centro de salud ^a		59,1		62,0		38,7
Niños atendidos en otro servicio público ^b		22,6		20,3		41,7

^a Porcentaje sobre el total de niños con diarrea en el último mes.

^b Porcentaje sobre el total de niños que fueron atendidos.

embargo, no todas estas consultas fueron efectuadas en los respectivos centros periféricos. Cer y Pol absorbieron cerca del 60% de los niños afectados. En C. Gua este porcentaje se reduce a 38,7% en clara evidencia de una menor relación entre la población y los agentes del programa.

Los niños no captados por el centro de salud acudieron a otros efectores públicos en una proporción semejante a la señalada en relación con las IRA, compitiendo en este caso con el hospital de referencia el Roque Sáenz Peña y el de Niños Víctor J. Vilela en Pol, y el de Niños Zona Norte en C. Gua, desagregándose en distintos servicios en Cer.

El antecedente de hospitalización (en el año anterior a la encuesta), incluido como eje problemático en el estudio, completa, desde otra

perspectiva, este registro del accionar programático en el área de atención del niño. Los niños hospitalizados en dicho período, si bien en escaso número en los tres sectores (41 en Cer, 38 en Pol y 45 en C. Gua), reafirman lo observado en relación con el lugar de atención del parto, con una particularmente escasa participación del hospital de referencia en el área III (34,2%). Los otros dos centros hospitalarios, si bien con una proporción mayor (53,7% y 55,6%), tampoco se encuadran dentro de la normativa. Las internaciones que no respondieron a la norma tuvieron lugar en mayor número en otros efectores públicos en Pol (50,0%) y en C. Gua (49,0%), poniendo en evidencia el peso del Hospital de Niños Víctor J. Vilela, particularmente en este último sector. En Cer, con un número menor de niños hospitalizados en otro servicio público (26,8%) presenta un espectro más amplio de opciones por parte de la población.

De modo coincidente con lo observado empíricamente en la consulta ambulatoria, la infección respiratoria aguda se ha convertido en la causa de morbilidad más frecuente en niños, quedando la diarrea en segundo lugar, con una incidencia menor. También aquí se confirma la menor frecuencia de ambas patologías a partir de los dos años, reducción más marcada aún en diarrea e independiente del momento estacional.

Si bien es cierto que ante un episodio de enfermedad es cuando las madres no dejan de consultar al médico, los centros de salud estudiados están lejos de constituir el centro de referencia lógico para la población de su área programática. Cer, el más desarrollado, no alcanza al 60% de los niños con IRA o diarrea, y por otro lado C. Gua, cuyo sector en muchos aspectos mostró peores condiciones, atendió a menos del 40% de los niños que presentaron estos problemas.

Al igual que para el control de salud, los niños que no concurren al centro de salud correspondiente al programa lo hacen a otros efectores públicos, especialmente hospitales, lo que pone en tela de juicio la eficacia de las actuales formas de relación entre la población y los agentes de salud, incluido aquí todo el grupo técnico. Por otra parte, cuando el problema requiere internación, tampoco son los hospitales base los que concentran la atención de su área, hecho que demuestra la escasa influencia del programa en las preferencias de la población.

Desnutrición. El cuadro presentado sobre las condiciones de vida de las villas es suficiente como para que sin otra información pueda identificarse a los niños residentes en ellas como subpoblación de alto riesgo, particularmente en relación con la desnutrición.

Su evaluación, limitada a los menores de seis años, supuso dos registros: uno basado en el interrogatorio a la persona a cargo del niño, generalmente la madre, acerca de diagnósticos previos de desnutrición; el otro consistió en la valoración antropométrica de los niños para su diagnóstico actual, a falta de normativa, según los métodos corrientemente

utilizados por los profesionales del centro de salud Cerámica, salvo para los niños mayores de dos años, por haberse utilizado instrumental portátil. Se definió como niño desnutrido todo aquel cuyas mediciones fueran menores o iguales al percentil 10 de los respectivos gráficos:

- niños menores de 1 año con bajo peso al nacer: tabla de crecimiento posnatal (CLAP-OPS/OMS), caso contrario, tabla de Gómez modificada (el dato del peso al nacer se obtuvo mediante la revisión de las respectivas historias clínicas en los servicios donde tuvo lugar el parto);
- niños de 1 año, según al menos uno de los métodos propuestos: peso por edad y sexo, peso por talla, tablas de Cusminsky, M. *et al.*;
- niños de 2 años y más: perímetro braquial por edad y sexo, tablas de Cusminsky, M. *et al.* (este método, por su sensibilidad, implica una sobrevaloración del número de desnutridos).

La situación de desnutrición de acuerdo con los antecedentes registrados⁴¹ presenta marcadas diferencias entre sectores, lo que plantea como primer interrogante cuál es el real alcance y eficacia del control de salud de los niños en los distintos sectores destinatarios de las acciones programáticas (cuadro 17).

En efecto, no deja de ser sorprendente que en Cer se registren 170 niños con este antecedente, cantidad que se reduce a 86 en Pol y a 45 en C. Gua, con la consecuente diferencia en las respectivas tasas: 29,2; 19,9 y 9,4 casos por cada cien niños menores de 6 años. Una condición común, en cambio, es la escasa o nula diferencia en las cifras al discriminar los niños según sexo. Al agruparlos según edad, se aprecia una prevalencia mayor en Cer en los grupos de 1 año (32,9%) y de 2 años y más (33,4%) que casi no difieren entre sí. En C. Gua y Pol la diferencia se da en el grupo de niños de un año de edad (25,8 y 11,9 respectivamente).

Como una manera indirecta de visualizar el papel del centro de salud, por tratarse de diagnósticos previos de distinta data, se presentan las proporciones de niños cuyo último control de salud fue realizado en su respectivo centro. También las cifras referidas al sector Cer parecerían mostrar una realidad diferente y de mayor cobertura (más del 90% y sin diferencias por sexo), que en los otros dos sectores (poco más del 60%, con mayor peso de varones controlados). Un dato adicional que corrobora el sentido de esta información, es que cerca del 80% de estas consultas tuvo lugar en los centros de referencia en un lapso menor de 2 meses antes de la fecha de la encuesta tanto en Cer como en C. Gua y algo menos del 65% en Pol (manteniéndose una escasa diferencia por sexo solo en este último caso).

La valoración antropométrica de todos los niños menores de seis años

⁴¹ No se obtuvo el dato para 4 niños en Cer y 3 en Pol.

Cuadro 17. Antecedentes de desnutrición

Nº de niños menores de 6 años	Cerámica			Policia			C. Guadalupe		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100	nº/100
menores de 1 año	103	49	54	76	36	40	106	43	63
2 a menos de 6 años	82	43	39	84	38	46	93	49	44
Total	398	212	186	321	171	150	311	154	157
Total	583	304	279	481	245	236	510	246	264
<i>Nº de niños con antecedentes de desnutrición y prevalencia por cien</i>									
menores de 1 año	9	8,7	6	3	4	5,3	8	7,5	4
2 a menos de 6 años	27	32,9	15	12	10	11,9	24	25,8	12
Total	133	33,4	69	65	31	9,7	54	17,4	28
controlados por última vez en el centro de salud ^a	170	29,2	90	29,6	80	28,7	229	38,6	169
controlados en un plazo anterior menor a 2 meses ^b	91,2	91,1	91,3	62,2	65,2	59,1	62,8	68,2	57,1
	76,8	76,8	76,7	64,3	66,7	61,5	79,6	80,0	79,2

^a Por cada 100 niños con antecedentes.

^b Por cada 100 niños con antecedentes controlados en el centro de salud.

residentes en las villas seleccionadas fue uno de los componentes nodales del trabajo realizado, que requirió de un especial adiestramiento del personal responsable de la encuesta a fin de garantizar un control adecuado de errores de medición. Pudo así conocerse la prevalencia de desnutrición en el momento de la encuesta⁴² que fue de 12,5 niños desnutridos por cada cien menores de seis años en Cer, 14,8 en Pol y 18,0 en C. Gua (cuadro 18).

En Cer, este problema adquiere características que lo distinguen. Por un lado, aun en su gravedad, se aprecia una mejor situación relativa, por su menor magnitud; por otro, en función de la mayor distancia registrada entre la prevalencia detectada en la fecha de la encuesta y la de antecedente de diagnóstico de desnutrición (cuadro 17), cosa que no ocurre en los otros sectores. El aporte diferencial por grupo de edad, con predominio de los niños de 1 año a menos de 2 es, en cambio, común a los tres sectores, con coincidencia entre ambos registros.

Cuadro 18. Prevalencia de desnutrición (medición directa)

N° de niños detectados desnutridos y prevalencia por cien	Cerámica			Policial			C. Guadalupe		
	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100
menores de 1 año	12 11,7	6 12,2	6 11,1	10 13,2	5 13,9	5 12,5	22 20,8	8 18,6	14 22,2
2 a menos de 6	20 24,4	9 20,9	11 28,2	30 35,7	13 34,2	17 37,0	30 32,3	19 38,8	11 25,0
Total	41 10,3	28 13,2	13 7,0	31 9,7	16 9,4	15 10,0	40 12,9	15 9,7	25 15,9
	73 12,5	43 14,1	30 10,8	71 14,8	34 13,9	37 15,7	92 18,0	42 17,1	50 18,9

Otro modo de visualizar el papel del centro de salud se muestra en el cuadro 19. La comparación entre el registro de antecedentes y la evaluación actual confirma la particularidad asumida por Cer, con la menor prevalencia de niños con antecedentes de desnutrición que permanecían de ese modo en el momento de la valoración, que resultó ser aproximadamente la mitad de la verificada en Pol y C. Gua (23,7 por cada cien con antecedentes frente a 44,2 y 42,9 en los dos últimos respectivamente). También los casos nuevos en Cer tienen un menor peso relativo, no por ello menos grave, con 45,2 detectados frente a 73,2 y 60,9 por cada cien niños valorados antropométricamente en Pol y C. Gua respectivamente.

⁴² Valoración que no pudo concretarse en 11 niños en Cer, 17 en Pol y 10 en C. Gua.

Cuadro 19. Comparación entre antecedentes y medición directa de desnutrición

	Cerámica			Policial			C. Guadalupe		
	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100
<i>N° de niños con antecedentes de desnutrición valorados desnutridos y prevalencia^a</i>									
menores de 1 año	6	3	3	3	0	3	7	4	3
2 a menos de 6 años	10	5	5	9	6	3	13	8	5
Total	24	15	9	23,3	4	3	16	4	12
controlados por última vez en el centro de salud ^b	40	23	17	21,5	10	9	36	16	20
controlados en un plazo anterior menor a 2 meses ^c	37	21	16	94,1	7	5	55,6	28	15
<i>N° de niños sin antecedentes de desnutrición valorados desnutridos y prevalencia^d</i>									
menores de 1 año	6	3	3	7	5	2	15	4	11
2 a menos de 6 años	10	4	6	21	7	14	17	11	6
Total	17	13	4	24	12	12	24	11	13
Total	33	20	13	43,3	24	28	75,7	26	30
				73,2	70,6	60,9	60,9	61,9	60,0

^a Por cada cien con antecedentes.

^b Por cada cien con antecedentes y valorados desnutridos.

^c Por cada cien con antecedentes y valorados desnutridos controlados.

^d Por cada cien valorados desnutridos.

Puede agregarse, por último, que aquellos niños cuya desnutrición ya había sido detectada y confirmada en el momento de la encuesta, realizaron su último control en poco más del 90% en el centro de salud de Cer (si bien solo 88,2% lo hizo en el plazo de control adecuado, inferior a dos meses, mientras que no alcanzan al 80% en C. Gua y escasamente superan el 60% en Pol (sin diferencia al considerar el plazo en C.Gua y elevándose a 75% en Pol).

El éxito de este subprograma en lo que concierne al diagnóstico y tratamiento temprano del problema en la infancia depende básicamente del trabajo del agente sanitario en la pesquisa y derivación de los niños para el control de salud y en el seguimiento de los casos por el equipo de salud del centro, apoyado por el agente sanitario en la búsqueda y captación de los que faltaron a la cita de control de la desnutrición.

La información que se obtuvo a partir de la encuesta, además de mostrar que una alta proporción de niños (en los tres sectores estudiados) habían tenido controles de salud durante los dos primeros años de vida, puso en evidencia diferencias muy marcadas respecto del antecedente de desnutrición, más alto en Cer (19,5%), algo menor en C. Gua (16,0%), y llamativamente bajo en Pol (8,8%).

Podría concluirse que en Pol el control de salud tuvo éxito al mantener bajos índices de desnutrición. Sin embargo, el análisis de los resultados de la medición directa de la prevalencia en el momento de la encuesta dice otra cosa. Por un lado, que en Pol la prevalencia es más alta que la de otros sectores (25% en oposición a 17,3% en Cer y 16,1% en C. Gua) y, por otro, que entre ambas mediciones, mientras en Cer la proporción de desnutridos baja a 17,3% y en C. Gua no hay diferencias, en Pol la prevalencia medida es llamativamente mayor, llegando al 25% de los niños menores de 2 años estudiados. Queda el interrogante de si existe alguna relación entre ambos subprogramas. Si así fuera, ¿qué variables no estudiadas explicarían la aparente falta de impacto del programa y un empeoramiento de tal magnitud como el dado en Pol?

Problemas de salud en adultos

Es conocida la falta de actividades programadas para la atención de la problemática de salud-enfermedad de adultos en APS, y generalmente está ligada a la tradicional priorización y mayor desarrollo del área maternoinfantil. Los problemas ejes tomados como objeto evaluativo fueron la tuberculosis y la hipertensión, aun cuando, con respecto esta última, en el momento de la encuesta no se habían implementado subprogramas específicos en las áreas II y III.

Tuberculosis. La indagación realizada en relación con el antecedente de diagnósticos de tuberculosis en la población de adultos de 15 años o más arrojó resultados variables por sexo y por sector (cuadro 20).

Cuadro 20. Tuberculosis en adultos (población de 15 años y más)

	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
<i>Prevalencia según antecedente (tasa por mil)</i>			
Hombres	9,2	8,7	18,5
Mujeres	10,1	4,6	9,8
Total	9,6	6,7	14,4
<i>Prevalencia de tosedores crónicos (tasa por mil)</i>			
Hombres	31,5	57,7	20,1
Mujeres	26,0	33,9	5,9
Total	28,9	46,2	13,5

En el sector correspondiente al centro de salud Pol, 6,7 por cada mil habitantes refirieron este antecedente; una proporción mayor, 9,6 por mil, en el de Cer y más elevada aún en el de C. Gua (14,4 por mil). Llama la atención que en Pol y C. Gua se observa mayor frecuencia del antecedente de tuberculosis en los hombres que en las mujeres.

Como puede observarse, estas tasas discrepan con las correspondientes a tosedores crónicos; justamente es en el sector Pol donde aparece el mayor número de adultos tosedores, 46,2 por cada mil habitantes de 15 años o más. En Cer se reduce a 28,9 por mil, y C.Gua sorprende, en función de la reiteración de sus resultados críticos, con solo 13,5 tosedores crónicos por cada mil habitantes adultos del sector. En los tres sectores se aprecia una mayor frecuencia masculina. La existencia de un programa vertical de lucha antituberculosa, la responsabilidad que le cabe al agente sanitario en la pesquisa de tosedores crónicos y obtención de las muestras de esputo y su envío a la Lucha Antituberculosa y la respuesta diagnóstica, ponen en juego un conjunto de factores de diversa índole en tres niveles (agente sanitario, centro de salud, lucha antituberculosa) que pueden estar operando sobre las cifras observadas.

Hipertensión arterial. La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud que merece particular atención por constituir un factor de riesgo ampliamente reconocido en los estudios de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares. Por la importancia, magnitud y trascendencia de este daño en la población, las autoridades del Area I del Programa de APS establecieron un subprograma con nor-

mas y actividades específicas, y se le dedicó particular atención en el estudio. La HTA fue abordada desde dos registros, uno referido a la indagación de antecedentes de dicha patología, y otro que resultó de la medición directa de la tensión arterial a los habitantes de 15 años o más de los sectores seleccionados.

En el primer caso, las frecuencias obtenidas variaron entre 97 personas que refirieron tener antecedentes de HTA en C. Gua y 182 en Pol, con tasas de 8,8 y 13,6% respectivamente. La población adulta del sector Cer se encuentra en una posición intermedia, con 144 casos y una tasa de 9,9% (cuadro 21).

Ante la falta de estudios epidemiológicos recientes, se recuperó la información de la Encuesta Nacional de Morbilidad⁴³ correspondiente al Gran Rosario realizada entre los años 1969 y 1970. La tasa de HTA obtenida según referencia del informante fue muy inferior a las correspondientes al presente estudio: 7,8 por mil habitantes adultos. Aun cuando las cifras actuales puedan estar distorsionadas en alguna medida por tratarse de poblaciones relativamente pequeñas, la magnitud de las diferencias observadas constituye una señal de alerta que reclama una atención particular por parte del programa.

Las diferencias entre sectores vuelven a percibirse cuando se discrimina por edad y sexo.

Nuevamente, Pol presenta una mayor prevalencia, en particular en las personas de más de 60 años —52,7 cada cien—, mientras que en Cer y C. Gua es de 33,0 y 33,9 respectivamente.

En cuanto al sexo, si bien en los tres sectores, al igual que en la encuesta de 1969, se observa una diferencia a favor de las mujeres, los datos presentan particularidades destacables. Mantenidas las diferencias con tasas más altas en Pol (mujeres 15,9; hombres 11,4) respecto de Cer (mujeres 13,3; hombres 6,8) y C. Gua (mujeres 10,7; hombres 7,1), se aprecia una mayor brecha entre ambos sexos en el sector Cer.

A pesar de la restricción que impone la escasa casuística, puede señalarse que el aporte masculino se mantiene en segundo plano en los distintos grupos de edad considerados. En Pol, en el grupo de 41 a 60 años, la tasa de adultos hombres con antecedentes de HTA, si bien algo mayor que la femenina, es llamativamente mayor con respecto a las de hombres de los otros sectores (26,2 frente 16,6 en Cer y 16,7 en C. Gua).

En relación con la eficacia del programa en la captación de hipertensos para su control, se pudo verificar que en general fue baja la proporción de los que concurrían al centro de salud correspondiente a su sector

⁴³ Encuesta Nacional de Morbilidad. Estado de Salud de la Población de Gran Rosario 1969-1970. Subsecretaría de Salud Pública. Asociación de Facultades de Medicina. Buenos Aires. OPS/OMS, serie 6, n° 2, 1972.

Cuadro 21. Antecedentes de hipertensión

Edad en años	Prevalencia y tasa por cien								
	Población	Cerámica Prev.	Tasa	Población	Policlínica Prev.	Tasa	Población	C. Guadalupe Prev.	Tasa
15 a 40	1071	44	4,1	941	55	5,8	841	37	4,4
41 a 60	293	71	24,2	308	78	25,3	208	40	19,2
61 y más	88	29	33,0	93	49	52,7	59	20	33,9
Total	1452	144	9,9	1342	182	13,6	1108	97	8,8

Edad en años	Prevalencia y tasa por cien según sexo y edad																	
	Cerámica			Policlínica			C. Guadalupe											
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total						
	Pobl.	Prev.	Tasa	Pobl.	Prev.	Tasa	Pobl.	Prev.	Tasa	Pobl.	Prev.	Tasa						
15 a 40	556	14	2,5	515	30	5,8	484	18	3,7	457	37	8,1	449	15	3,3	392	22	5,6
41 a 60	163	27	16,6	130	44	33,8	168	44	26,2	140	34	24,3	114	19	16,7	94	21	22,3
61 y más	42	11	26,2	46	18	39,1	41	17	41,5	52	32	61,5	33	8	24,2	26	12	46,2
Total	761	52	6,8	691	92	13,3	693	79	11,4	649	103	15,9	596	42	7,1	512	55	10,7

Controlados por última vez en el centro de salud ^a	Cerámica			Policlínica			C. Guadalupe		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Controlados en un plazo menor a 3 meses ^b	49,3	26,9	62,0	31,3	19,0	40,8	19,6	19,0	20,0
	67,6	64,3	68,4	77,2	66,7	81,0	52,6	37,5	63,6

^a Porcentaje sobre el total con antecedentes^b Porcentaje sobre el total controlado en el centro de salud

y menor aún los que lo hacían con cierta regularidad. En Cer (donde, como se dijo, se implementó un subprograma específico) solo el 49,3% manifestó haber realizado la última consulta en el centro de salud y de ellos el 67,6% lo hizo dentro de los tres meses estipulados por norma. Pol, que recibe menor número de consultantes (31,3%), tiene mayor cantidad de pacientes cuya última consulta fue en un plazo de tres meses (77,2%).

Por último, C. Gua muestra el nivel más bajo, con solo 19,6 % con antecedentes de HTA que consultaron: de ellos, poco más de la mitad (52,6%) lo hicieron dentro del término mencionado.

La pesquisa efectuada en los adultos de 15 años o más en relación con este problema consistió en la determinación realizada durante la encuesta, y que, de acuerdo con la norma establecida en el subprograma del área I, se consideró hipertensión cuando la tensión arterial, diastólica, sistólica, o ambas, superaba los límites considerados normales: en sistólica, 140 mm Hg (para adultos de 15 a 40 años), 150mm Hg (para adultos de 41 a 60 años) y 160 mm Hg (adultos de más de 60 años); en diastólica: 90 mm Hg (cualquier edad).

Los datos así obtenidos, aun cuando ellos provienen de una única determinación y en un momento cualquiera, y aunque pueden haber influido condiciones particulares vinculadas con el reposo, ayuno o estímulos emocionales, no dejan de plantear una serie de cuestiones que merecen atención por parte del programa. Constituyen en principio una alarma sobre la magnitud real del problema en la población, a pesar de que no se descarta que podría estar en alguna medida subvaluado por la pérdida de algunos casos.⁴⁴ Se detectaron en Cer 9,3 habitantes por cada cien de 15 años o más con tensión arterial superior a los límites normales, 16,2 por cada cien en Pol y 11,4 por cada cien en C. Gua (cuadro 22).

La clasificación por grupos de edad muestra en general, y como era de esperar, un aumento a medida que esta avanza. No obstante, aparecen algunas diferencias entre sectores. En Cer las cifras aumentan progresivamente para llegar a 31,8% entre los que tienen más de 60 años. C. Gua, en cambio, muestra una mayor prevalencia en los adultos de 41 a 60 años, (26,9 frente a 23,7 para los mayores). Pol se distingue con cifras significativamente más altas que, a partir de los 40 años, superan las correspondientes a los grupos de mayor edad de los otros sectores (34,7 en este grupo y 45,2 en el inmediato siguiente). Sin embargo, lo que plantea interrogantes que obligan a una mayor profundización en el análisis son las frecuencias de cifras de tensión arterial anormales en los

⁴⁴ Se registraron 53 en Cerámica (43 varones, 26 de ellos menores de 30 años), 68 en Policial (46 varones, 30 de ellos menores de 30 años) y 67 en Cáritas Guadalupe (58 varones, 42 de ellos menores de 30 años).

más jóvenes, observadas particularmente en Pol, con 7,2 por cada cien, y en C. Gua, con 6,7.

Al tener en cuenta el sexo, en forma global puede hablarse de un predominio de hombres en Pol (17,9 por cada cien varones; 14,3 por cada cien mujeres), que se diluye en C. Gua (11,4 hombres; 11,3 mujeres) y que en Cer se revierte, contándose las mujeres hipertensas en mayor número que los hombres (8,5 hombres; 10,1 mujeres). Estas cifras, discriminadas por grupos de edad, a pesar de las escasas frecuencias sugieren un mayor peso de hombres jóvenes y un predominio de mujeres a partir de los 40 años, a excepción de Pol donde llama la atención el número elevado de hombres de 41 a 60 años detectados como hipertensos.

Para una mejor comprensión del problema se clasificaron los adultos de 15 años y más según los valores registrados de tensión arterial diastólica y sistólica respectivamente. Las mayores incidencias de adultos hipertensos corresponden a la tensión diastólica. Esta es máxima en Pol, con 14,6 por cada cien habitantes de 15 años y más, le sigue C. Gua con 9,3 y la menor se registra en Cer con 7,8. Esta relación se mantiene al considerar la tensión arterial sistólica, reduciéndose a 10,7 adultos por cada cien en el primer sector y 8,8 y 6,1 en los dos últimos respectivamente.

Al tener en cuenta el sexo (cuadro 23) no se distinguen mayores diferencias entre hombres y mujeres con valores sistólicos anormales en Cer y C. Gua (6,0 hombres frente a 6,1 mujeres en el primero y 8,7 hombres frente a 8,8 mujeres en el segundo). El problema aparece con características diferentes en Pol, con mayor incidencia de hombres (12,0 frente a 9,2). Al considerar los individuos con tensión diastólica anormal, nuevamente se aprecia un predominio masculino en Pol, mientras que en Cer y C. Gua, son las mujeres las que predominan.

Estas consideraciones se visualizan claramente en los gráficos 3 a 5, con las curvas de frecuencia de HTA, diastólica y sistólica, de mujeres y hombres para cada sector. Para ambas valoraciones, las curvas correspondientes a las mujeres muestran un leve corrimiento a la izquierda respecto de la de los hombres en los tres sectores considerados.

A pesar de las bajas frecuencias, el clasificarlos a su vez por grupos de edad (cuadro 23) permite vislumbrar, en primer lugar, que la HTA diastólica tiene una aparición algo más temprana (salvo en C. Gua), y en segundo lugar, y para ambas valoraciones (diastólica y sistólica), el mayor peso de hombres jóvenes con cifras anormales. Las mujeres en cambio predominan a partir de los 40 años, salvo en Pol donde se reitera una mayor incidencia masculina en el grupo de 41 a 60 años, particularmente en la valoración diastólica.

Los registros empíricos obtenidos, la indagación de antecedentes sobre diagnóstico previo y la pesquisa mediante una determinación de la tensión arterial, si bien son aproximaciones de distinta índole, constituyen un refe-

rente concreto que puede ser utilizado por el programa para la implantación de estrategias de prevención y control. En este sentido, resulta útil relacionar los hallazgos obtenidos al respecto.

Interesó ver cuántos individuos con antecedente de HTA registraban valores normales en su tensión arterial (sistólica y diastólica) en el momento de la detección.⁴⁵ En un número variable por sector —75 en Cer, 77 en Pol y 52 en C. Gua—, apenas logran una persistencia mayor de 50 de cada cien con antecedentes en el primero y último sector (52,8 y 54,2 por cien respectivamente). Esta se reduce a 43,5 de cada cien en Pol (cuadro 24). Las cifras prácticamente no varían al tener en cuenta el sexo; sin embargo, al clasificar por grupos de edad se perfilan las mujeres de 15 a 40 años como las más inclinadas a esa situación (24 mujeres de 30 en Cer, 25 de 37 en Pol, y 16 de 22 en C. Gua).

Cabe agregar que de los 75 adultos con antecedentes de HTA que registraban valores normales en su tensión arterial en Cer, 38 (30 mujeres) realizaron su último control en el centro de salud; de los 77 en Pol, 22 (14 mujeres) y solo 10 (5 mujeres) de los 52 en C. Gua, cifras que no por pequeñas dejan de señalar una diferencia a favor de la captación de mujeres.

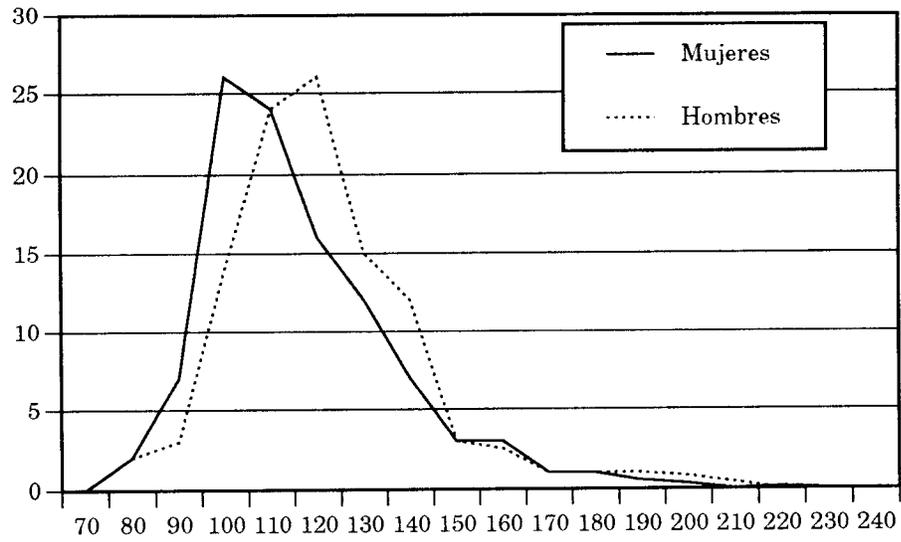
Otra visión del problema se obtiene al considerar el número de adultos evaluados como hipertensos a la fecha de la encuesta que declararon no poseer antecedentes de este tipo.⁴⁶ Las cifras obtenidas fueron 63 (48,5 por cada cien) en Cer, 117 (53,9 por cada cien) en Pol y 82 (65,1 por cada cien) en C. Gua (cuadro 24). En este aspecto sí puede apreciarse una diferencia por sexo en los distintos grupos de edad considerados. No parece redundante insistir sobre el carácter de los hallazgos presentados en relación con el problema de la hipertensión en la población de los sectores estudiados. Ellos necesariamente deberían constituir un punto de partida para una mayor profundización por parte del programa, conocido el elevado riesgo cardiovascular de las personas hipertensas, particularmente de los adultos masculinos de mediana edad. Esta es la franja de la población cubierta por el programa sobre la que se desarrollaron escasas o nulas estrategias de intervención.

El primer dato que obliga a prestar atención especial al problema, por una parte, en virtud de su trascendencia pronóstica y, por otra, de la posibilidad de acciones preventivas eficaces en los niveles individual y colectivo, es la magnitud de las tasas de prevalencia obtenidas por referencia del entrevistado. Estas tasas, comparadas con la general obtenida

⁴⁵ No pudo evaluarse la tensión arterial a: 2 hombres menores de 41 años en Cerámica un hombre menor de 41 años en Cáritas Guadalupe, 4 hombres (uno menor de 41 años y 3 de 41 a 60 años) y una mujer de 60 años en Policial.

⁴⁶ Entre los adultos evaluados como hipertensos, no se obtuvo el dato sobre antecedente de HTA en cinco hombres en Cerámica (tres menores de 41 años y dos entre 41 y 60 años).

Gráfico 3. Sector Cerámica
Tensión arterial sistólica (TAS)



Tensión arterial diastólica (TAD)

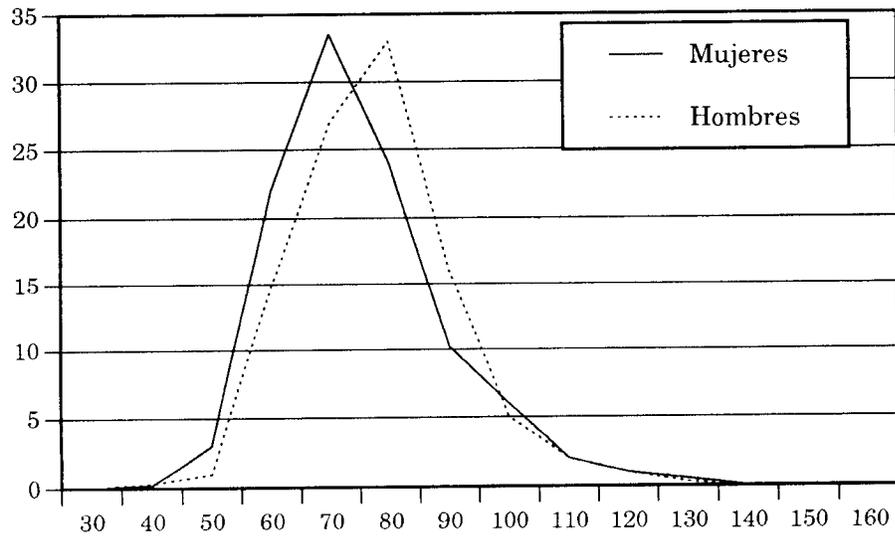
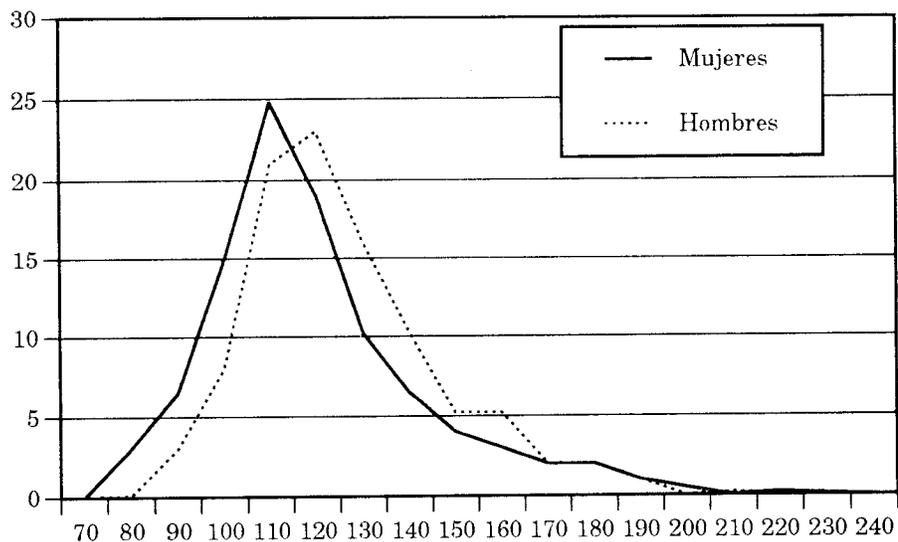


Gráfico 4. Sector Cerámica
Tensión arterial sistólica (TAS)



Tensión arterial diastólica (TAD)

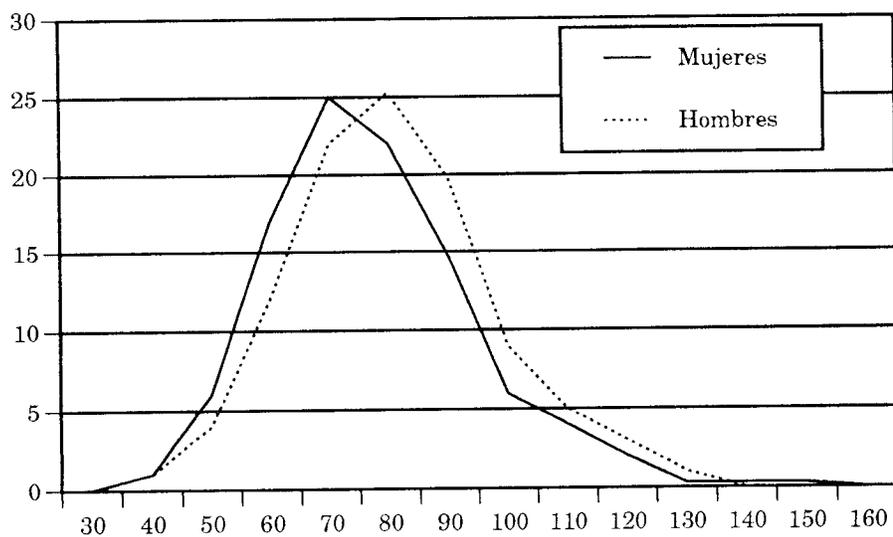
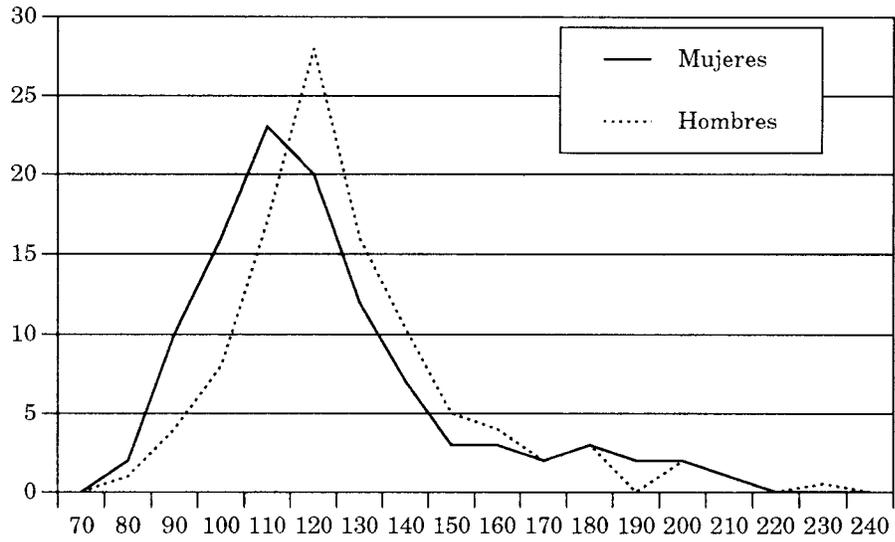
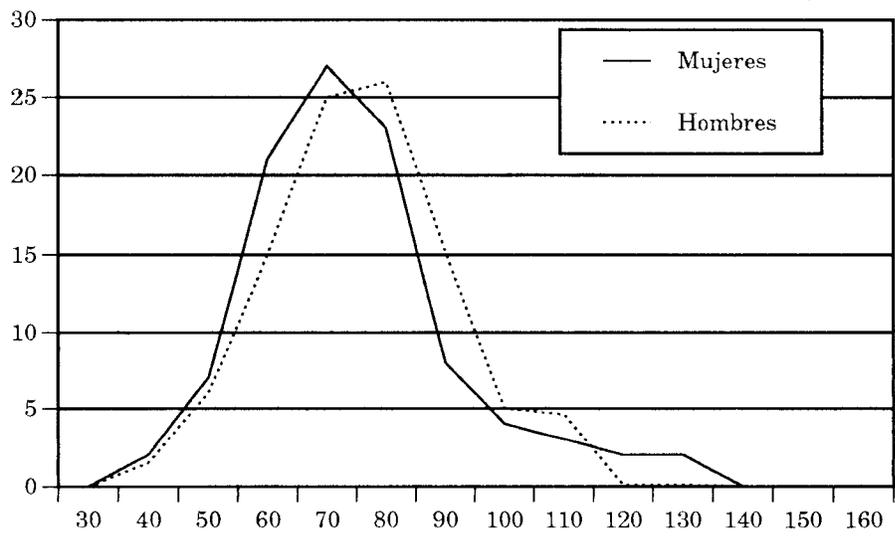


Gráfico 5. Sector Cerámica
Tensión arterial sistólica (TAS)



Tensión arterial diastólica (TAD)



Cuadro 24. Comparación entre antecedentes y pesquisa de tensión arterial

Con valores De tensión Arterial normales <i>Edad en años</i>	Adultos con antecedentes de HTA								
	Cerámica		Policial		C. Guadalupe				
	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100			
15 a 40	30	6	24	33	8	25	25	9	16
41 a 60	32	15	17	25	16	9	17	9	8
61 y más	13	5	8	19	9	10	10	5	5
Total	75 52,8 ^a	26 52,0 ^a	49 53,3 ^a	77 43,5 ^a	33 44,0 ^a	44 43,1 ^a	52 54,2 ^a	23 56,1 ^a	29 52,7 ^a

^a Por cada cien con antecedentes de HTA.

Con valores de tensión arterial normales <i>Edad en años</i>	Adultos sin antecedentes de HTA								
	Cerámica		Policial		C. Guadalupe				
	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100	Total n°/100	Hombres n°/100	Mujeres n°/100			
15 a 40	27	16	11	47	36	11	45	31	14
41 a 60	24	16	8	57	39	18	33	16	17
61 y más	12	4	8	13	7	6	4	3	1
Total	63 48,5 ^a	36 60,0 ^a	27 38,6 ^a	117 53,9 ^a	82 66,1 ^a	35 37,6 ^a	82 65,1 ^a	50 73,5 ^a	32 55,2 ^a

^a Por cada cien valorados con tensión arterial anormal

de la misma forma con la encuesta de 1969, son impactantes (más de 12 veces mayores que esta), aun tomando en consideración las limitaciones lógicas y metodológicas de tal comparación.

En segundo lugar, las diferencias entre los sectores estudiados indican que el correspondiente a Pol es el que más sufre el problema, y en particular son las mujeres de este sector las que refieren el antecedente con mayor frecuencia (veinte veces más que la general de la población de 1969). Cabe preguntar si esta menor frecuencia del antecedente de HTA en los hombres refleja una real diferencia entre sexos o si puede estar relacionada en mayor medida con la reconocida reticencia de los hombres a hacerse controles médicos ante malestares que no dificultan sus actividades habituales. La duda que se refuerza cuando, en el momento del *screening* por medición directa (cuadro 22), la relación entre sexos se invierte y predominan en forma global los varones con valores anormales, dados por el peso de este problema sobre todo en el grupo de los menores de 40 años.

Además, respecto de los hombres despierta otros interrogantes la particular situación en Pol donde el grupo de 41 a 60 años refiere el antecedente de HTA en una proporción llamativamente mayor en comparación con los otros dos sectores (26,2 frente a 16,7 en C. Gua y 16,2 en Cer).

La mejor caracterización de este fenómeno se observa en las curvas de frecuencia de tensión arterial diastólica y sistólica de mujeres y hombres según las cuales las mujeres en los tres sectores estudiados mostraron un leve corrimiento a la izquierda respecto de los varones de su mismo sector. Un hallazgo similar se describe en una investigación realizada en Mendoza en los años 1976-1979.⁴⁷

Al relacionar los hallazgos obtenidos según ambas formas de aproximación al problema (antecedente y medición), nuevamente se evidencian diferencias entre sectores: en Pol y C. Gua se encuentran más hipertensos por la segunda vía, mientras que Cer se distingue tanto por la menor frecuencia de adultos detectados como por la similitud de las cifras obtenidas por los dos procedimientos utilizados.

Problemas de salud en la unidad familiar y concepto de familia crítica

Los resultados anteriores referidos a los problemas de salud plantean serios interrogantes sobre el accionar programático. Dirigida a las poblaciones residentes en villas, una indagación de corte socioepidemiológico como la presentada, muestra cómo es posible distinguir condiciones más y menos críticas aun dentro de un marco generalizado de pobreza, que inevitablemente debe tenerse en cuenta en pos de su eficacia social.

En alguna medida el programa se aproxima a esta visión del proble-

⁴⁷ Barboza, J. S. y Del Canto, C. Epidemiología de la hipertensión arterial en Mendoza, Argentina. *Rev. Compendio Médico*, 1976.

ma, en principio al organizar la tarea del agente sanitario a través de visitas domiciliarias, y concretamente al incorporar como información de rutina el concepto de familia crítica, que ha sido sujeto a revisión en el Area I. En este sentido, es oportuno completar el cuadro nosológico presentado con un análisis a nivel familiar que contribuya más que a la explicación de la magnitud de los problemas a la individualización de grupos de riesgo.

Desde esta óptica una primera preocupación merecen las familias con más de un miembro con hipertensión (cuadro 25). En número variable según problema y sector, llega en algunos casos a una frecuencia relativamente importante que demanda atención. Como ocurre, por ejemplo, con los 37 grupos familiares pesquisados en Pol con más de un miembro con tensión arterial superior a los límites normales en el momento de la encuesta (los que representan el 20,7% del total de familias pesquisadas con al menos un miembro sospechoso de ser hipertenso). Lo mismo ocurre respecto a las familias en las que se detectaron niños desnutridos, con cerca del 30% con más de un niño en ese estado tanto en Cer como en C. Gua (37 y 14 familias respectivamente).

Cuadro 25. Familias con más de un miembro afectado^a

<i>Problema</i>	Cer		Pol		C. Gua	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
HTA (antecedente)	10 [4]	7,5	20 [16]	12,4	12 [10]	14,1
HTA (pesquisa)	16 [8]	7,5	37 [26]	20,7	11 [8]	9,7
Diarrea	4 [3]	6,5	9 [8]	14,8	12 [8]	19,4
Desnutrición (antecedente)	37 [30]	29,6	3 [3]	7,1	14 [13]	20,9
Desnutrición (pesquisa)	9 [9]	14,1	8 [6]	13,1	14 [11]	20,9
IRA	47 [30]	30,7	23 [22]	22,3	43 [37]	32,6

^a Se incluye entre corchetes el número de grupos familiares en condiciones de criticidad extrema.

Para los fines analíticos, la casuística es demasiado limitada y no permite hacer inferencias válidas, sin embargo, es significativo el dato sobre el nivel de criticidad de las familias; si bien aparentemente errático en relación con la hipertensión, no es arriesgado tenerlo como referente inmediato al considerar los problemas más directamente vinculados con las condiciones precarias de vida, como los episodios de diarrea, la desnutrición, e incluso las hospitalizaciones de más de un niño en la familia. Con respecto a las demás familias (con un solo miembro afectado), se planteó la posibilidad de encontrar dentro del conjunto de atributos definidos como condiciones familiares de vida factores asociados con la presencia del problema, teniendo en cuenta al mismo tiempo el nivel de criticidad del microhábitat.

Individualizadas estas familias como primer grupo crítico, se intentó identificar entre las restantes, con un solo miembro afectado, factores relativos a las condiciones familiares de vida que estuvieran asociados con la presencia del problema, considerando simultáneamente el nivel de criticidad del microhábitat. Si bien esta búsqueda se vio también limitada en cierta medida por las escasas frecuencias que impidieron seguir un esquema idéntico y exhaustivo de análisis para cada problema y sector considerados, merecen señalarse algunos hallazgos que plantean interrogantes atendibles para elaborar un concepto más eficaz de "familia crítica".

Respecto a los antecedentes de HTA, aparece como factor asociado tanto el tamaño del grupo familiar como la composición familiar, perfilándose las familias numerosas (7 y más miembros) y las extensas con mayores posibilidades de contar con un miembro hipertenso. El antecedente migratorio también contribuye a identificar las familias con mayor riesgo, aquellas en las que su principal responsable no vivió siempre en Rosario, cualquiera sea su edad.

Con más limitaciones para efectuar análisis similares al anterior, a raíz de las numerosas frecuencias nulas en el caso de la medición directa, se rescata la composición familiar como dato modificador de la presencia de un miembro hipertenso. También la condición de migrante del principal responsable de la familia, aunque contrariamente al resultado obtenido para antecedentes, en esta oportunidad está significativamente asociado a la edad.

La presencia de un niño con diarrea en el grupo familiar, en cambio, se verificó directamente relacionada con un nivel mayor de criticidad de las condiciones materiales de vida, al menos en Cer. Un hallazgo destacable, en Pol, refiere nuevamente el tamaño de la familia como indicador de posible riesgo, junto a las muy numerosas (7 miembros y más) las de a lo sumo tres miembros. El resultado no es paradójico si se relaciona con el perfil de los grupos ocupacionales definidos, en los que esta característica constituye un rasgo propio de aquellos con inserción laboral más débil. Sin embargo, al analizar la presencia de un niño desnutrido en el

seno familiar, una vez más se rescata como indicador asociado de riesgo la pertenencia a grupos extremadamente numerosos.

Por último, cabe consignar que este enfoque permitió confirmar la interdependencia de los problemas de salud infantil en el nivel familiar, particularmente para las familias de Pol y C. Gua, siendo los mismos grupos los afectados tanto por la desnutrición como por diarreas.

Evaluación del proceso de gestión

La evaluación del proceso de gestión circunscripta —como se explicitó en el capítulo sobre metodología—, al sector Cerámica, aunque limita la posibilidad de una generalización de los resultados permitió describir en forma pormenorizada la distancia entre las propuestas programáticas en términos de normas para la promoción de la salud, captación y seguimientos de casos, etc., y su concreción práctica en los distintos eslabones de la cadena de atención. En consecuencia, se distinguen, a la manera de momentos sucesivos, las estrategias de intervención en la comunidad de la evaluación del cumplimiento de normas y procedimientos de los subprogramas referidos al control de salud perinatal infantil y de adultos, incluidas las patologías consideradas más relevantes.

Esta información se complementa con los hallazgos producidos al analizar las consultas provenientes de la población que no está comprendida por el programa y que demanda atención espontáneamente y los resultados de las entrevistas al personal.

Estrategias de intervención en la comunidad

La evaluación de este componente fundamental del programa determinó el examen de la organización e instrumentos de que se vale para ejecutar sus estrategias y que fueran descriptos en el planteamiento del problema. Ellos son: el Censo de Población y Vivienda,⁴⁸ la ronda sanitaria a cargo del agente sanitario y la supervisora de enfermería, y la detección de casos de incumplimiento de normas de seguimiento y control por parte de la población.

Los agentes sanitarios conforman el personal del programa encargado de recorrer el área casa por casa en un sistema de rondas periódicas cuya duración es variable. Los datos que se recogen a través de una planilla son: número de vivienda y de familia, nombre, apellido, edad y sexo de cada uno de los miembros del grupo familiar, cumplimiento del esquema

⁴⁸ La Secretaría de Medio Ambiente, dependiente del Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe, diseña y formula este censo con objetivos propios e independientes de la Secretaría de Salud, pero su ejecución está a cargo de los agentes sanitarios que dependen del Programa de Atención Primaria de la Salud.

de vacunación para cada uno de ellos, lugar de concurrencia para la atención de la salud e indicadores de criticidad. Con ellos se elabora en el nivel central la información que permite controlar la ejecución de las acciones programadas, su cobertura y equidad.

El adiestramiento necesario para la ejecución de esta se encuentra a cargo de las supervisoras de enfermería en cursos pre-ronda de tres o cuatro días de duración. Durante la ronda, el agente sanitario, además de recabar la información establecida debe entregar las tarjetas a las familias que no las posean, promocionar las acciones del programa estimulando la concurrencia de la población al centro periférico para la atención de la salud, y confeccionar la cartografía correspondiente al área a su cargo.

A excepción de los tosedores crónicos, la actividad de detección de casos no se refiere a ningún tipo de patologías. En la práctica, la tarea del agente sanitario se limita a derivar al centro de salud los casos en que observan algún incumplimiento de las normas (vacunación por ejemplo) o de las fechas de citaciones registradas en los carnets.

No ya como una tarea perteneciente a la ronda, sino como trabajo habitual, los agentes sanitarios deben realizar la llamada búsqueda o pesquisa de casos bajo atención, que no asisten a las citas médicas. Su trabajo está organizado en dos líneas operativas: una, la atención de emergencias, que generalmente es de carácter médico social, y otra, el desarrollo de acciones programadas.

En relación con la primera, se ha instituido la cobertura de una guardia por parte de los agentes en el centro periférico para la derivación de problemas al Departamento de Asistencia Social del hospital base, previa consulta con la supervisora de enfermería. El trabajo programado, que se organiza diariamente, gira en torno de la búsqueda de casos, embarazadas, lactantes, desnutridos, etc., en función de necesidades referidas al seguimiento de los pacientes.

Las pautas y mecanismos de supervisión general de este trabajo son responsabilidad de las supervisoras de enfermería, pero hasta el momento no se ha sistematizado la obtención de datos de manera de poder controlar y evaluar su cumplimiento en el nivel individual.⁴⁹ Los procedimientos implementados hasta ahora por el programa se limitan principalmente a dos: visitas en el terreno, a cargo de las supervisoras de enfermería, a cierto número de familias para constatar la efectivización de las entrevistas y de las reuniones semanales realizadas en uno de los centros de salud del área para la organización de las actividades, análisis y

⁴⁹ En una resolución modificatoria del decreto de creación (Resolución 3053 del 6-11-1986), el programa reconoce una evaluación continua y que esta debe realizarse a través de reuniones periódicas.

evaluación de problemas particulares. Por consiguiente, el trabajo semanal comprende cuatro días de trabajo en el terreno y uno de reunión general que incluye evaluación.

La realización del estudio socioepidemiológico bajo pautas similares a los procedimientos de ronda de los agentes sanitarios, ofreció la posibilidad de una confrontación directa de ambas fuentes de observación, y de una valoración cuantitativa de las actividades de promoción de los servicios y de la cobertura de estas acciones en la población. En consecuencia, las fuentes de referencia para el análisis de las actividades que cumple el agente sanitario son las siguientes: la propuesta programática, la información disponible por el programa y la información obtenida por el estudio socioepidemiológico.

Las dos rondas realizadas en el año 1988 en el sector estudiado tuvieron una duración de más de cuatro meses cada una, comenzando la primera en marzo y la segunda en octubre e interviniendo en estas acciones cuatro agentes sanitarios. Los datos proporcionados por el programa dan como resultado 146 viviendas visitadas por el agente sanitario. Estos datos permiten estimar que se realizaron, en promedio, menos de 10 visitas por semana, cifra considerablemente inferior al ritmo de trabajo semanal estipulado.⁵⁰

El agente sanitario en su misión específica de "eslabón entre el sistema formal de salud y la comunidad", como lo puntualiza el Programa de APS en Rosario (art. 1, Resolución 2612), desarrolla actividades que, en mayor o menor grado, guardan relación con los distintos subprogramas prioritarios. Es la figura principal en todo lo relacionado al Subprograma de Censo de Población y Vivienda.

La delimitación del área bajo estudio, tanto a los fines de la encuesta socioepidemiológica como de la ronda 2, fue establecida con la jefatura del área a partir de la cartografía utilizada en oportunidad de la primera ronda del año. Sin embargo, el área fue redefinida en la medida en que fue desarrollándose el trabajo de campo (ronda 2), ampliando el área de influencia con 72 viviendas más y con cambios en la numeración de las viviendas de la cartografía original. Esta modificación de la información de base dificultó el análisis posterior con fines evaluativos.

La confrontación de la cartografía diseñada durante el estudio epidemiológico y la confeccionada durante la ronda 2 permitió comparar las casas visitadas en una y otra oportunidad. A través de ella, y considerando además otras fuentes de observación, se obtuvieron los resultados que se presentan en el cuadro 26.

Como se observa, el número de viviendas visitadas durante la encuesta fue siempre mayor que las del programa durante las rondas,

⁵⁰ El ritmo establecido para ese año era de seis visitas diarias.

Cuadro 26. Número de viviendas según cuatro fuentes de información

Relevamiento	Encuesta	Ronda 2	Planilla	Ronda 1
Casas encuestadas	575	552	524	514
Casas desocupadas	12	13	16	19
Casas destruidas	11	9	3	2
Rechazos	3	18	17	16
Familias ausentes	9	14	28	31
Otros motivos	0	0	0	1
Total	610	607	588	582

aun para el caso de la ronda 2. Puede destacarse, además, la existencia de discrepancias entre los datos primarios (planillas del agente sanitario) y los publicados por el programa en términos de viviendas encuestadas y visitadas, así como razones que según el agente sanitario impidieron la entrevista. En este último aspecto, cabe mencionar que la realización del estudio socioepidemiológico bajo pautas similares a las rondas del programa y con la participación de personal de salud del área significó menor número de dificultades en torno a la efectivización de las entrevistas.

Consecuencia de las discrepancias anteriores también son las diferencias en cuanto al total de la población. Como dato adicional puede mencionarse, además, que la revisión de las planillas de base permitió verificar que un número de familias o algunos miembros fueron visitados en dos oportunidades y en distintas viviendas a lo largo de la ronda. Esto pone de manifiesto, por un lado, la importante movilidad de la población dentro del área y, por otro, la necesidad de reducir los tiempos dedicados a la realización de las rondas (ambas se prolongaron más allá de cuatro meses).

La composición de la población por edad (cuadro 27), comparativa entre el estudio y la ronda 2, no plantea mayores discrepancias, con excepción del grupo de menores de 15 años, en particular, el de menos de un año. Tomando como base los datos de la ronda, la encuesta reconoció entre 91% y 98% de los niños de edades entre 1 y 14 años; sin embargo, para los menores de 1 año el número registrado significa 136% respecto del detectado en la ronda.

Además, cabe señalar que el programa no censó a personas mayores de 75 años, mientras que su número fue de 21 en la encuesta. Por último, la edad de 43 individuos figura como ignorada en la información de la ronda.

El análisis de las características estructurales y funcionales de la vivien-

Cuadro 27. Distribución etárea según fuente de información

Edad en años	Ronda n	Encuesta n
menos de 1	76	103
1	84	82
2 a 4	303	293
5 a 9	507	459
10 a 14	402	395
15 a 24	474	480
25 a 34	403	396
35 a 44	273	276
45 a 54	138	131
55 a 64	106	104
65 a 74	44	44
75 y más	0	21
Se ignora	43	0
Total	2853	2784

da a partir de datos compatibles entre el Censo de Población y Vivienda y el estudio (cuadro 28), permite señalar otras diferencias en cuanto a la evaluación que efectúan los agentes sanitarios y, en consecuencia, la necesidad de pautar más claramente su trabajo. En efecto, los resultados obtenidos en igual tiempo y lugar por agentes sanitarios pertenecientes al área distan de ser similares, aun cuando se trata de evaluar situaciones fácilmente objetivables y ajenas a la subjetividad del observador.

Puede señalarse como una de las diferencias más notables el hecho de que en la encuesta el 13,3% dispone de agua a través de grifo público, en cambio este porcentaje es solo del 2,3 según el censo. De modo inverso, se registró 8,2% de viviendas sin baño y 23,7% con cocina en habitación cuando según el programa dichos porcentajes se elevan a 23,9 y 53,9 respectivamente. Otra diferencia llamativa es el rubro "sin especificar", respecto del cual el programa puntualiza porcentajes aun para aquellos datos que son de observación directa.

Estos hallazgos ponen de manifiesto que la información tiene un grado importante de imprecisión en lo que hace a las características ambientales en que vive la gente cubierta por el programa.

Las consideraciones expuestas suponen el cumplimiento parcial de las metas del subprograma de Censo de Población y Vivienda, que establecen el conocimiento del 100% de la población bajo programa y las características y ubicación del 100% de las viviendas. Otra de las metas

Cuadro 28. Características funcionales y ocupacionales de la vivienda según fuente de información (%)

	censo	encuesta
<i>Agua</i>		
grifo público	2,3	13,3
cisterna	0,2	0,0
dentro de la vivienda	19,2	23,5
fuera de la vivienda	76,1	63,2
s/especificar	2,1	0,0
<i>Excretas</i>		
letrina	64,5	78,8
cámara séptica c/pozo	9,1	13,0
cielo abierto	23,9	8,2
sin especificar	2,3	0,0
<i>Piso</i>		
tierra	27,7	20,7
mosaico-baldosa	11,0	6,6
cemento	59,4	61,8
otros	0,0	10,9
sin especificar	1,9	0,0
<i>Pared</i>		
ladrillo-block	62,4	55,0
adobe	2	0,0
madera	16,4	9,9
fibrocemento	0,5	0,7
chapa	12,2	18,5
cartón	1,2	1,2
otros	4,5	14,7
sin especificar	1,6	0,0
<i>Techo</i>		
loza	6,6	0,0
chapa	82,8	76,5
fibrocemento	2,3	3,9
otros	6,1	19,6
sin especificar	2,1	0,0
<i>Cuartos para dormir</i>		
uno	54,9	58,7
dos	82,8	31,4
tres	7,7	8,6
cuatro	0,5	1,0
sin especificar	1,8	0,3
<i>Cocina-habitación</i>		
sí	53,9	23,7
no	42,3	76,1
sin especificar	3,8	0,2

se refiere a la detección del 100% de las familias críticas, pero la falta de indicaciones y definiciones precisas para la evaluación de las familias según indicadores de criticidad se traduce en resultados significativamente diferentes entre agentes sanitarios.

Esta falencia se acentúa cuando se trata de evaluar aspectos con fuerte componente subjetiva como son el alcoholismo, la presencia de menores de 13 años que permanecen solos mucho tiempo, el abandono del hogar por parte de uno de los progenitores, analfabetismo, familia numerosa y vivienda "sumamente precaria"; en este último caso, solo uno de los agentes sanitarios identificó escasamente algunas en esta categoría. Con base en estos criterios el programa registra 46,7% de familias críticas por presentar al menos uno de los aspectos señalados.

Es evidente que las situaciones críticas expresadas por los distintos indicadores plantean la necesidad de una coordinación intersectorial. Sin embargo, no hay indicios de que se hayan emprendido iniciativas orientadas a lograrlo; ejemplo de ello es el alcoholismo, problema sobre el cual no se ha avanzado más allá de la mera cuantificación de los casos registrados en la planilla de ronda.

Otros aspectos de esta tarea también expresan la carencia de procedimientos adecuados de explicitación para su correcta ejecución, concretamente en que esta no responde de forma ajustada a las instrucciones escritas que orientan el llenado de las planillas de ronda. Ejemplo de ello es la verificación del esquema de vacunación en términos de si es correcto o no para la edad del niño, por medio de códigos específicos para una y otra situación. En todos los casos, estos códigos no se tienen en cuenta, puntualizándose exclusivamente la efectivización de la valoración de antecedentes de vacunas, sin poder concluir si este es correcto o no.

Otro problema lo constituyen los registros sobre las conductas habituales de la población para la atención de la salud cuando el centro periférico está cerrado frente a una urgencia, o en ambas situaciones. Según estos registros muchas personas dijeron acudir igualmente al centro cuando este se encuentra cerrado, inconsistencia que solo permite suponer que ante tal situación la población no concurre a otros servicios para su atención.

Ambos aspectos aluden a deficiencias en la capacitación del personal, en los instrumentos de captación (imprecisiones, ambigüedades, etc.) y en la supervisión y control por parte del personal de enfermería, factores que explican en parte la calidad limitada de los datos y, en consecuencia, su reducida utilidad a los fines programáticos.

Los aspectos críticos identificados que aluden indirectamente a falencias del desempeño del personal de enfermería del área podrían responder a aspectos organizativos y administrativos del programa. Las distintas áreas de dependencia de las supervisoras de enfermería y de los agentes sanitarios, el nivel central de la Zona VIII hasta 1984 y actualmente del hospital base para las primeras y del centro de salud de cada

área para los segundos, podrían interferir el logro de un trabajo en equipo y de un pleno desempeño del personal responsable del trabajo en la comunidad bajo objetivos comunes y centrados en dar respuesta a las necesidades locales de cada centro de salud.

El instrumento identificatorio de las familias bajo programa, la tarjeta que el agente sanitario entrega en su visita, permitió evaluar la cobertura de las intervenciones para captar la población del área de influencia y promover la utilización de los servicios del sistema. Un primer problema surge porque el concepto "familia" varía de acuerdo con los distintos subprogramas, y esto hace que en la identificación de los grupos familiares operen diferentes criterios. Por un lado, se reconoce como unidad a la familia nuclear, completa o incompleta, asimilando los restantes convivientes a otro grupo familiar; sin embargo, estos miembros son incluidos también dentro del grupo familiar cuando no se reconocen como totalmente independientes, reconociéndose como factor decisivo la opinión del jefe de familia. En consecuencia, es el agente sanitario quien, en última instancia, decide la composición de la familia. Este señalamiento es de suma importancia ya que todas las acciones del programa reconocen como destinatarios a los grupos familiares, lo que es incompatible con la falta de criterios claros para definirlos, así como con la forma en que se presenta la información en los resúmenes que el programa distribuye a los distintos niveles de atención que lo componen, sin discriminar grupos familiares.

En la encuesta se observó que 104 familias (17,5%) declararon no poseer la tarjeta. Sin embargo, se comprobó que casi la mitad de ellas (53) habían sido identificadas por el programa durante la ronda 1. El hecho de que estas 53 familias dijeran no poseer la tarjeta cuando en realidad pertenecían al programa, muestra que no toda la población comparte la importancia que reviste la tenencia de la tarjeta, hecho probablemente relacionado con el desconocimiento de algunos sectores acerca de la utilidad de este documento, con una predisposición a no reconocerse destinatarios de las acciones del programa, etcétera.

Para profundizar en los posibles factores explicativos de la no captación de algunas familias a través de la acción desarrollada por los agentes sanitarios, se analizó el tiempo de residencia en el área y la disponibilidad de cobertura de salud en la Seguridad Social o por algún sistema de prepago.

Respecto del tiempo de residencia en el área, se encontró que solo cinco familias se habían establecido en un tiempo menor a los seis meses, lo que muestra que no es fundamentalmente la movilidad de la población la razón que puede influir en las posibilidades de intervención de los agentes sanitarios en las familias del área a los fines de la promoción de los servicios. La tenencia de cobertura de salud por parte de las 51 familias también puede descartarse como factor interviniente, ya que 76% de

ellas carecían de dicha cobertura. A ello se agrega que el 80% de estas familias sin cobertura de salud estaban situadas en el nivel de mayor criticidad desde el punto de vista de la vivienda.

Al analizar simultáneamente factores sociales como el nivel de criticidad y el grupo ocupacional junto con el hecho de poseer tarjeta identificatoria, se comprobó que este último no varía en función de aquellos, factores que sí están asociados. Ello pone en evidencia que el programa actúa con base en el supuesto de que la población de villas es una población homogénea dejando de lado criterios de equidad.

Desde la perspectiva del programa y teniendo en cuenta que su principal componente es el área maternoinfantil, se identifican como grupos de riesgo las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de seis años. En ambos subgrupos, la tenencia de tarjeta fue más frecuente que para el resto de la población, lo que evidencia que las acciones están proyectadas principalmente a las familias que tienen al menos un miembro dentro de las edades consideradas.

La preeminencia de este único criterio se vio confirmada al analizar la relación entre tenencia de tarjeta y grupo ocupacional de pertenencia, nivel de criticidad de la vivienda y presencia o no de mujeres en edad reproductiva en el grupo familiar. Este último factor es el único que resultó asociado con la tenencia de tarjeta. En cambio, la presencia de niños en la familia, analizada juntamente con otros factores sociales (grupo ocupacional y nivel de criticidad), no se verificó significativamente asociada con la tenencia de tarjeta, lo que indica que en lo concerniente a la atención infantil, la actual proyección del programa en la población es uniforme y al margen de criterios de equidad, tanto epidemiológicos como de grupo objetivo o de riesgo.

Aparte de que la cobertura efectiva del programa dista de llegar al 100% de la población destinataria, los hallazgos parecen reafirmar en alguna medida el enfoque selectivo de APS, poniendo de relieve la no utilización de criterios socioepidemiológicos para la evaluación de los procesos de salud-enfermedad.

Subprogramas referidos al control de salud-enfermedad: cumplimiento de normas y procedimientos

La evaluación del cumplimiento de normas y procedimientos de atención de los problemas de salud-enfermedad incluidos en el estudio socioepidemiológico consistió en un análisis de los registros médicos o historias clínicas de la población asistida, los que fueron examinados retrospectivamente para valorar la adecuación de los servicios ofrecidos en relación con las pautas programáticas. La selección de un número limitado de problemas-ejes que operan como índices para la identificación de las posibles fallas en los distintos eslabones del sistema, se basó en el supuesto de que las actividades del programa alrededor de los mis-

mos son paralelas a las que se ofrecen a otros no considerados, principio general que orienta la metodología de trazadores.

Subprograma de salud perinatal

La evaluación del subprograma de salud perinatal implica el análisis de tres eventos o problemas-ejes propios del proceso reproductivo: embarazo, parto y puerperio. Comprende, además, las actuaciones del programa en relación con el recién nacido y durante las primeras semanas de vida. Con este fin, se consideraron todas las mujeres que tuvieron un nacido vivo o una defunción fetal en el año previo al momento de realización del estudio socioepidemiológico o que reconocieron estar embarazadas en oportunidad de la entrevista. De esta población se seleccionaron a los fines del seguimiento a través de los dos niveles de atención establecidos para el área, las que manifestaron haber asistido al centro Cerámica para el control de su embarazo y al hospital de referencia para el parto. Se descartó como restricción el lugar de atención del puerperio, porque a raíz del desarrollo limitado de las actividades del programa dirigidas al posparto, la cantidad de mujeres que transita por todas las instancias del sistema para su atención en las distintas etapas del proceso reproductivo es mínima.

De un total de 169 embarazadas identificadas en el estudio socioepidemiológico, 41% (69 casos) utilizó los servicios del programa; proporción que está muy lejos de la meta de captación (100%). Se verificó que la cobertura estaba asociada con la entrega de tarjetas por parte del agente sanitario, dejando de lado el criterio de equidad que conduce a una mayor profundización en aquellas embarazadas que viven en condiciones más precarias.

En el subconjunto de mujeres que tuvieron un parto durante el año anterior (113), grupo en el que fue posible evaluar las distintas instancias de su paso por el sistema, el 46% (52 mujeres) efectuó uno o más controles en el centro de salud; de ellas solo dos no concurrieron al hospital base para la atención del parto. El 50% de estas embarazadas realizó a lo sumo cuatro controles, lo que lleva a estimar en algo más de 200 las consultas prenatales bajo programa a lo largo de un año, cifra que alude a una limitada eficiencia general del sistema en relación con las horas médicas disponibles.

Por último, respecto de las acciones vinculadas al control del puerperio mediato, se observó que una reducida proporción de mujeres retornaron al centro de salud para tales efectos (32%).

Estos hallazgos permiten identificar los dos momentos críticos en la secuencia de la atención de la mujer. El primero refiere a las estrategias actualmente utilizadas para promover en la comunidad el acceso al centro de salud para el control del embarazo, y el segundo es el no reconocimiento por parte del hospital base de la necesaria articulación con el centro de salud para la atención del puerperio mediato (contrarreferencia). Un aspec-

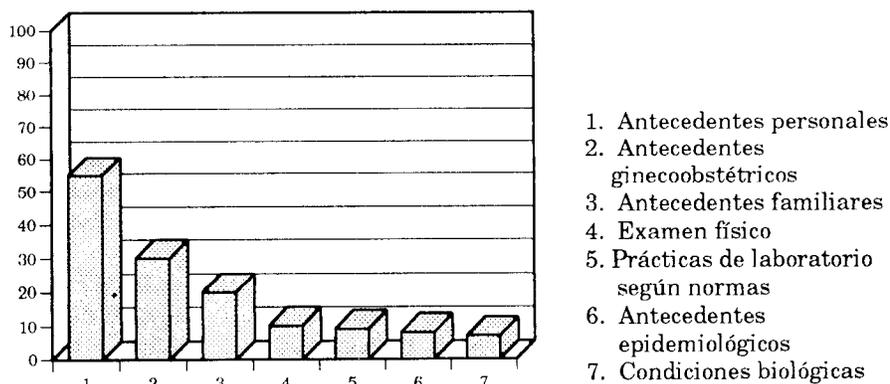
to positivo es que prácticamente todas las mujeres captadas por el centro de salud concurren al hospital base para la atención del parto; sin embargo, en las historias clínicas no aparece la mención de dichas referencias.

Durante la encuesta socioepidemiológica se reprodujo la estrategia de captación de embarazadas, derivando a toda mujer grávida sin control médico o bajo control pero sin cumplimiento de la norma en cuanto a periodicidad. De este modo 13 embarazadas fueron derivadas al centro de salud. De ellas, solo dos concurren a consulta antes de los 20 días de producida la visita domiciliar, el resto lo hizo a partir de los dos meses posteriores a la fecha de la encuesta, hecho que pone en cuestión la propia estrategia general del programa. Por otro lado, la mayoría de las mujeres pertenece a familias que habitan en condiciones de criticidad extrema, y manifestaron no poseer la tarjeta identificatoria de población bajo programa.

Este hallazgo relativo al escaso impacto logrado a través de esta estrategia de intervención —visita domiciliar, identificación como beneficiaria del programa y derivación— lleva a cuestionar su eficacia como instrumento de captación y promoción de la atención en el centro de salud, y obliga a un replanteo de sus fundamentos conceptuales, sustentados en una sobresimplificación de la relación oferta-demanda o bien, más limitado aún, prescripción-cumplimiento.

El gráfico 6, basado en la información elaborada con datos del protocolo clínico, muestra los aspectos más significativos vinculados con el cumplimiento de la norma de atención en el momento del primer control del embarazo (eficacia individual). Los datos se presentan en orden decreciente en términos de los alcances de ese cumplimiento en las embarazadas que accedieron al sistema (nivel de eficacia).

Gráfico 6. Nivel de eficacia de las acciones vinculadas con el primer control del embarazo (n=69)



Se observa que mayoritariamente las prácticas no responden a las pautas que establece el protocolo y que, además, el peso del incumplimiento de la norma recae no tanto en los antecedentes ginecoobstétricos, sino en mayor grado en las acciones vinculadas directamente con el embarazo bajo estudio (examen físico, prácticas de laboratorio según norma y valoración de las condiciones biológicas). Un dato a destacar es que en solo el 9% de los casos se completaron los datos vinculados con los antecedentes epidemiológicos de las embarazadas.

Una de las metas más importantes a los fines del control preventivo del embarazo es la captación temprana (antes del quinto mes de gestación) del 100% de las embarazadas, que se efectivizó en solo un 41%. Además, se comprobó la existencia de diferencias significativas entre captación precoz y nivel de criticidad; las mujeres en mejores condiciones materiales de vida fueron las que acudieron más tempranamente a control.

En relación con el diagnóstico, el 12% de las historias clínicas presentan completud en el examen físico, reduciéndose al 3% y 4% cuando se trata del examen odontológico y ginecológico respectivamente.

La evaluación conjunta de los tres aspectos del protocolo condujo a concluir que ninguna historia clínica presenta completud simultánea en cuanto al examen físico, odontológico y ginecológico. Estos datos sugieren interrogantes que, superando la mera verificación de falta de sistematicidad en el llenado del protocolo impreso, cuestionan la valoración que los profesionales hacen de las prácticas en él estipuladas. Integrando todos estos registros, solo el 7% de las historias clínicas presentan valoraciones en todos los ítems relacionados con las condiciones biológicas de la gestante durante el primer control.

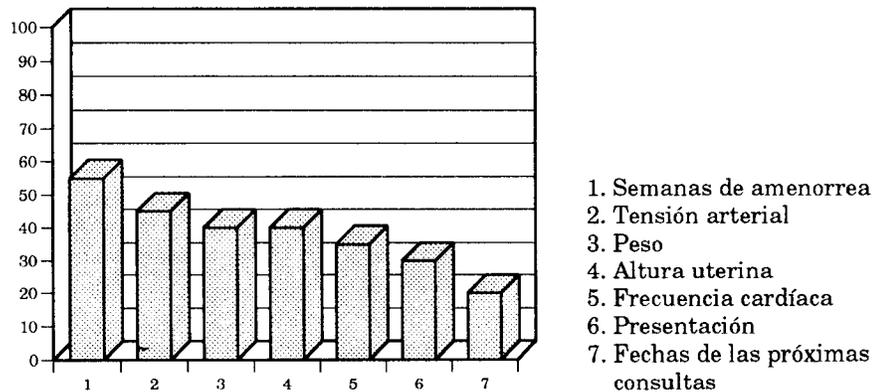
En cuanto a los exámenes de laboratorio que deben solicitarse según norma, en el 26% de los casos se identificó hemograma, porcentaje que disminuye al 22% para VDRL, a 17% para orina y a 3% para hematocrito. En consecuencia, una de las metas, la de control óptimo de laboratorio en el 80% de las embarazadas, está lejos de ser alcanzada ya que solo en el 10% de las historias clínicas figura en forma completa el pedido de exámenes de laboratorio. Aunque no incluidos en la rutina, se comprobó la solicitud de otros exámenes de laboratorio: en el 25% de los casos glicemia, uremia en el 17% y 14% para eritrosedimentación.

Una práctica no incluida en las normas para la primera consulta pero prescrita por los médicos es la ecografía. Esta práctica se había consignado en el 17% de los casos, resultado que podría suponerse relacionado con el comienzo tardío del control del embarazo o por haber sido incorporada en la rutina obstétrica.

En la misma línea de análisis, el gráfico 7, restringido a las 47 embarazadas que tuvieron su parto durante el último año y realizaron más de un control en el centro de salud, pone en evidencia que la eficacia del sistema es también limitada en cuanto a la evaluación de las condiciones

biológicas. Un ejemplo es el bajo porcentaje de casos (21%) en los que el obstetra consignó en todos los controles la fecha en que la embarazada debía volver para control, comportamiento que, además, fue variable entre los especialistas intervinientes. Este dato revela una participación limitada por parte del obstetra para asegurar el seguimiento, ya que es la información de base que utilizan la enfermera y los agentes sanitarios para visitar las embarazadas inasistentes.

Gráfico 7. Nivel de eficacia de las acciones vinculadas con el seguimiento del embarazo (n=47)



El programa propone como meta el control óptimo (ocho controles) en el 80% de las embarazadas. Sin embargo, el 49% de las mujeres habían realizado a lo sumo tres controles, situación que dio como resultado un promedio de cuatro controles prenatales por embarazada.

El cumplimiento por parte del médico de la efectivización de las citas en función de la periodicidad establecida por norma se comprobó en solo 11% de los casos. A su vez, la respuesta de la paciente a las citas médicas se concretó en poco más de una décima parte de las mujeres. Globalmente, solo 15% de las historias clínicas presenta completud en relación con la información requerida por formulario y por norma, lo que indica importantes restricciones de la eficacia individual de estas prestaciones en la asistencia del embarazo.

Los distintos aspectos que exige el protocolo clínico para la evaluación de las condiciones biológicas que no reúnen la misma importancia desde la perspectiva del personal de salud especializado, debieran ser motivo de reflexión y discusión por parte del programa. Merecen particular atención los que atañen a normas nacionales, tales como el dato de la

presentación del feto a partir de las 33 semanas de gestación, valorado en el 69% de los casos que se controlaron después de esa fecha, y el pedido de glicemia después de las 26 semanas de embarazo, que cubre el 24% de las embarazadas bajo control después de esa edad gestacional.

En cuanto a los exámenes de laboratorio o prácticas solicitadas, excluidos los del primer control, la ecografía resultó la solicitud más frecuente con un 25% de casos, porcentaje que disminuye al 21% para el Papanicolaou, VDRL y hemograma, a 17% para glicemia, 15% para uremia y 13% para orina, escala inversa al supuesto generalmente aceptado de mayor frecuencia de exámenes sencillos y que señala paralelamente un escaso cumplimiento de la norma establecida para un control adecuado del embarazo. Paradójicamente, en un medio donde se presume que es mayor el riesgo de anemia, enfermedades venéreas, infecciones urinarias, etc., aparecen con relativa mayor importancia las prescripciones sobre ecografías.

La tarea de pesquisa de las embarazadas que no cumplen con las citaciones médicas, que, como se mencionó, solo fueron registradas en una quinta parte de las historias clínicas, implica el llenado de una planilla *ad hoc* por parte del médico, la que es utilizada por el agente sanitario a los efectos de la visita a la embarazada. En este sentido, se observó apenas un 16% de casos con información sobre cantidad de controles y semanas de amenorrea concordante en una y otra fuente, historia clínica y planilla.

Para analizar la articulación entre el centro de salud y el hospital base, se consideraron las siete embarazadas que por razones de interconsulta o derivación recibieron atención en ambos niveles. Para ellas no se verificaron registros médicos sobre la referencia al hospital base, y tampoco sobre la contrarreferencia efectuada por este último.

Un aspecto crítico en relación con la atención del parto en el hospital base, al que llegaron 50 mujeres, es el menor valor que parece adjudicarse al seguimiento de la evolución del parto, cuya responsabilidad está a cargo de los médicos residentes, a pesar de tratarse de un hospital escuela con un sistema unificado de historias clínicas. El resultado de solo 16% de historias clínicas completas en este aspecto no puede atribuirse a una llegada tardía de la mujer al servicio, dado que en su mayoría registran uno o más controles en el período dilatante indicando que su acceso al servicio se produjo antes de los primeros síntomas del trabajo de parto.

En cuanto al momento del parto, resalta el mayor énfasis en la valoración de las condiciones del recién nacido por sobre las concernientes al propio parto, hecho en el cual puede influir la participación del pediatra para la recepción del niño. Este supuesto se apoya en una proporción más alta de registros completos sobre el examen físico de los recién nacidos (88%), que de los referidos al diagnóstico del parto (76%).

En el 60% de las mujeres, el tiempo transcurrido entre el último control

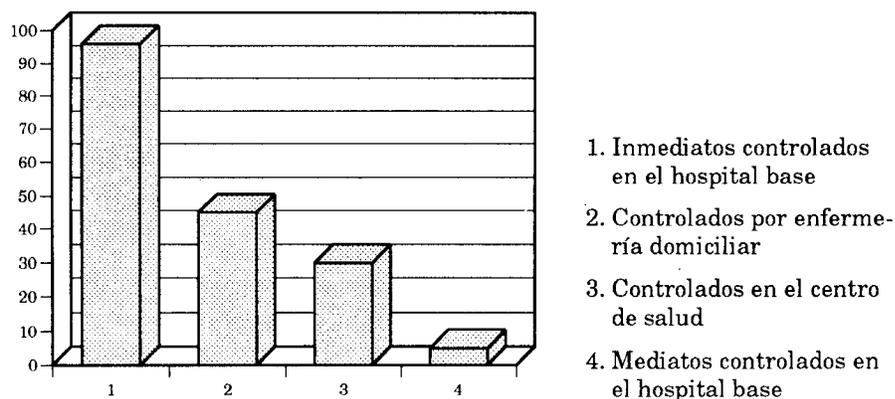
y el parto es de más de siete días, correspondiendo el 36% a un período mayor de 15 días. Este dato, que pone de relieve deficiencias en un aspecto cualitativo del control del embarazo —el referido a la intensificación de los controles en la inmediatez del parto—, se complementa con otros aspectos críticos que hacen a la articulación entre centro de salud y hospital base. Estos aspectos aluden a que solo en el 34% de las historias clínicas concernientes a la atención del parto existe concordancia entre los datos relativos a antecedentes del embarazo en ambos niveles de atención.

Del conjunto de protocolos que se utilizan para registrar la información a lo largo del proceso reproductivo se destaca, en relación con el parto, la hoja resumen o de epicrisis. Dado que es este documento el que permite reunir los aspectos salientes vinculados con la atención del embarazo, parto y su resultado, en él debiera verificarse una concordancia plena con la información previa. Sin embargo, en solo 70% de los casos hay acuerdo entre los datos de la epicrisis y del embarazo y en el 66% con los datos del parto. Las discrepancias surgen tanto por falta de registro de la información en una y otra fuente, como por diferencias en el dato consignado.

La falta de articulación de los dos niveles de atención dentro del área también se pone de manifiesto al analizar la información disponible por el hospital base de los antecedentes de la evolución y seguimiento de los embarazos que se encuentran en el centro de salud: en solo 34% de las mujeres atendidas en el hospital base se actuó con pleno conocimiento de estos antecedentes. Ello implica que, en la mayoría de los casos, el haber efectuado o no el control del embarazo no aporta demasiados elementos a los efectos de reducir los riesgos del parto y del recién nacido.

Una vez concluida la atención del parto, una alta proporción de mujeres (96%) fue objeto de control inmediato en el hospital base, aunque sin llegar a la meta propuesta por el subprograma. En lo relativo al control mediato, pudo visualizarse un aspecto crítico que tiene que ver con la articulación entre el hospital de referencia y el centro de salud: la contrarreferencia de las púerperas. En este aspecto, es una práctica sistemática del hospital citar a las mujeres a uno de sus servicios, el denominado Centro Maternoinfantil, ignorando de esta forma la interrelación que debiera existir entre ambos niveles de atención.

En lo referente a la atención del puerperio (gráfico 8), se observó, además, una gran diferencia entre la relativa regularidad de las acciones en torno de la atención del embarazo y parto y las referidas a la evolución del puerperio, aun cuando la visita domiciliar de enfermería implementada en el transcurso del año en estudio, pareciera suplir en parte aquella deficiencia. En efecto, esta actividad permitió aumentar la captación de 32% (que acudieron al centro de salud para control de puerperio) a 46%, y solo 6% retornó al hospital base, a pesar de los intentos del servicio de obstetricia por derivar las púerperas al centro maternoinfantil de

Gráfico 8. Cobertura del sistema para el control del puerperio (n=50)

la institución. Además, se comprobó que a pesar de tratarse de actividades recientemente implementadas, la primera visita domiciliar a las mujeres captadas para control del puerperio (46%) se efectuó en un 65% en el transcurso de la primer semana después de producido el parto, en cumplimiento de la norma. En casi la totalidad de esas visitas la enfermera aconsejó a la puérpera concurrir con el niño al centro de salud. En este punto también pudo observarse la falta de concordancia entre los datos de la historia clínica y los de la planilla de enfermería domiciliar referidos a más de la mitad de las puérperas asistidas

Respecto de las acciones vinculadas con la atención del recién nacido, se encontró que el 88% de los exámenes físicos de los niños que egresaron del hospital base se registraron en forma completa. Sin embargo, este dato no se correlaciona con el registro de epicrisis del neonato: solamente 3% de los casos figura en forma completa; esto probablemente tenga origen en la ausencia de formularios estructurados, dado que la mayor parte de la información se registra en hojas en blanco.

La concurrencia de especialidades médicas diferentes en lo que hace a la atención del parto y del recién nacido, cada una inmersa en su ámbito particular de injerencia como espacios inconexos, se expresa en el escaso porcentaje de historias clínicas maternas (26%) en las que figura el dato correspondiente a la historia clínica del niño. Ello indica, a su vez, que las prácticas asistenciales vinculadas con el niño no toman en cuenta todos los antecedentes del embarazo y del parto. Sin embargo, cuando la información se consigna, existe concordancia en la historia clínica del neonato respecto de los datos del embarazo y del parto en 74% y 90% de los casos respectivamente.

La meta postulada por el programa —que el 100% de los niños nazcan con pesos superiores a 2500 grs— supone no solo acciones médicas de control de la evolución del embarazo, sino que, en tanto ello se logra con la regularidad establecida, se desarrollen acciones preventivas, programas de complementación alimentaria, mejoras en las condiciones familiares de vida, etc. En este aspecto, aunque restringido al análisis de los datos de 98 menores de un año en el período en estudio (se excluyen cinco para los que no pudo obtenerse el dato), cinco niños registraron bajo peso al nacer, todos ellos pertenecientes a familias de extrema criticidad. El porcentaje resultante, aunque bajo en términos generales para el contexto en estudio, sirve para replantear la actual perspectiva asistencial bajo una óptica de una mayor equidad desde el punto de vista socioepidemiológico en un resultado como este, condicionado fundamentalmente por factores sociales.

En sus diferentes aspectos, y sobre la base de información de fuente secundaria con que se registran las actuaciones médicas en torno al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, el subprograma de salud perinatal presenta limitaciones en cuanto a su eficacia social. La propuesta programática de una atención selectiva resulta en actividades coherentes orientadas desde los servicios hacia la comunidad, pero que plantean puntos críticos que aluden a una limitada cobertura y falta de eficacia individual y que además, desde el punto de vista epidemiológico, no tienen en cuenta los distintos riesgos sociales de la población.

Otros datos, por ejemplo que más de la mitad de las mujeres tienen su parto después de los siete días de efectuado el control en el centro de salud, y el mecanismo utilizado por el programa, según el cual el hospital dispone de los análisis de rutina en tanto la mujer los lleve consigo para su internación, plantean diferentes puntos críticos. Por último, ciertos atributos de los registros, la ausencia de datos o las discrepancias en estos aluden también a las posibilidades de una mejor articulación y pertinencia de las acciones, tanto entre ambos niveles de atención como en el interior de cada uno de ellos. En este sentido, el sistema plantea algunas deficiencias basadas por lo general en los distintos protocolos utilizados para cada instancia. La existencia de un número importante de documentos que exigen la replicación de los datos dentro de la historia clínica opera en contra del objetivo de lograr una historia completa.

Subprograma de salud infantil

Para la evaluación del subprograma de salud infantil se tomaron como trazadores cuatro problemas-eje —control de salud en niños menores de dos años, infecciones respiratorias agudas (IRA), diarreas y desnutrición en niños menores de seis años— que fueron analizados como componentes individuales. Se tomaron distintos puntos de partida según el problema-eje; así, para el caso del control de salud se consideraron todos los niños

menores de dos años detectados por el estudio socioepidemiológico. En el caso de IRA y diarreas, se partió de los menores de seis años que según información de las madres padecieron esas patologías en el mes anterior a la encuesta. El antecedente de desnutrición, sin restricciones de tiempo, también en menores de seis años, fue el otro grupo considerado.

Para el seguimiento de los casos se revisaron las historias clínicas de todos los niños que figuraban en la encuesta como controlados en cualquiera de los dos niveles de atención, centro de salud y hospital referencial, ante la posibilidad de derivaciones del primer nivel para una atención de mayor complejidad, identificándose en definitiva los casos a seguir (con uno o más controles registrados en el centro de salud).

Control de salud en niños menores de dos años. El control de salud consiste en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años, que se operacionaliza en un examen médico periódico y el cumplimiento de los esquemas de vacunación.

Aunque el control de salud es, según las autoridades del programa, uno de los aspectos prioritarios de la atención infantil, no existe un subprograma con normas y procedimientos explícitos que regulen las prácticas correspondientes. Solo se han establecido algunas metas, como la que establece la captación temprana, antes de los 10 días de vida, del 80% de los niños; también pautas de citación, estipulándose para el primer mes de vida un control cada 15 días, hasta el año un control por mes y hasta los dos años un control cada tres meses, recomendándose llevar a cabo este esquema para todo niño que no presente signos de desnutrición. Para los niños que tienen algún problema nutricional se aconseja realizar un control por mes, cualquiera sea su edad. Durante la ronda domiciliar, el agente sanitario realiza la captación de niños sin control tal como se explicitara anteriormente.

La asistencia del niño al centro de salud queda registrada en las fichas de control de asistencia, en las que se consigna además de las consultas realizadas por mes, el estado nutricional y la pesquisa que lleva a cabo el agente sanitario. De acuerdo con lo establecido, a partir de estas fichas de control de asistencia el médico solicita al agente sanitario la búsqueda de los pacientes que no cumplen con las citaciones.

Del total de 185 niños menores de dos años detectados por el estudio socioepidemiológico se observó que solo tres no habían concurrido a ningún servicio para control, 56 lo hacían a otros servicios fuera del área, mientras que el resto (126; 68%) cumplían con la normativa. Frente a estos resultados cabe preguntarse cuáles son las causas que operan para que un programa centrado en los aspectos maternoinfantiles no logre captar al 100% de los niños menores de dos años; cuáles son los motivos por los que las madres llevan a sus hijos a control a otros servicios y cuáles los que operan para que el programa sea incapaz de lograrlo.

Observada la situación desde el centro de salud, la captación temprana solo se verificó en el 35% de los niños que consultaron. Cabría al programa verificar si este porcentaje ha sufrido modificaciones a partir de la incorporación de la enfermera domiciliar, a cargo, como se mencionara, de las visitas a las púerperas en los siete días subsiguientes al parto para motivar a la madre a que concurra al centro de salud con su hijo.

Teniendo en cuenta las pautas de citación que reconoce el programa, el cumplimiento de las mismas por parte de los médicos se verificó en el 36% de los casos durante el primer año de vida, proporción que aumenta al 46% para el segundo año, aunque debe entenderse como parcial ya que no todos los niños habían completado los dos años de vida.

Desde el ángulo de los pacientes, la respuesta a las citaciones médicas se concretó en solamente 21% de los casos, por lo que el incumplimiento se verifica tanto por parte del médico como de la madre del niño, que en un bajo porcentaje de casos acata las citaciones médicas. Aunque es preocupación del programa la renuencia de la población al control de la salud infantil, tampoco la intervención de los agentes sanitarios para la pesquisa de casos parece haber producido hasta ahora algún impacto. Cierta información disponible, aunque indirecta, permite llegar a tal conclusión. En efecto, la concordancia entre los datos volcados en las fichas de control de asistencia —instrumento que debe utilizar el agente sanitario— y la consignada en las historias clínicas se concretó en el 43% de los casos. De ahí se deduce que el control médico puede realizarse correctamente en menos de la mitad de los niños que requieren una búsqueda especial.

Por otra parte, una vertiente explicativa refiere a los hábitos incorporados a la cultura general que postergan las acciones preventivas privilegiando la concurrencia al médico ante la enfermedad, comportamiento que, por otra parte, no se modifica fácilmente pese a la información que pueda transmitir el agente sanitario o la indicación del médico. Este hecho fue corroborado durante el estudio socioepidemiológico: se derivaron 23 niños hallados sin control o fuera de término según la citación médica; entre ellos, solamente nueve respondieron a la intervención, concurriendo al centro de salud en un lapso no mayor de un mes. Este punto crítico del programa debería motivar una reflexión sobre la pertinencia de los esfuerzos actuales para promover la concurrencia al centro de salud, el emprendimiento de investigaciones antropológicas en la comunidad, etcétera.

Desde el ángulo de las prácticas asistenciales un aspecto importante del análisis fue considerar la continuidad de la atención del niño por un mismo profesional, circunstancia que se dio solo en 28% de los casos. Se observan cortes en las historias clínicas según el profesional interviniente; por ejemplo, en algunos casos figuran referencias a la desnutrición en varias consultas atendidas por un médico, que desaparecen cuando es

otro el profesional interviniente, para reaparecer cuando el niño es nuevamente atendido por el primer profesional. Este aspecto, que gravita sobre la posibilidad de un tratamiento integral, alude directamente a fallas en la eficacia del sistema para un tipo de atención individualizada. Esta ruptura, debida básicamente a la rotación de los médicos dentro de los servicios de salud, se reitera con mayor frecuencia a medida que aumenta la edad del niño.

En términos de las prácticas solicitadas, en el 33% de los casos se realizó al menos un pedido de interconsulta, derivación, o ambas, y en el 75%, de análisis, prácticas complementarias o ambas. Las interconsultas, supuestamente motivadas por la complejidad del problema, se efectivizaron solo en 66%, y en proporción menor aún los estudios complementarios, que se cumplieron en forma completa para cada paciente en 46%. Estos resultados, que ponen de manifiesto la escasa predisposición de la población a realizar las prácticas secundarias (análisis, interconsultas, etc.), llevan a plantear otros interrogantes respecto de la comunicación médico-paciente y sobre los impedimentos materiales que enfrenta la población debido a que la mayoría de estas prácticas se realizan en el hospital, con los consecuentes gastos de movilidad y tiempo.

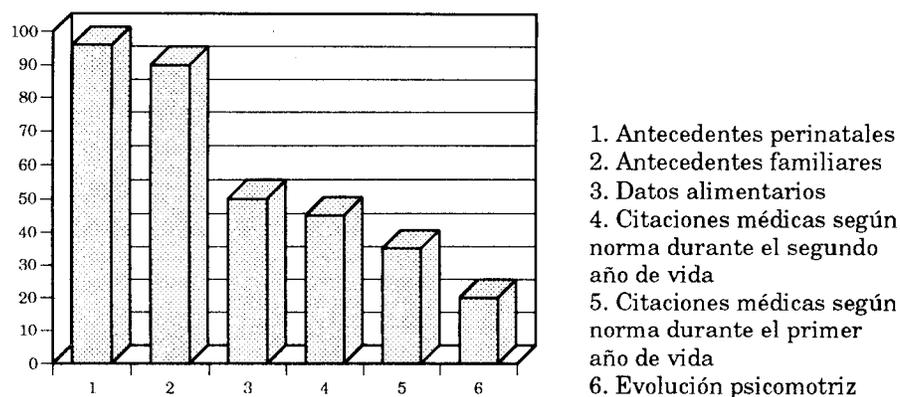
Por otra parte, en un plano de mayor profundización, los hallazgos señalan que la condición de hijo único no afecta la concurrencia temprana al control de salud, ni el cumplimiento de derivaciones, ni la realización de exámenes complementarios. Tampoco afecta el cumplimiento del esquema de vacunación (tanto de triple como de Sabin), analizado considerando la edad del niño, factor, este último que sí modifica el cumplimiento materno de las citaciones médicas.

La propuesta programática tendiente a promover consultas para el control del crecimiento y desarrollo infantil, es decir, no mediando la percepción de síntomas y signos de enfermedad, también fue objeto de análisis. De acuerdo con lo consignado por el médico en la historia clínica, se identificaron 29 niños (23%) que nunca habían concurrido al médico para control de salud solo lo hicieron por causa de alguna patología. Aun así, 12 de ellos realizaron una sola consulta. No se registraron consultas por desnutrición en menores de seis meses, observándose que las mismas aumentan gradualmente con la edad del niño.

El gráfico 9 permite evaluar el grado de exhaustividad con que se registran los datos en los protocolos de las historias clínicas, observándose el mayor peso que adquieren los antecedentes familiares y perinatales frente a los datos sobre alimentación y evolución psicomotriz, íntimamente relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño. Solo el 13% de las historias clínicas están completas en todos los ítems considerados en el gráfico.

Un capítulo de particular tratamiento dentro del subprograma de salud infantil fue el referido a inmunizaciones. Tomando en cuenta la

Gráfico 9. Nivel de eficacia de las acciones vinculadas con el seguimiento del niño menor de dos años (n=126)



norma del Ministerio de Salud y Acción Social,⁵¹ se observó que a medida que aumentan las exigencias sobre el número de dosis, disminuye el porcentaje de niños que cumplen el esquema (cuadro 29). Así, para la vacuna triple el porcentaje de niños vacunados es del 52% con la primera dosis y solo de 11% con las tres dosis; con respecto a la Sabin, con igual normativa, el cumplimiento es ligeramente mayor: 62% con la primera dosis y 17% con las tres.

Cuadro 29. Niños vacunados según norma (%)

Dosis	Triple	Sabin
Primera (hasta 3 meses)	56	62
Primera y segunda (hasta el 6º mes)	29	35
Primera, segunda y tercera (hasta el 8º mes)	11	17

⁵¹ Tres dosis con dos meses de intervalo, al 2º, 4º y 6º mes de vida.

Con un criterio más laxo respecto de la norma oficial, y considerando que el niño que recibe tres dosis está inmunizado aunque estas no hayan sido aplicadas siguiendo el esquema propuesto,⁵² los porcentajes de niños inmunizados aumentan a 54% para la triple y a 58% para la Sabin, quedando sin cobertura de vacuna el 19% y 16% respectivamente.

Cuadro 30. Niños inmunizados (%)

	Triple	Sabin
<i>Con cumplimiento</i>		
total	54	58
parcial	27	25
nulo	19	16

La tenencia de la tarjeta que acredita la pertenencia al programa no mostró diferencias significativas con respecto a la vacunación (total o incompleta) tanto para la triple como para la Sabin. Este dato pone en duda el valor instrumental de la entrega de la tarjeta y, en un nivel más profundo, las motivaciones de las madres para vacunar a sus hijos, independientemente de las acciones implementadas por el programa.

En cuanto a la vacuna antisarampionosa, cuya administración se realiza en una sola dosis al año de vida, se observa que hay 29% de niños mayores de un año que no cuentan con la dosis correspondiente y, por lo tanto, están indefensos frente al riesgo de contraer una enfermedad que, en estos grupos sociales y a esa edad, reviste una alta tasa de complicaciones y mayor letalidad.

Diarreas. Sobre la atención de diarreas tampoco existe un subprograma específico con objetivos claramente explicitados que establezca las acciones que se deben realizar para alcanzarlos. Solo se dispone de indicaciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del caso individual, que especifican además las técnicas médicas de rehidratación oral en el caso de diarreas (persistentes o no) y toman en cuenta las *Normas para la prevención y control de enfermedades diarreicas agudas del niño menor de cinco años*.⁵³

⁵² Se consideró un intervalo entre dosis de hasta 3 meses, prescindiendo del momento de aplicación de la primera dosis.

⁵³ Ministerios de Salud y Acción Social. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Programas de Salud.

En la encuesta a la comunidad del área se identificaron 66 niños con antecedentes de diarrea en el mes anterior. En un número bastante menor (44), la madre dijo haber llevado al niño al centro de salud para su atención, concurrencia que se confirmó solamente en 18 a través de la revisión de las historias clínicas correspondientes. Entre estos últimos, captados por el programa, dos no poseían la tarjeta identificatoria.

Aun cuando a los fines de la atención médica se requiere consignar el dato del peso y talla en todas las consultas, en particular el primero por tratarse de diarrea, en tres de los 18 niños esta información no se registró en la historia clínica. Además, únicamente en 10 casos constan las prescripciones o el tratamiento indicado para el control de la diarrea, episodio que para la mayoría (16) se presentó junto con otra patología.

Se comprobó además la ausencia de diferencias significativas entre los niños que concurrieron al centro de salud y los que no lo hicieron, tanto en lo que se refiere a la tenencia de la tarjeta como a las condiciones de precariedad del microhábitat de la familia se puso de manifiesto que, en la práctica, las familias beneficiarias de las acciones médicas son las que demandan la atención, y que el sistema no reconoció la existencia de grupos de riesgo de la población de su área programática.

Por último, y como otra evidencia de que el mero acto de derivación no produce los efectos esperados en la población, cabe destacar que de los cinco niños que tenían diarrea en el momento de la entrevista y que fueran derivados al centro de salud para su atención, ninguno concurrió en el lapso de los siete días subsiguientes.

Infecciones respiratorias agudas. Con respecto a esta patología, tampoco existen objetivos programáticos definidos de control ni actividades programadas para la captación y seguimiento de niños afectados. Las acciones se basan en las *Normas para la atención primaria de infecciones respiratorias agudas*,⁵⁴ que formulan expresamente las conductas médicas de diagnóstico y tratamiento a realizar ante cada caso de IRA.

Aun cuando la encuesta se realizó a comienzos del verano, el número de niños que habían padecido alguna infección respiratoria aguda durante el mes anterior a la encuesta o la padecían en el momento de realizar la misma fue de 213, muy superior al de niños con diarrea. De ellos, según sus madres, 132 (62%) habían concurrido al centro de salud u hospital base para la atención del problema. Sin embargo, se encontraron 122 historias clínicas, de las cuales en solo 68 (56%) constaba el dato de la consulta por IRA en el último mes o en fecha próxima a la encuesta. Los 22 niños cuyas madres declararon que presentaban IRA en el momento de la encuesta y

⁵⁴ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

que no tenían control médico fueron derivados al centro de salud; solo tres concurren a la consulta en la semana subsiguiente.

Todo ello permite concluir que a pesar de verificarse para esta patología una alta prevalencia en la población, la captación efectiva de casos observada apenas si alcanza al 32% de los niños afectados. Cabe preguntarse si, por ser esta una enfermedad muy generalizada entre menores, las madres tienden a minimizar el problema y recurren al centro de salud solo cuando la enfermedad se prolonga o complica, situación que a su vez exige un replanteo en particular de las acciones educativas depositadas en el agente sanitario y en general sobre los mecanismos de interacción del sistema con la comunidad.

Se agrega a lo anterior que, al igual que para diarreas, no pudo verificarse que la concurrencia de los niños al centro de salud esté significativamente asociada con el nivel de precariedad o con la tenencia de tarjeta, lo que muestra una vez más la falta de criterios de equidad y cobertura con que se manejan las acciones que ejecuta el programa.

Desnutrición. El subprograma dirigido a la atención de la desnutrición, íntimamente ligado al de control de salud para su prevención y detección temprana, constituye una de las actividades más importantes de un programa de APS que debiera abordarse integralmente incorporando acciones sobre la población a través de programas de alimentación complementaria de la madre y el niño. Si bien en teoría esto se reconoce en forma oficial, no existen en el centro periférico ni en el hospital base documentos que estipulen objetivos, metas, normas y procedimientos a seguir para la asistencia de desnutridos, menos aún para la prevención primaria de la desnutrición.

Ante la ausencia de documentación, el área I se basa en las *Normas de diagnóstico y evaluación de crecimiento y desarrollo* estipuladas por la Sociedad de Pediatría de Rosario, organización de carácter académico que reúne los especialistas de la zona. Esta institución recomienda educar a la población sobre la periodicidad del control del niño sano, como conducta preventiva para detectar tempranamente un déficit nutricional. Además propone a los servicios de atención pediátrica el uso de diferentes gráficos para controlar el crecimiento pondo-estatural, estableciendo normas para el diagnóstico de desnutrición. Estas recomendaciones, aun cuando no están formalmente establecidas como normas del programa, son las que orientan al personal del centro de salud.

El programa no contempla actividades específicas para la captación de niños desnutridos. Se parte del presupuesto de que existe captación y control de salud del 100% de los recién nacidos antes del mes y que, por lo tanto, el desnutrido puede detectarse directamente en el centro de salud, con una amplia cobertura dentro del área de influencia. Cuando a juicio del médico el caso requiere atención especial, se solicita la visita domi-

ciliaria del agente sanitario de turno, reconocida como actividad de pesquisa de desnutridos. La baja proyección del centro de salud en la atención de salud infantil, que se traduce en que menos de la mitad de los niños menores de dos años concurren a él periódicamente para su control, sin diferencias entre lactantes y mayores de un año según los resultados obtenidos, indica que estos supuestos están lejos de cumplirse.

En contraposición con lo anterior, la encuesta domiciliar permitió identificar 170 niños con antecedentes de desnutrición; para 156 de ellos (92%), el último control por este motivo tuvo lugar en el centro de salud o en el hospital base. Sin embargo, la revisión de las historias clínicas señaló que el antecedente de desnutrición⁵⁵ había sido registrado en un número menor, 111 (es decir, el 71%) entre los cuales 20% corresponde a niños menores de dos años.

Las curvas de crecimiento pondero-estatural estandarizadas, que forman parte de la documentación clínica, constituyen un recurso sencillo y rápido para el diagnóstico del estado nutricional. No obstante, del total de historias analizadas, se observó que en 98% de los casos se utilizó el gráfico de crecimiento y solamente en 17% este estuvo acompañado por el gráfico de la relación peso/talla. Al respecto, nótese que no siempre los médicos intervinientes consignaron los datos correspondientes a todas las consultas.

Otro aspecto analizado hace referencia al registro de exámenes complementarios (hemogramas, parasitológicos, urocultivos). Se encontró que de 29 casos con solicitudes de urocultivo, en 4 no se realizó ninguna valoración; de 71 para hemograma, 7 no se valoraron, y de 54 parasitológicos, en 6 simplemente se dejó constancia del resultado, lo que pone de manifiesto que la transcripción en la historia clínica de los hallazgos de las prácticas solicitadas se considera elemento suficiente como información del tratamiento.

La lectura detenida de las historias clínicas permitió comprobar que solo en 16 casos (14%) figura la recuperación del niño (todos mayores de 2 años); en 38 (34%) no se hace referencia a la evolución del estado nutricional (se desconoce en consecuencia si hubo recuperación); en 2 (de un año de edad), figurando el diagnóstico de desnutrición en el gráfico, no se hace ninguna alusión a este en el texto de la historia clínica; por último, las 55 historias clínicas restantes corresponden a niños que continuaban en tratamiento.

En el transcurso del estudio socioepidemiológico en la población fueron derivados al centro de salud todos los niños identificados con ante-

⁵⁵ Se consideraron registros de desnutrición en la historia clínica: la mención D1 (desnutrido de primer grado), el dato referido a si el porcentaje sobre el peso teórico es 90 o menos, y los puntos consignados en los gráficos fuera de las curvas de normalidad.

cedentes de desnutrición cuyo último control databa de 2 meses o más, 26 en total de los cuales solo 8 acudieron al centro en los 15 días subsiguientes a la encuesta.

La medición antropométrica realizada durante la encuesta permitió detectar niños con síntomas de desnutrición. Posteriormente, se buscaron sus respectivas historias clínicas en el centro de salud con el objeto de evaluar, en primer lugar, si estaban bajo control, y en segundo término, si figuraba el diagnóstico de desnutrición en un período de seis meses previos a la encuesta.

El número de desnutridos detectados en la encuesta fue de 73 menores de 6 años, los que representan 13% del total de niños de esa edad; en el momento del seguimiento no se encontraron datos de 18 de ellos, o bien porque no concurrieron al centro de salud para su control o porque, habiéndolo hecho, como refirió la madre, no pudo localizarse la historia clínica correspondiente. En consecuencia, el análisis quedó restringido a 55 niños.

Se encontró que si bien 38 historias clínicas incluyen los gráficos de peso y talla como parte del protocolo, en solo 28 consta el estado de desnutrición del niño. Entre las historias clínicas, se reducen a 20 las que presentan concordancia entre el registro textual y lo representado en la gráfica por el médico. En otras dos historias se encontró solamente la mención del estado nutricional, lo que hace en definitiva un total de 30 casos de desnutrición captados por el centro de salud.

Estos hallazgos hacen pensar que al parecer los médicos prefieren consignar el diagnóstico en el lugar correspondiente a la consulta, desaprovechando el aporte que para el seguimiento del caso brinda su graficación. Cabe entonces preguntarse sobre la utilidad de la incorporación de un instrumento cuando ello no va acompañado de acciones educativas y de supervisión que aseguren su integración a la práctica cotidiana.

Subprograma de hipertensión arterial

Como se mencionó, data la importancia de la hipertensión como factor de riesgo en las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares), las autoridades del área I decidieron aplicar un subprograma específico de prevención y control.

A los efectos del seguimiento, se consideraron todas las personas de 15 años o más que en la encuesta se reconocieron como hipertensas, y cuyo último control había sido realizado en el centro de salud y en el hospital base en el último año. Además, se utilizaron los datos obtenidos en el *screening* realizado en la comunidad, que supuso la evaluación directa de la tensión arterial en todos los individuos de 15 años y más.

De las 144 personas identificadas con antecedentes de hipertensión, 81 (56%) dijeron haber concurrido a control a alguno de los centros referenciales del programa. Sin embargo, se encontró dicho registro en

solo 25 (31%) historias clínicas, 15 de ellas con a lo sumo dos consultas por hipertensión en el período considerado. Aun cuando la propuesta programática no establece periodicidad en los controles, existe documentación con pautas explícitas que especifican un control por mes. Estos resultados muestran el seguimiento insuficiente de hipertensos, corroborado también por la ausencia de registro de fechas de citación.

Aun cuando el subprograma especifica que la evaluación del diagnóstico debe realizarse a través del examen clínico y de exámenes de laboratorio (orina, uremia, glicemia, hemograma, colesterolemia, trigliceridemia, uricemia, kalemia, urocultivo, etc.), en solo siete pacientes se cumplimentaron algunos de ellos durante el último año, constando en cuatro la solicitud de análisis, sin ninguna referencia a los resultados. Por otra parte, salvo en uno de los siete casos, en ninguna consulta figuran indicaciones al paciente referidas al problema. Tampoco se encontraron registros de interconsultas al hospital base.

En forma similar a lo ocurrido con otros problemas-ejes, se verificó respecto a esta patología la falta de respuesta a la derivación efectuada a 58 personas que declararon tener antecedentes de hipertensión y cuyo último control había sido efectuado con anterioridad a los tres meses previos a la encuesta. De ellas, solo tres concurren a control en el transcurso del mes subsiguiente a la encuesta, lo que demuestra que no basta con una simple indicación hecha en el momento de la encuesta de la visita domiciliaria para inducir en la población la necesidad de la consulta.

El *screening* realizado en adultos condujo a la derivación al centro de salud de 135 casos que presentaban valores superiores a los normales para la edad. Esta evaluación se efectuó de acuerdo con criterios epidemiológicos que son reconocidos por el propio programa, según consta en documentos del hospital base.⁵⁶

De las 135 personas con valores de presión arterial superiores a los normales, 67 (50%) declararon tener antecedentes de hipertensión y 42 identificaron al centro de salud o el hospital base como el último lugar de control por ese motivo. Sin embargo, en estas instituciones se localizaron en total 25 historias clínicas, y solo en 15 constaba el antecedente de hipertensión. Frente a ello, cabe considerar que de las 26 muertes en mayores de 15 años ocurridas en el año previo a la realización de la encuesta, 4 (mayores de 55 años) correspondían a patologías asociadas con la hipertensión.

Sin necesidad de hacer un análisis complejo, los resultados anteriores

⁵⁶ "...de ninguna manera debe despreciarse totalmente un hallazgo aislado, ya que los niveles de presión arterial ocasional son los utilizados en la mayoría de los estudios epidemiológicos que describen el incremento de la morbimortalidad con el aumento de la presión arterial. Si determinaciones posteriores no confirman el diagnóstico de hipertensión arterial crónica se considera que el enfermo padece hipertensión arterial fronteriza".

son suficientes para inferir la reducida óptica con que el programa visualiza hoy el problema, en la medida en que controla a menos de la quinta parte de las personas potencialmente hipertensas en el área; por otro lado el programa, a pesar de reconocer la importancia del problema, no implementó los mecanismos apropiados para alcanzar niveles mínimos de eficacia.

Subprograma de tuberculosis

El subprograma de tuberculosis es, en comparación con los ya analizados, el que tiene objetivos más acabadamente explicitados junto con una mejor descripción de las acciones referidas a la prevención, educación y seguimiento de casos. A similitud de los subprogramas mencionados, se consideraron todas las personas identificadas en la encuesta con antecedentes de tuberculosis cuyo control se hubiera realizado en el centro de salud o en el hospital base, procediéndose, además de la recolección de muestras de esputo de personas con tos productiva en un lapso de 15 días o más para su remisión para baciloscopia, a su derivación al centro de salud, así como a la de toda persona con antecedente de tuberculosis cuya última consulta excediera los dos meses previos a la entrevista.

Según la información brindada por la población, 14 personas reconocieron contar con antecedente de tuberculosis; de ellas, 7 dijeron controlarse en un centro de referencia del programa. De las 5 historias clínicas que se encontraron en el hospital base, 4 corresponden a casos que no consultaron en el centro de salud y los datos son incompletos; en solo una consta la derivación del paciente al centro de salud para su control —que no se llevó a cabo—. En la quinta historia considerada, a pesar de lo manifestado en la encuesta, no figura la confirmación diagnóstica.

La implementación de las actividades en el terreno para realizar la pesquisa de casos durante el estudio socioepidemiológico con base en los documentos y normas existentes, permitió verificar la falta de especificidad de los mecanismos que hasta ese momento se utilizaban y de las responsabilidades de los distintos miembros del equipo de salud. De los 42 sintomáticos respiratorios identificados durante la encuesta, a los que se les tomó la muestra de esputo y se los derivó al centro de salud, se observó que solo 5 concurrieron para su atención en los 20 días subsiguientes a la entrevista. Estos resultados muestran las falencias en la pesquisa de casos a cargo del agente sanitario, de la enfermera del centro de salud o del médico.

Otro aspecto importante es la ausencia de las actividades de vigilancia epidemiológica propuestas en el subprograma, y la falta de registros de investigaciones realizadas entre miembros de la familia o convivientes del paciente. Se estipula claramente que cualquiera de los agentes de salud (agentes sanitarios, enfermeras y médicos), ante la presencia de un tosedor crónico, debe agotar todos los medios para lograr la muestra de esputo, la que debe ser remitida a la Liga Antituberculosa para su análi-

sis. Este procedimiento se cumple rara vez, y muestra en este caso en particular la falta de articulación entre ambos programas, en los diferentes niveles de atención.

Eventos cruciales

El estudio de los eventos cruciales, que completa la propuesta evaluativa del programa, arrojó resultados coherentes con los obtenidos a través del análisis de los principales componentes programáticos. En este aspecto, la información insuficiente que tiene el programa acerca de las muertes y hospitalizaciones producidas en el año anterior entre los habitantes del área constituye en sí misma una evidencia importante de la eficacia reducida del sistema para la atención de los diferentes procesos de salud-enfermedad que aquejan a la población.

La búsqueda de información sobre la atención de 34 individuos que habían fallecido el año previo se hizo en el centro de salud⁵⁷ y en el hospital base. Solo en cinco casos se encontró la historia clínica, tres de ellas pertenecían a niños recién nacidos, uno de los cuales no tenía antecedente de control del embarazo ni de atención del parto en el área, es decir, no había sido captado por el programa en ningún momento; en los otros dos casos el control del embarazo había comenzado tardíamente. Ambos casos presentaron patologías y fueron insuficientemente controlados; uno de ellos terminó en forma prematura a las 29 semanas de gestación, en el otro, una madre preeclámpsica y diabética dio a luz un niño deprimido grave. La cuarta historia clínica corresponde a una mujer de 64 años, fallecida a causa de un cáncer de útero, que llega tardíamente al centro y es derivada al hospital. Al concurrir a otro servicio fuera de la red del área el caso sale del sistema. La última historia corresponde a una mujer que presenta un cuadro de insuficiencia renal y llega en grave estado directamente al hospital base, sin registrar antecedentes en el centro de salud.

Respecto a estos dos últimos casos cabe señalar que el programa de atención primaria vigente en la ciudad de Rosario no contempla acciones específicas de control de cáncer femenino, ni tampoco dirigidas a la tercera edad. En cuanto a la hospitalizaciones de menores de seis años durante el año anterior a la fecha de la encuesta, se inició la búsqueda en el centro de salud⁵⁸ siguiendo luego en el hospital base, a través de las historias clínicas correspondientes. De esta manera, se intentó analizar el hecho secuencialmente, identificando los distintos momentos en que se tomaron decisiones que expresaran la articulación existente entre ambos

⁵⁷ Consultas realizadas en un período de seis meses anterior a la fecha de muerte.

⁵⁸ Se analizaron todas las consultas realizadas en un período de seis meses anterior a la fecha de la hospitalización.

niveles de atención. De los 41 niños menores de seis años con antecedente de hospitalización se localizaron 22 con historia clínica, ya sea en el centro de salud, en el hospital base o en ambos niveles, 17 de ellos menores de dos años.

Solo 14 historias clínicas del centro de salud registran consultas en el período de referencia, figurando en tres de ellas la derivación al hospital base para internación; en este hospital no se halló registro de las mismas. En otras seis historias el único dato indicativo de la internación es la información brindada por la madre durante una consulta posterior. Este dato no pudo ser confirmado al no hallarse la historia clínica correspondiente en el hospital.

En el hospital de referencia se localizaron nueve historias clínicas, en tres de las cuales figura que el control de salud se realizaba en el centro maternoinfantil del hospital y solo dos en el centro de salud del área; los cuatro casos restantes corresponden a dos niños cuyas internaciones se debieron a ictericia neonatal, por consiguiente sin antecedentes en el centro, y a otros dos que fueron controlados fuera del área programática. En todos los casos, en el momento del alta los pacientes fueron citados al ambulatorio del hospital en lugar de ser referidos al centro de salud.

Tomando en cuenta los diagnósticos registrados, en 13 de las 22 historias clínicas halladas figuran problemas respiratorios (neumonía, síndrome bronquiolar, etc.), información de particular importancia si se relaciona con los hallazgos sobre infecciones respiratorias. En efecto, aunque es una de las primeras causas de consulta, el centro de salud Cerámica captó solamente el 32% de los niños con esta patología.

Demanda espontánea

El centro de salud Cerámica, al mismo tiempo que desarrolla las actividades programadas para la población de las villas correspondientes a su sector del área I, da atención médica a la población que concurre espontáneamente a la consulta, con la particularidad, respecto de los otros centros periféricos, de que ambos grupos tienen iguales sistemas de registro en la planilla diaria y en la historia clínica.

Para todo propósito, es fundamental la correcta identificación de la población bajo programa y su diferenciación de la atención prestada a pacientes de demanda espontánea. Por lo tanto, adquiere una significación especial el análisis de la consistencia entre la definición de la población según las planillas de registro diario y según la ubicación del domicilio. Las imprecisiones de los registros, junto con las mencionadas discrepancias en relación con los límites con que se define el área programática, explican en alguna medida la disparidad entre ambos criterios de clasificación (cuadro 31).

Según las planillas, 96,3% de las consultas efectuadas en el año previo al estudio corresponden a población bajo programa; en cambio, según el

Cuadro 31. Consultas clasificadas según información del programa y ubicación

Según ubicación del domicilio	Según registros de planillas				
	Fuera de programa	Dentro del programa	Dudosas	Total	%
Fuera del programa	245	2389	50	2684	22,0
Dentro del programa	15	8118	98	8231	67,6
Dudosas	4	1235	29	1268	10,4
Total	264	11 742	177	12 183	100,0
%	2,2	96,3	1,5	100,0	

domicilio registrado ese porcentaje se reduce a solo 67,6%. La existencia de un número considerable de casos dudosos, sobre todo por un registro incompleto del domicilio en un programa basado en límites cartográficos y pesquisa domiciliar, pone en duda la solidez de la articulación consulta-ronda, las dificultades de la pesquisa de inasistentes a control y la calidad de la información disponible a los fines evaluativos.

Una proporción de consultas fuera del programa, que supera la quinta parte de las efectuadas en el año, pone en evidencia la necesidad de reconocer la existencia de una zona de influencia del centro de salud más allá de la fijada por el programa, que podría delimitarse en función de los domicilios registrados. Con este criterio, se ubicaron los domicilios en un plano de la ciudad y se definió un sector tomando como núcleo el centro de salud y extendiendo los límites de la villa al oeste a una avenida principal y al este a las vías del ferrocarril, que demarcan el área como límites y barreras de comunicación y encierran viviendas con características predominantes similares. Los límites norte y sur, distantes unas cinco cuadras a partir de las viviendas periféricas de la villa, también corresponden a calles principales divisorias de la zona.

Para esta nueva delimitación, se rescató parte de las consultas que habían resultado dudosas según la categorización por ubicación de domicilio (507), logrando así reclasificar un total de 11 422 consultas. De ellas, el 96,6% corresponde a población residente dentro del sector definido, corroborando que el área de influencia del centro de salud se extiende básicamente dentro de límites cercanos a él. Esto se evidencia también al referirse a las consultas clasificadas como fuera de programa según localización del domicilio, entre las cuales el 85,8% corresponden a residentes dentro del sector delimitado.

La primera cuestión que surge como consecuencia de la información que provee el programa, refiere a la necesidad de emprender estudios socioepide-

miológicos en la población que queda marginada del programa, o bien, al menos, llevar registros sistemáticos y completos en el momento de la consulta sobre algunos datos que permitan perfilar sus condiciones sociales (ocupación, características de la vivienda, cobertura de salud, etc.) para evaluar, sobre esta base, si son o no pertinentes los criterios que actualmente definen quiénes se benefician con los servicios que ofrece el sistema de APS.

Al analizar la distribución de la demanda fuera de programa por sexo y edad (cuadro 32) surge claramente el predominio de consultas de varones entre los menores de 5 años (61,3% hombres frente a 37,3% mujeres), resultado que se invierte al considerar los adultos: 88,4% de las consultas con edades entre 15 y 49 años son de mujeres y solo 11,6% de hombres, cifras que disminuyen respectivamente a 67,3% y 27,9% entre los de 50 años o más.

Cuadro 32. Consultas fuera de programa

Edad en años	Hombres		Mujeres		Ignorado	Total
	nº	%	nº	%	nº	nº
menor de dos	430	67,6	192	30,2	14	636
de dos a cuatro	342	54,9	278	44,6	3	623
de 15 a 49	74	11,6	564	88,4	0	638
50 o más	41	27,9	99	67,3	7	147
se ignora	0	0	0	0	8	8
Total	887	43,2	1133	55,2	32	2052

Estos hallazgos, en los adultos, pueden responder a la preponderancia que reviste la atención de embarazadas en el centro de salud (15 a 49 años) y probablemente a percepciones y actitudes diferenciales por sexo en la población en cuanto a la demanda de atención clínica (50 años o más). A favor de esta segunda hipótesis, se comprobó que la distribución por sexo de las consultas de programa no presenta mayores diferencias con la de demanda fuera de programa.

A los fines comparativos entre demanda perteneciente o ajena al programa, se consideró la totalidad de consultas identificadas por su domicilio como pertenecientes al programa y se seleccionaron muestras sistemáticas aleatorias de consultas realizadas por pacientes bajo programa según grupos de edad,⁵⁹ que fueron definidos en forma compatible con la información de planillas de registro (cuadro 33).

⁵⁹ Consultas bajo programa: 2068 de niños menores de 2 años y 1627 de 2 a 4 años, 1578 mujeres de 15 a 49 años y 685 adultos de 50 años o más.

Cuadro 33. Consultas en estudio

<i>Grupos de edad</i>	Bajo programa muestra ^a	Fuera de programa total
	menores de dos años	416
de dos a cuatro años	328	623
mujeres de 15 a 49 años	314	564
adultos de 50 años o más	138	147

^a Coeficiente de muestreo 5%

El análisis comparativo entre los niños menores de 5 años de ambos grupos (cuadro 34) pone en evidencia la mayor concurrencia de varones cuando la demanda al centro es espontánea (62,2% frente a 51,9), diferencia significativa que se da a expensas de los niños menores de dos años: 69,1% frente al 53,4% de las consultas bajo programa. Dato curioso que abre una serie de interrogantes acerca de los comportamientos de la familia y el papel del programa en la promoción del control de salud del lactante.

Cuadro 34. Consultas de menores de 5 años según pertenencia al programa

	Bajo programa					Fuera de programa				
	Hombres		Mujeres		Total	Hombres		Mujeres		Total
	nº	%	nº	%		nº	%	nº	%	
<i>Niños</i>										
menores de 2 años	222	53,4	194	46,6	416	430	69,1	192	30,9	622
de 2 a 4 años	164	50,0	164	50,0	328	342	55,2	278	44,8	620
Total	386	51,9	358	48,1	744	772	62,2	470	37,8	1242 ^a

^a Se excluyen 17 consultas en las que se ignora el sexo.

En el área I, toda persona que demanda atención, sea o no miembro de una familia comprendida en el programa, es registrada en el centro con su historia clínica individual. Sin embargo, la constancia del número correspondiente en las planillas de consulta no es completa aún para los que se identifican como consultantes bajo programa. Entre las consultas para atención de menores de 5 años este dato está ausente en cerca del 12% de las de programa y en un porcentaje un poco mayor entre las fue-

ra de programa; para los adultos de 50 años o más el porcentaje de omisión asciende a 30 y 36 respectivamente.

Independientemente del significado en cuanto a la eficiencia del personal en el manejo técnico-administrativo cotidiano, los resultados permiten inferir que al menos en una componente tan importante de la calidad técnico-científica de la atención médica como es la utilización de la historia clínica, el centro de salud ofrece igual tratamiento a los consultantes, sean o no del área programática.

Por otro lado, la mayor frecuencia de registro del número de historia clínica en la planilla de consulta cuando se trata de menores de cinco años sugiere que, dada la prioridad manifiesta de la atención pediátrica, probablemente se toman mayores recaudos cuando se trata de problemas incluidos en el subprograma de salud infantil, independientemente de la pertenencia del paciente al programa. De la revisión de las consultas registradas como nuevas y recurrentes por grupos de edad, el hallazgo más significativo fue comprobar un elevado porcentaje de omisión del dato (cercano al 20% en el mejor de los casos y al 35% en el peor), que es compartido por ambos grupos, cubiertos por el programa o no, para cualquier franja de edad.

Cuando la reiteración de la consulta es el resultado del seguimiento por una misma patología, ella es consignada como posterior⁶⁰ (cuadro 35). En este aspecto, los resultados no muestran que exista un seguimiento más cuidadoso de pacientes bajo programa, ni siquiera los menores de dos años, con una baja concentración (en promedio dos consultas por cada una de primera vez).

El análisis de las consultas según diagnóstico en los menores de cinco años pone de relieve el predominio de las consultas por patología, destacándose el problema de las enfermedades respiratorias agudas (Anexo). En segundo lugar las diarreas, pero con una frecuencia sensiblemente menor. El control de salud solo alcanza cifras que van del 10% al 14% del total. Este cuadro no presenta grandes variantes entre menores y mayores de dos años y lo que es más importante destacar, tampoco cuando la comparación se establece con las consultas de demanda espontánea.

Esto lleva a cuestionar las normas y procedimientos con que se rige la tarea del agente sanitario, ya que no se observa una mejor respuesta por parte de la gente que recibe su visita respecto de la que no lo hace. Este hecho debería mover a reflexionar sobre la manera de acceder a la población para poder obtener respuestas favorables.

Las consultas de mujeres en edad reproductiva muestran, en coherencia con la frecuencia del embarazo como motivo, un peso mayor de las

⁶⁰ Se ignora el dato en siete consultas.

Cuadro 35. Consultas de primera vez y posteriores según pertenencia al programa

Edad en años	Bajo programa					Fuera de programa				
	1ª vez	Ult.	Tot.	% ult	Conc.	1ª vez	Ult.	Tot.	% ult.	Conc.
menores de 2	203	212	415	51,1	2,0	296	339	635	53,4	2,1
de 2 a 4	152	175	327	53,5	2,2	316	307	623	49,3	2,0
mujeres de 15 a 49	54	259	313	82,7	5,8	115	447	562	79,5	4,9
adultos de 50 o más	22	116	138	84,1	6,3	31	115	146	78,8	4,7

ulteriores. No obstante, vuelven a aparecer como primera causa, al igual que en los niños, las enfermedades del aparato respiratorio (Anexo).

Además, tanto en las mujeres pertenecientes a la población bajo programa como en las de fuera de programa, se demuestra la existencia de otras necesidades de atención. Entre las principales, figuran las enfermedades del aparato genitourinario, respecto de las cuales incluso se registra un mayor porcentaje fuera de programa del aparato digestivo; y planificación familiar y reproducción.

Entre los principales motivos de consulta en los adultos de 50 años o más (Anexo), está la hipertensión, no solo por su frecuencia, sino por el hecho de que, pese a la existencia de un subprograma específico para la atención de este problema en el área, el número de consultas fuera de programa fue significativamente mayor. Por otro lado, el tercer lugar como motivo de consulta en adultos lo ocupa el rubro "mal definidas", que responden al registro de síntomas en lugar de diagnósticos y ello sin diferencias entre programa y no programa.

Los resultados obtenidos para el adulto indican en general un perfil similar de necesidades de atención por parte de ambos subgrupos de demanda y, además, la inexistencia de variantes significativas en lo referente a las modalidades de atención del centro de salud, cuando la población destinataria es la del área programática.

En síntesis, este análisis, centrado en la demanda atendida, demuestra la persistencia del modo de atención característico de los denominados dispensarios o centros periféricos anteriores a la implementación del programa de APS, y confirma la orientación selectiva del programa, especialmente dirigido a la población infantil.

Los resultados de la evaluación de cada uno de los subprogramas permiten afirmar que la población captada representa un bajo porcentaje

del total de la población que padece alguna de las patologías aquí consignadas. Además, si se considera la atención prestada a una proporción elevada de gente que no pertenece al programa, es evidente que la producción del servicio y la utilización de los recursos disponibles se concentran en responder a la demanda de toda la población del área de influencia, pertenezca o no al área programática.

El personal: sus concepciones y grado de compromiso

Se entrevistó al personal de los tres centros de salud seleccionados para el estudio. Eran en total 36 personas entre médicos, enfermeras, agentes sanitarios y otros. En los hospitales base se identificaron 47 cargos con funciones de jefatura formalmente articulados con el programa. Se contactaron 44 miembros de ese grupo, pero 22 de ellos dijeron no tener ninguna relación con el programa de APS. Por esta circunstancia, en los hospitales base el análisis quedó limitado a las opiniones expuestas por los que, por razones de la estructura programática, tienen responsabilidades específicas en APS más claramente diferenciadas: los jefes del Departamento de Enfermería, de quienes dependen las enfermeras supervisoras de área y domiciliarias; las oficinas de coordinación; los jefes de área programática; los subdirectores y directores de los hospitales base.

Los miembros del hospital que se autodefinieron como ajenos a la APS mostraron además un desconocimiento general respecto del mismo. Esta ignorancia presentó matices, pero se podría decir que los jefes de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, radiología y farmacia) no manifestaron tanta extrañeza y reconocieron al menos responder a la demanda de los centros periféricos, en especial farmacia, en la provisión de medicamentos y leche. Por el contrario, con los jefes de los servicios de atención directa a pacientes y con los jefes de residentes en especial, no solo se comprobó tal desconocimiento sino que, en algunos casos, estos declararon en forma expresa su no pertenencia al programa y definieron claramente su cargo como dependiente de la Universidad y no del Ministerio de Salud de la Provincia. En consecuencia, la atención que brindan a los pacientes no tiene ninguna diferencia, ya sea que provengan derivados desde los centros de salud o lleguen por demanda espontánea directa a la consulta del hospital y, por consiguiente, salvo relación informal entre profesionales, el servicio no discrimina la interconsulta de la derivación ni tampoco cumple con la contrarreferencia.

Por el contrario, todo el personal de los centros de salud reconoce pertenecer al programa aunque, por los datos más concretos, tales como los estudios realizados, el mecanismo de acceso al cargo, la dependencia jerárquica del mismo y las funciones y tareas que le corresponden en relación con el programa de APS, mostraron o pusieron en evidencia que, salvo el agente sanitario y la supervisora de enfermería que aparecen como específicos para el programa, el resto tiene iguales características

que las del personal de los servicios tradicionales de atención médica de la demanda espontánea. Es decir que la introducción de la APS no significó la incorporación de nuevos conocimientos, ni la obligación de someterse a algún sistema de selección que exigiera mostrar capacidades especiales, y tampoco significó un cambio o agregado a sus tareas asistenciales cotidianas. Es más, entre el personal del mismo nivel, y en este caso se incluye a los agentes sanitarios, hubo confusión respecto a la dependencia jerárquica: mientras unos identificaban al director del centro de salud o del hospital, otros hicieron referencia a las autoridades de la Zona VIII de la provincia.

Insertos en un sistema donde no existe el régimen de *full time* y los salarios son muy bajos, casi todos (a excepción de las enfermeras) tienen otros trabajos remunerados. Llama la atención que muchas veces ese otro trabajo significa una dedicación de 21 a 30 horas semanales que agregadas a las exigidas por sus tareas en APS llegan a sumar entre 42 y 60 horas semanales.

Respecto de los agentes sanitarios, uno de los principios básicos para su selección, dada la función de enlace entre la población y el programa que se le asigna, es que sea miembro de la comunidad con residencia permanente en ella. Solo uno de los siete agentes sanitarios entrevistados respondía a este requerimiento. Sin embargo, todos cumplieron con el curso de capacitación y antigüedad suficiente en el programa (al menos cuatro años) como para estar compenetrados en él. Tanto por la edad como por el nivel educacional, el grupo es heterogéneo: los mayores de 51 años, con solo escolaridad primaria, y los que tienen entre 30 y 40 años de edad, con estudios secundarios, entre los que se destaca uno que además del secundario completo hizo un curso de un año de auxiliar de enfermería.

Cuando se los interroga acerca de las tareas que son competencia del cargo, todos coinciden en las concretas que realizan cotidianamente, pero difieren cuando la pregunta se plantea en términos más complejos como diagnóstico epidemiológico o nuevas modalidades de organización. Algunos reconocen como propias las tareas asistenciales, y otros las no asistenciales, por ejemplo, la administración sanitaria. Por el contrario, la coincidencia es total respecto del tiempo dedicado a la educación sanitaria con la comunidad y a la ejecución de la ronda. En relación con esta —su función más específica—, se diferencian los que manifestaron dedicar bastante tiempo a su programación y elaboración, de los que solo reconocieron ejecutarla. Cabe preguntarse si hubo una comprensión clara de los términos o si las respuestas expresan una diferencia real entre los agentes sanitarios. Por otra parte, la pregunta proyectiva correspondiente muestra prácticamente la misma distribución de los acuerdos y discrepancias, aunque pareciera haber un interés particular en aspectos relacionados con la participación en tareas de planificación.

En general, hubo acuerdo entre los agentes sanitarios respecto de las

buenas relaciones entre el personal del APS a nivel del centro de salud. En ningún caso reconocieron la existencia de problemas en la relación entre el personal, y no opinaron respecto de las relaciones de los médicos y directivos con el hospital base y la jefatura del área. Podría pensarse en una identificación de grupo en el primer caso, y en el segundo, como está referido a personal de mayor jerarquía y más distante, en el deseo de no comprometer una opinión personal o el temor a sus posibles consecuencias.

Coherente con la afirmación referente a las buenas relaciones interpersonales, la mayoría de los agentes sanitarios expresaron estar satisfechos con los niveles de comunicación verticales y horizontales y con la respuesta de la comunidad. La insatisfacción se manifestó en relación con la remuneración percibida y con la falta de recursos humanos.

Una muestra de su marginalidad respecto de la organización y actividades del programa y del centro de salud es la heterogeneidad de las opiniones vertidas al respecto. No hubo acuerdos ni pudo identificarse orientación alguna tanto acerca de la modalidad de atención, la articulación interniveles, el cumplimiento de normas asistenciales y el nivel de burocratización, como de los recursos materiales, provisión de insumos y planta física. Llama la atención que este personal, supuesto representante de la comunidad, no tenga una opinión definida sobre la participación de su comunidad, ni un conocimiento preciso del nivel de cobertura alcanzado por el programa.

Las seis enfermeras entrevistadas, que constituyen todo el personal de este nivel en los centros de salud estudiados, tienen años de antigüedad en el cargo actual, la más antigua trabajaba desde cinco años antes de que se creara el programa, y otras tres prácticamente desde su inicio, diez años atrás. La mitad de ellas trabajan en el centro periférico medio tiempo, y las otras tres tiempo completo. Ninguna declaró tener otro trabajo fuera del programa de APS, por lo que constituyen una excepción al multiempleo característico en el resto del personal.

Aparece muy claramente que su principal función, y a la que brindan mayor dedicación, es la atención y educación de pacientes. Manifiestan no prestar ninguna dedicación a las rondas ni querer hacerlo, y expresan el deseo de dedicar bastante tiempo a prácticas de educación sanitaria en la comunidad. Al igual que los agentes sanitarios, afirman que las relaciones entre el personal son buenas, y cuando se trata de funcionarios de mayor jerarquía no opinan.

La función de la enfermera supervisora está más ligada al trabajo de los agentes sanitarios. Las entrevistadas reconocen como su función principal la que define al cargo, o, más específicamente, "supervisar tareas de enfermería" y "supervisar agentes sanitarios en terreno", tareas a las que una u otra suman en tercer lugar las de coordinación entre niveles, y en cuarto la supervisión del centro de salud y la evaluación de enfermería domiciliaria. Las supervisoras que identifican mayor número de

funciones y tareas más complejas como propias de su cargo son las que, al mismo tiempo, tienen otro trabajo remunerado con el que duplican las horas de trabajo semanales. Por otra parte, dicen que su práctica es autónoma y que está integrada a un trabajo colectivo, aunque alguien acota que "no existe equipo de salud".

Aunque desde 1984 la supervisión de enfermería es responsabilidad directa del departamento de enfermería del hospital base, solo una de las enfermeras entrevistadas lo reconoció; las otras identificaron como su superior jerárquico a la jefatura del área. Una interpretación más simple y directa de este dato es que, ignorando cuál es la línea jerárquica formal, identifica como tal la que en la práctica así funciona. Otra, quizá más indirecta y no excluyente de la anterior, es que ello depende del grado de desarrollo y poder alcanzado por el departamento de enfermería en los distintos hospitales base de la Zona VIII, circunstancia que también explicaría que, habiendo ingresado en el mismo año con pocos meses de diferencia, a una de las supervisoras le exigieran como requisitos previos para su designación en el cargo acreditar cursos y experiencia en APS y a otra no. Una de ellas se distingue por tener una opinión más crítica respecto del programa: "en realidad no existe"; "tampoco el trabajo en equipo"; "es reunión de gente, no trabajo en equipo". Coherente con lo anterior, sostiene que solo existen buenas relaciones entre los agentes sanitarios y el personal de enfermería, y en el nivel médico, como excepción, señala la buena relación con el pediatra, y niega toda relación con los otros especialistas, así como la de los médicos con el director, quien a su vez no se relacionaría con el hospital base ni la jefatura de área. A pesar de estas expresiones respecto de las relaciones entre el personal, esta supervisora manifiesta satisfacción con los niveles de comunicación y cooperación logrados entre los distintos integrantes de la institución, como si fueran variables de naturaleza independiente.

Las otras dos enfermeras supervisoras, por el contrario, identifican tareas y el personal con el que se relacionan para ejecutarlas, incluyendo al jefe de área y al subdirector del hospital y la comunidad como otro ámbito de pertenencia al programa; afirman que existen buenas relaciones entre sus diferentes integrantes, aunque el grado de satisfacción varía en lo relativo a la cooperación entre los distintos miembros de la institución.

Estas diferencias tan marcadas en la valoración que hacen del programa y de su trabajo en el centro de salud pueden deberse, al menos en parte, a la gran autonomía con que actúan las áreas y los centros periféricos dentro de ellas desde que se inició el proceso de descentralización mencionado. Sin embargo, el proceso de descentralización que transfería poder administrativo a los hospitales base de área no se refleja en las opiniones de este personal cuando ellas hacen referencia a la articulación programática entre niveles: mala organización, baja articulación interniveles, médicos poco adecuados en contraste con enfermería y agentes

sanitarios, alto nivel de burocratización y bajo nivel de cobertura, son expresiones comunes.

Los jefes de los centros de salud —pediatras con 5, 7 y 14 años de antigüedad en el mismo centro— ingresaron motivados por el estímulo de tener un trabajo remunerado en el sector público y por considerar (uno de ellos) al programa de APS “una experiencia médica y social muy buena”. El cargo actual lo desempeñan en forma interina, manteniendo la función asistencial.

El hecho de que sean pediatras podría ser simplemente producto del azar, pero también consecuencia lógica del origen de los centros dedicados fundamentalmente a la salud infantil y de la regla, dictada por la costumbre, de designar como jefe al profesional más antiguo, en el supuesto de que su experiencia implica mayor conocimiento del sistema y, por lo tanto, mejores condiciones para desempeñar tareas de coordinación y administración. Esto último, aunque especulativo, está avalado por el dato de que a ninguno se le exigieron requisitos previos para su designación en el cargo.

Probablemente como consecuencia de su doble función de dirección y atención de pacientes, identifican como propias del cargo tanto las tareas de coordinación, administración y supervisión como las que les competen como pediatras, y, como agregado, auditoría o charlas y reuniones con la población. Para el buen desempeño señalan como condiciones necesarias la capacidad de mando y de decisión (agrega uno), la preparación técnico-profesional y la creatividad práctica. Al mismo tiempo, cuando califican su práctica, las opiniones difieren entre tarea individual con participación en la toma de decisiones cuando surgen problemas, y de carácter colectivo (aunque quien señaló que el conjunto de las actividades requieren trabajo en equipo con todos y con el jefe de área en el hospital base, a lo único que presta mucha dedicación en su práctica es a la atención de pacientes).

Al relacionar estos datos con las referencias a la autonomía con que pueden realizar sus funciones, surgen opiniones aparentemente contradictorias: quien dice actuar por sí y participar en la toma de decisiones afirma que el cargo es poco autónomo, pues depende del jefe de área, y quienes describen su trabajo como interdependiente con el equipo de salud del centro y del hospital base refieren que el cargo tiene autonomía.

El énfasis puesto en las tareas asistenciales y administrativas en el centro de salud se refuerza cuando admiten brindar poca o ninguna dedicación a las diversas actividades que implican trabajo en la comunidad, y cuando se les plantea que indiquen las actividades a las que aspirarían dedicarse, reiteran las mencionadas antes y lo único que aparece como deseo es la disponibilidad de mayor tiempo para hacer lo mismo que ahora. El único punto llamativamente distinto es el referido a la elaboración de diagnósticos epidemiológicos, actividad no incorporada a la actividad rutinaria y a la que desearían brindar gran dedicación.

Salvo alguna referencia muy particular, en general estos jefes consideran como buenas y muy buenas las relaciones interpersonales entre todos los niveles y tipo de personal, en particular del propio centro de salud. En ninguno de los aspectos del trabajo que enumera la encuesta expresaron estar muy satisfechos. Sí lo están con la existencia clara de normas, los niveles de comunicación, el grado de cooperación del personal y la respuesta de la comunidad. Las insatisfacciones se relacionan con la falta de recursos materiales y humanos, el sueldo y las posibilidades individuales de capacitación, de ascenso y de iniciativa personal. Los problemas de la remuneración del cargo y de las oportunidades de capacitación que ofrece el programa, adquieren especial significación si se tiene en cuenta que estas fueron las motivaciones para su ingreso al programa de APS.

Las respuestas a las preguntas dirigidas a indagar el grado de conocimiento del programa expresan opiniones personales bastante alejadas de la definición establecida de familia crítica y de los distintos subprogramas.

Además de los jefes de centro se entrevistó a 11 médicos (cuatro pediatras, tres tocoginecólogos y cuatro clínicos) cuyas respuestas fueron muy similares. Todos comparten este trabajo con otros a los que dedican más horas semanales; afirman que su tarea es puramente asistencial, individual y autónoma; que acudieron al cargo que desempeñan en forma interina por relaciones personales, y que dependen jerárquicamente, según algunos, del director del centro, según otros de la Zona VIII o del director del hospital base y de la Zona VIII, o del jefe de área y de la Zona VIII. Este punto muestra la falta de una definición clara y, lo que es más importante, los problemas de interferencia en las comunicaciones en el nivel formal originados en esa red de relaciones informales internivel.

Dado el énfasis del programa en el área materno-infantil, es altamente significativo que incluso entre los pediatras y tocoginecólogos existan médicos que desconozcan la existencia de estos subprogramas.

Con referencia a la dedicación que prestan a las distintas actividades enumeradas, en general las respuestas son coherentes. Todos se dedican a la atención de pacientes y ninguno a la ejecución y supervisión de las rondas sanitarias, tareas estas últimas que aparecen como propias de los agentes sanitarios y enfermeras supervisoras respectivamente. Sin embargo, llaman la atención algunas notas discordantes. Por ejemplo, tres médicos, uno de cada especialidad, dijeron dedicarse a la elaboración del diagnóstico epidemiológico. Dada la ausencia de estudios epidemiológicos de cualquier tipo, cabe suponer que hubo en este caso una confusión de tipo conceptual, probablemente motivada por su tarea de control de pacientes en el programa de TBC o de detección del cáncer femenino y planificación familiar.

Otro punto que llama la atención es que todos, en mayor o menor grado, dicen realizar actividades de educación sanitaria con los pacientes y que

desearían dedicarse más a esta tarea. En tal sentido, frente a la pregunta sobre sus deseos las respuestas cambian al mostrar su aspiración de desempeñar un papel más activo en el nivel de conducción, aumentando la dedicación de los médicos en actividades organizativas de programación y comunitarias. Las relaciones entre el personal del programa de APS fueron calificadas en general como buenas, pero con un peso importante de no respuestas, sobre todo entre los tocoginecólogos —aunque tampoco opinaron algunos pediatras y clínicos sobre las relaciones de la enfermera supervisora con el agente sanitario y con el médico del centro y del jefe del centro de salud con el hospital base. Asimismo, los tocoginecólogos fueron quienes manifestaron mayor insatisfacción respecto a su trabajo, no solo con los recursos materiales, remuneración, oportunidades de capacitación y de ascenso, que son motivo de queja general, sino también en cuanto a recursos humanos, cumplimiento de objetivos, existencia clara de normas y en todos los otros aspectos planteados.

El conjunto del personal entrevistado que actúa al nivel de los centros de salud tuvo apreciaciones bastante similares sobre el funcionamiento del programa en su lugar de trabajo. Cada uno afirma que el suyo está bien organizado, cumpliéndose con las normas técnicas y asistenciales pero sin haber podido alcanzar las metas de cobertura. Además, y aun cuando expresan ideas muy distintas respecto de lo que entienden por participación de la comunidad, acuerdan que esta es baja en contraposición a la del equipo de salud (en el que incluyen al agente sanitario), que alcanzaría un buen nivel de participación y un alto grado de penetración con la problemática del programa.

No surge de las respuestas que tengan una noción muy precisa de lo que significa una buena organización; lo que sí expresan en general es una actitud defensiva de “su” espacio de trabajo, que se refleja aún más en las opiniones respecto del hospital base, aunque estas difieren bastante entre los médicos y el resto del personal. Mientras que los primeros, en especial los clínicos, reconocieron que el hospital base cumple con el Programa de APS, y no solo desde la oficina de coordinación sino también en darle prioridad al paciente que llega derivado por el centro de salud, la contrarreferencia y la enfermería domiciliaria para control del puerperio, el resto, si bien reconoce el papel que desempeña la oficina de coordinación en la recepción y orientación del paciente derivado del centro hacia el servicio correspondiente (consultorio, laboratorio, radiología, etc.), opinó que la atención del paciente del programa es despersonalizada, al igual que la que se brinda al de demanda espontánea, a pesar de tener prioridad para su atención en el hospital base. Al parecer, esta aparente contradicción refleja un problema de naturaleza distinta: la integración deficiente entre niveles de atención dentro de un único programa de APS, del cual es un ejemplo la afirmación que hacen en el sentido de que el personal del hospital base está ajeno a la problemática de

la APS en contraposición con el personal del centro de salud que sí está compenetrado de dicha problemática.

En un aspecto fundamental de la APS como estrategia de salud para todos y que además figura en los documentos oficiales, la participación activa de la comunidad, las respuestas fueron totalmente disímiles, mostrando concepciones y posicionamientos diferentes: desde el que solo dijo “la forma que ella elija”, pasando por la forma más difundida “haciéndolos partícipes de los problemas materiales para que colaboren”, hasta quien consideró que “es primordial, debería gestarse desde la comunidad; los agentes deberían ser líderes comunitarios y no puestos por el gobierno; poco a poco la comunidad está gestando su participación, va haciendo saber sus necesidades y exigiendo soluciones”.

Independientemente de estas diferencias, hubo además un señalamiento en relación con la interferencia de intereses políticos particulares para el logro de dicha participación. Resulta significativo que la gran mayoría del personal de los centros de salud, independientemente de su profesión, jerarquía institucional, práctica y evaluación del programa de APS en el centro periférico y en el hospital base, al responder la última pregunta de la encuesta con contenidos conceptuales reproduzca de forma sistemática el discurso oficial.

Del estudio realizado en los tres hospitales referenciales, la primera conclusión puede extraerse del solo hecho de que 22 de los 44 miembros entrevistados dijeron no tener ninguna relación con el programa, y otros (jefes de servicio) si bien reconocieron alguna función relacionada con la atención de pacientes derivados, no pudieron responder a la mayoría de las preguntas por desconocer los aspectos del programa a que las mismas hacen referencia. En razón de estas evidencias, el análisis se limitó a la información brindada por el personal de los tres hospitales base con responsabilidad mayor y más directa en la articulación interniveles del programa. Fueron ellos los directores y subdirectores, jefes de área, jefes del departamento de enfermería y personal responsable de la oficina de coordinación.

En el nivel de dirección, en virtud de tratarse de cargos políticos con poca antigüedad (como máximo dos años), su compenetración con el programa es muy variable. En un caso el director derivó la encuesta al subdirector por haber “delegado en él todo lo referente al programa”; en otro, el director que retiene el cargo de subdirector que desempeñaba hasta un mes antes de la fecha de la entrevista, asume hasta funciones de jefe de área. Por último, en solo un hospital base aparecen claramente diferenciados los tres cargos con sus profesionales responsables y funciones definidas en relación con el programa de APS. Por otra parte, a pesar de que el cargo establece dedicación completa, todos tienen otro trabajo que, en algunos, supera las 20 horas semanales.

En la descripción de funciones, aparentemente estos cargos no se distin-

guen entre sí con el de jefe de área. Sin embargo, las diferencias aparecen muy claras cuando especifican su dedicación a distintas actividades relacionadas con el programa. En este sentido, lo más destacable son las diferencias entre director y subdirector. Mientras el director brinda la mayor dedicación a elaborar programas que después no evalúa y a resolver problemas de recursos materiales y algo menos a tareas de programación y reuniones periódicas con la población, no ocupándose en absoluto del trabajo comunitario, el subdirector prioriza actividades relacionadas con el diagnóstico epidemiológico, programación y elaboración, ejecución y supervisión de rondas, evaluación de programas y subprogramas y educación sanitaria de la comunidad. Todas estas actividades reciben gran dedicación del director-subdirector, quien añade que se dedica tanto a las rondas porque “quiere que la Zona VIII deje hacer a los centros periféricos en cuanto a contenidos y frecuencias de rondas”, agregando que, si bien no evalúa, “monitoriza” la marcha de programas y subprogramas.

Por el contrario, el subdirector responsable por delegación de “todo lo referente al programa”, declaró mucha menor dedicación que los otros subdirectores, además de informar que en el año que lleva en el desempeño del cargo no se han realizado rondas. Sin embargo, cuando se le pregunta a que desearía dedicarse, prácticamente señala todas las actividades; especialmente a las rondas sanitarias (programación, ejecución y supervisión).

Respecto de las relaciones interpersonales, mientras que un director se negó a contestar, dos subdirectores las calificaron de buenas en general, excepto entre médicos con agentes sanitarios y supervisoras de enfermería acotando que “la relación con las supervisoras de enfermería siempre es conflictiva. Las supervisoras quieren tener la misma jerarquía que el médico”. Por el contrario, el director/subdirector evaluó como buenas las relaciones entre el personal de los centros de salud y de estos con el hospital base. Por otra parte, todos dicen estar satisfechos con las posibilidades de iniciativa personal y los niveles de comunicación horizontal y vertical e insatisfechos con la disponibilidad de recursos humanos y el grado de cumplimiento de los objetivos.

La evaluación que hacen del programa en los centros periféricos también varía entre hospitales. En una apreciación global de los distintos puntos consignados, los directivos de un hospital evalúan mejor al centro de salud que los de los otros dos hospitales base de área. Los tres coinciden al señalar como bajo el cumplimiento de las metas de cobertura y la participación de la población y del equipo de salud, poco adecuados los recursos humanos médicos y de enfermería y adecuados los agentes sanitarios. En cambio, al evaluar la articulación centro periférico-hospital de referencia, las opiniones son mucho más homogéneas, tanto en lo concerniente al alto grado de cumplimiento de funciones de la oficina coordinadora respecto del paciente, y del servicio en cuanto a la priori-

dad otorgada a la atención del paciente derivado del centro periférico, como en lo que se refiere a la falta de cumplimiento del mecanismo de contrarreferencia y en la discriminación para la atención del parto entre pacientes del programa y de demanda espontánea.

Llama la atención que dos directores no pudieran señalar algunas ventajas y desventajas del programa y en su lugar hicieran referencia a la mayor o menor disponibilidad de recursos. Los otros hablan de aumento de la accesibilidad a la atención médica "descompresión del hospital base" y uno de ellos señala como desventaja que "no es un programa". También son muy diferentes sus conceptos de familia crítica sin que ninguno reproduzca la definición establecida por el programa. Dos las identifican por sus bajos ingresos económicos y condiciones del hábitat, el tercero por el número de niños menores de 12 años y la desocupación de los padres, y el cuarto, "vulnerable por no tener instinto de autocuidado y un hábitat muy precario". Tampoco sustentan un criterio unánime en relación con la forma de participación de la comunidad. Mientras uno habla de participación "dirigida" desde el centro con profesionales no médicos (antropólogos, psicólogos, asistentes sociales), y otro propone reuniones y contacto con entidades intermedias, los otros dos tienen expresiones ambiguas como "debe ser más activa" y "tiene el derecho y el deber de participar en forma activa".

Por otra parte, aunque los cuatro directivos afirman que se han producido cambios desde la implementación del programa (fecha que varía entre 1974, 1977, 1980 y 1981 según ellos), son muy diversos y aun opuestos entre una y otra institución: menor aflujo de pacientes al consultorio externo para uno, y, para otro mayor aflujo de pacientes, "aumento del movimiento del hospital", "ha crecido en ciertos grupos un interés por la APS pero falta un largo cambio", "hay jefes que saben que existe el centro de salud y el área programática".

En los aspectos conceptuales respecto del hospital base y el centro periférico, predominaron los acuerdos. Afirman que el hospital base da mayor seguridad al paciente y que la atención es despersonalizada, niegan que el personal del hospital base tenga mayor reconocimiento en la población y que esta no concurre al centro periférico por su falta de tecnología. Afirman que, a pesar del agente sanitario, la población es quien decide cuándo y para qué ir al centro de salud o al hospital base, que en este el paciente del programa tiene prioridad. Por último, reconocen que en tanto el personal del hospital permanece ajeno a la problemática del programa de APS, todo el personal del centro de salud está compenetrado con él.

Los tres jefes de área dieron las respuestas más homogéneas y detalladas de su función en el programa. Son médicos, uno de ellos especialista en salud pública, accedieron al cargo o bien por un canal político, o a propuesta de la dirección del hospital, e identificaron al subdirector del hospital como su superior jerárquico. A ninguno se le solicitó requisitos

específicos y la motivación que los impulsó a aceptar el trabajo fue el interés específico en el programa y en trabajar en la comunidad. Todos comparten este trabajo que les demanda 21 a 30 horas semanales con otro. Señalan como funciones que competen a su cargo las no asistenciales (auditoría, coordinación administrativa y supervisión) a las que se puede agregar la docencia o investigación, funciones que dicen desempeñar con autonomía.

La descripción de las relaciones que debe establecer este personal para cumplir con sus funciones muestra la complejidad de estas y de la trama de interrelaciones necesarias para lograr una efectiva articulación entre niveles y sectores:

- a) con el equipo de la Zona VIII (coordinadores de enfermería, de estadística, de trabajo en terreno, de educación sanitaria y antropólogo) para la elaboración de las planillas de ronda, organización y ejecución de los cursos de adiestramiento pre-ronda, normatización de la entrega de leche y medicamentos, relaciones intersectoriales con salud escolar, saneamiento municipal y Dirección Provincial de Obras Sanitarias por problemas de infraestructura;
- b) en el hospital base:
 - con el personal de dirección (director y subdirector, director del área financiera, director administrativo y jefes de farmacia, laboratorio, mantenimiento) para el mantenimiento de los centros periféricos, imprenta, suministro, etc.; coordinación con intendencia para asegurar que la hoja de ruta del vehículo asegure el transporte de muestras de los centros de salud al laboratorio del hospital;
 - con los jefes de servicio del hospital base (jefe de guardia, de pediatría, de neumonología, dermatología, clínica, etc.) para coordinar la derivación de pacientes;
 - con la oficina de coordinación del área programática para resolver problemas cotidianos;
- c) en el centro de salud: con el jefe y los médicos, supervisión del trabajo en cada subprograma y de las planillas de seguimiento, participación en reuniones periódicas del personal del centro periférico y de la supervisora de enfermería con el agente sanitario.

Como lógica consecuencia, los jefes de área consideran que estas tareas tienen carácter colectivo y demandan un trabajo en equipo, para lo cual consideran necesaria la dedicación completa. Por otra parte, para desempeñar el cargo eficazmente se requieren, según su opinión, múltiples condiciones, coincidiendo en las de organización/coordinación, preparación técnico-profesional y capacidad de trabajo.

Únicamente el especialista en salud pública considera que su formación y experiencia previa le otorgaron capacitación suficiente para desempeñarse como jefe de área programática en APS. Sin embargo, al igual que los otros, reconoce que necesita capacitación periódica en APS,

aunque se distingue al señalar el objeto y lugar de aprendizaje (trabajo comunitario en talleres con la población en clubes vecinales y escuelas).

Respecto de las relaciones interpersonales, las califican como buenas, aunque señalan que las del agente sanitario con la población varían según las características individuales de aquellos. Cuando se les preguntó acerca de su grado de satisfacción o insatisfacción personal en distintos aspectos del trabajo, coincidieron en señalar insatisfacción con la disponibilidad de recursos materiales, nivel de remuneración, posibilidades de capacitación y articulación entre centro periférico y hospital base, y satisfacción con los niveles de comunicación horizontales y con el bajo ausentismo del personal.

Las respuestas respecto de los subprogramas varían en cada área: mientras un jefe de área informa que prácticamente ninguno está vigente, otro identifica como subprogramas los de parasitosis, dación de leche y educación continua. En cambio el tercero, además de enumerar todos los establecidos, agrega el de educación para la salud, y como los mejor organizados, salud infantil (incluido el de dación de leche) y perinatal.

En la evaluación que hacen de los centros de salud en relación con el programa de APS reconocen la baja articulación entre los niveles, la poca o nula participación de la población, y los poco adecuados recursos materiales, provisión de insumos y planta física. Por fin, el cumplimiento de las normas técnicas y metas de cobertura alcanzaría un alto grado en dos áreas y sería bajo en la restante.

Surgen marcadas diferencias al responder a preguntas abiertas, como cuando se les solicita que señalen las principales ventajas y desventajas del programa. Se mencionan desde la más simple de las ventajas (disminuir la consulta directa de la comunidad al hospital), hasta las más complejas de carácter educativo (crear conciencia de controles médicos y vacunación periódica, difundir normas alimentarias) o de planificación a través de la normatización de actividades programadas y su evaluación por cada jefe.

También, al identificar las desventajas, quien habla de planificación se queja de que todo depende de la Zona VIII, y quien hace el planteo educativo reclama que las normas son poco claras e inadecuadas a la realidad y que no hay apoyo del nivel central, sobre todo, en recursos humanos e insumos. Por fin, el que señaló como única ventaja la proximidad del servicio desearía cambiar todo pues "no es un programa de APS, porque no existe integración municipal y provincial", y por la "incorrecta ubicación geográfica de los centros periféricos".

Respecto de la articulación centro de salud-hospital base, los tres estuvieron de acuerdo en el papel que desempeña la oficina de coordinación ante la llegada de un paciente perteneciente al programa y en el bajo cumplimiento de la contrarreferencia que en un hospital no se cumple en absoluto. En dos hospitales base de área, el paciente del programa tiene

prioridad en todos los servicios, en el otro se respeta poco esta regla y para la atención del parto tampoco se cumple con lo estipulado en el programa.

Las definiciones de familia crítica y participación de la comunidad, tienen bastante similitud entre los jefes de área. Aunque una de las respuestas reproduce más fielmente la definición establecida por el programa, las otras agregan que toda la población que atiende el programa es crítica, y que los parámetros formales no sirven. Por otra parte, entienden como participación de la comunidad el trabajo en común desde la planificación, ejecución y evaluación de las acciones del programa, especificando en un caso, "a través de entidades intermedias".

En cada hospital base existe un departamento de enfermería responsable del personal de su jurisdicción en el área programática correspondiente. Sin embargo, uno de los jefes entrevistados manifestó no tener funciones específicas en el programa de APS. Las dos jefas de enfermería que respondieron son licenciadas en enfermería, egresadas de la Universidad Nacional de Rosario; una de ellas, con 22 años de antigüedad en el cargo al que accedió por concurso antes de graduarse, y la otra ocupa el puesto en calidad de reemplazante. Ambas tienen dedicación completa en este último trabajo. Reconocen como función propia, para la que tienen autonomía, la supervisión de enfermeras supervisoras de APS, y la de colaborar en la solución de problemas relacionados con los centros periféricos; además, las de programar, coordinar y evaluar por medio de indicadores de rendimiento, por lo que señalan como exigencias del cargo la preparación técnico profesional y la capacidad organizativa.

Vuelven a aparecer en este personal discrepancias ya vistas en otros con referencia a las líneas de dependencia jerárquica; mientras una reconoce como su superior jerárquico a la supervisora de Zona de Salud VIII, la otra identifica como tal al subdirector del hospital base.

Aun cuando dicen que su trabajo es de carácter colectivo, de equipo o mixto, es decir, en parte individual, una de las licenciadas entrevistadas manifestó que su trabajo lo realiza sola y que se relaciona con la supervisora de enfermería del centro periférico para coordinar acciones. Esto identifica como necesario el trabajo en equipo para actividades de programación con la dirección del hospital base, con la supervisora del centro periférico y con la Zona VIII. La otra solo plantea al equipo para resolver problemas, sin especificar con quiénes trabaja para hacerlo.

De las actividades relacionadas con el programa de APS que se enumeran, prácticamente no llevan a cabo ninguna; como excepción ambas enfermeras indican dedicarse un poco a nuevas modalidades de organización, y una de ellas a la elaboración de normas técnicas y asistenciales. Pero el perfil cambia totalmente cuando responden qué desearían hacer, apareciendo aquí la mayor parte de los rubros enunciados: diagnóstico epidemiológico, programación y análisis de rondas, y elaboración y evaluación de programas.

Aun cuando su formación previa, según ellas, las capacita bastante, sobre

todo en un caso, por su experiencia anterior en APS (Programa Gurí), demandan adiestramiento periódico sobre programación y en la especialidad materno-infantil. Por otra parte, hay aspectos del programa que desconocen como la definición de familia crítica y las posibles modalidades de participación de la población, así como la totalidad de subprogramas definidos.

En general consideran buenas las relaciones entre el personal de los diferentes niveles, aunque con muchas no respuestas. Entre las buenas relaciones aparecen las que comprenden al agente sanitario, las de los médicos con supervisoras de enfermería y las del jefe del centro periférico con el plantel médico y con el hospital base. Acorde con lo anterior, están satisfechas con los niveles de comunicación horizontal y vertical y de cooperación. Además, con las posibilidades que el programa les brinda de iniciativa personal y ascenso; con la existencia de normas claras, cumplimientos de objetivos y respuesta de la comunidad. Como le ocurre a la mayoría del personal, la insatisfacción se refiere a la disponibilidad de recursos materiales y humanos y a la remuneración.

También aquí, y en el conjunto de preguntas relacionadas con el conocimiento del programa en el centro periférico y de la APS en general, aparecen diferencias entre ambas enfermeras, sobre todo debido a la mayor frecuencia de no respuestas y en ítems distintos. No obstante están de acuerdo al manifestar que la atención en el hospital base es despersonalizada, y que el personal está ajeno a la problemática del programa de APS, lo que no ocurre con el personal del centro periférico, en particular el agente sanitario.

Desde su ubicación en el hospital base ven, por un lado, que las normas y procedimientos de articulación con el centro periférico se cumplen en todo o en parte, como en los casos de la contrarreferencia, el reconocimiento del paciente derivado para darle prioridad y la identificación en la atención del parto; por otro, ven que se han producido cambios desde la aplicación del programa, disminuyó la consulta y la internación. Pero también se acota, "el hospital base no se siente integrado a APS".

La oficina de coordinación del programa en el hospital base está a cargo en los tres hospitales de personal administrativo sin formación profesional y su nivel educacional es, en el mejor de los casos, secundario completo. Esta tarea, a la que dedican 21 a 30 horas semanales, no es compartida con otro empleo, salvo para uno de ellos, que en las horas libres trabaja de plomero y gasista. Los tres accedieron al cargo actual sin exigencias de requisitos particulares, por traslados desde otro hospital o centro periférico en donde se desempeñaban como administrativos, cargo al que habían ingresado porque les interesaba el sector público y trabajar a sueldo.

Sus funciones son específicas del programa de APS, y las describen como de coordinación, provisión de suministros y recepción de pacientes y elaboración de las estadísticas de los centros periféricos. Realizan estas tareas en forma autónoma y sostienen que les exige capacidad organizativa de coordinación y trabajo.

Cada uno señala a un superior jerárquico distinto: el director del hospital base, el jefe de área y el subdirector del hospital base junto con Zona VIII. Las tareas se confunden con las funciones. Según dos miembros de este grupo, todas tienen carácter colectivo —sin embargo no pueden precisar con quiénes se relacionan para ejecutarlas— y según el tercero, son de carácter individual. Coincidente con su descripción de funciones, responden no dedicarse a ninguna de las diferentes actividades relacionadas con los centros de salud que enumera el cuestionario, y que no desearían hacerlo. Ninguno desea cambiar el perfil de su puesto actual.

Consideran que la experiencia anterior —como administrativo en un centro periférico en un caso y como colaborador en una institución de beneficencia en otro— es muy buena, y aseguran que su paso por la escuela secundaria no les otorgó ningún tipo de capacitación para el trabajo. Aceptan que necesitan capacitación periódica en APS y desean recibir cursos o participar en talleres sobre temas de APS, como administración, organización y desnutrición.

Los responsables de las oficinas de coordinación de las tres áreas programáticas difieren en la evaluación de las relaciones interpersonales en el programa. Uno, no contestó muchas de preguntas, aduciendo el poco tiempo que lleva en el cargo. Otro manifestó que son muy variables según los centros, pero que, en general, son buenas las relaciones de los agentes sanitarios con la comunidad, la enfermera del centro periférico y los médicos, así como las del director del centro periférico con el jefe de área y el hospital base, sin opinar respecto de los médicos. Por último, en una posición también extrema, pero opuesta, el tercero aprecia como buenas todas las relaciones planteadas.

En general están satisfechos con su trabajo y solo expresan insatisfacción, como la mayoría del personal, con el nivel de remuneración, el nivel de capacitación que ofrece la institución, la disponibilidad de recursos materiales y las posibilidades de ascenso. Resulta muy llamativo, dada la posición estratégica de esta oficina para la articulación hospital base-centro de salud, que ninguno de los encargados conozca la existencia de subprogramas. Solo uno de ellos mencionó el de inmunizaciones y el de entrega de leche, acotando que este último subprograma es el mejor organizado, pero “cuando hay” leche para distribuir. La evaluación que hacen de los centros periféricos se ve en gran medida invalidada por la cantidad de aspectos sobre los cuales no emiten opinión.

Es interesante que quien dijo no conocer la existencia de subprogramas identificara como ventajas del programa de APS que “se hacen subprogramas donde participa la población”. Además, junto con los otros, cuenta como ventaja la asistencia cercana al domicilio, leche y vacunas, y como desventaja solo la falta de recursos económicos. No extraña, dada su, posición, que tengan una valoración positiva del cumplimiento de

normas o procedimientos de articulación entre centro periférico y hospital base, pero sí la uniformidad con que afirman que el cumplimiento fue total para todas las preguntas. Lo único que señalan como deficiente es la contrarreferencia y la diferenciación de los pacientes en la atención del parto, a pesar de lo cual afirman que el paciente del Programa de APS tiene prioridad en el hospital base.

El conjunto de respuestas relacionadas con el programa en general mostraron un conocimiento parcial o una valoración subjetiva impregnada de emotividad: familia crítica “es algo muy triste, me gustaría que no existiera, por todas las necesidades que tiene”; la participación de la comunidad es el “conocimiento de los centros periféricos y comentar los problemas que tiene”, “por medio de comisiones, como se está participando en algunos lugares”.

Finalmente hubo ítems de la encuesta que se destacaron por la similitud de las respuestas de todo el personal entrevistado, independientemente de su ubicación en un hospital base o centro periférico, del cargo, profesión o tarea. Esas preguntas fueron fundamentalmente las relacionadas con las oportunidades y necesidad de capacitación específica en APS y las dirigidas a recabar opiniones y conceptos sobre los objetivos y el papel de la atención primaria en el sistema de salud.

Aun cuando algunos profesionales consideran que su formación previa los capacita bastante para su desempeño actual, todos sin excepción reconocen que necesitan capacitación periódica en APS. No obstante, al precisar temas, lugar y modalidades, salvo excepción, demandan cursos tradicionales en el hospital sobre temas ligados a su tarea asistencial. Aun los agentes sanitarios piden cursos sobre salud materno-infantil y desnutrición.

En lo conceptual, se destaca la uniformidad de las respuestas, que reproducen el discurso presente en los documentos oficiales. Todos acuerdan con un “deber ser” que en muchos aspectos se contradice con lo expresado a lo largo de la entrevista. En particular, cuando se contrastan la evaluación, casi siempre negativa, de las funciones del hospital base en relación con el programa, con los acuerdos respecto a que la APS “pone al hospital al servicio de los centros de salud” y que “APS es la puerta de entrada al sistema, teniendo como apoyo al hospital base”, también al comparar lo que consideran como ventajas de la APS: “dar atención médica”, “descomprimir el hospital”, “acercar la atención médica al domicilio” y similares, con el acuerdo manifiesto respecto de que la APS debe dedicar esfuerzos a mejorar la calidad de vida de la población, sin centrarse exclusivamente en la atención médica ni ocuparse solo de resolver problemas específicos de salud, que no tiene objetivos propios ni está desvinculado del resto del sistema de salud. Se pone entonces en evidencia la separación existente entre un “saber” sobre APS y una práctica de los servicios de salud, incluida la propia.

6. Consideraciones finales

La presentación pormenorizada de las evidencias empíricas obtenidas en el estudio de la población de los tres sectores destinatarios de las acciones programáticas, en particular las referidas a aspectos demográficos, condiciones materiales de vida y ocupacionales, cuestionan de hecho los supuestos de homogeneidad subyacentes en la formulación del programa.

Dentro de un marco general de pobreza, fue posible identificar situaciones más y menos críticas que se expresan en diferentes condiciones materiales de vida, las cuales están significativamente asociadas con la inserción del principal responsable del sustento familiar en el sistema productivo. Estas diferencias, percibidas tanto entre los distintos sectores como en su interior, ponen de manifiesto los diversos niveles de desprotección, y destacan la necesidad de una visión de la población que comprenda sus variantes socioculturales.

Los procedimientos utilizados para obtener la información garantizaron su carácter censal, de modo que fue posible proveer denominadores adecuados para la formulación de tasas y razones, y asegurar su correcta comparación. Entre los diversos indicadores calculados, basta considerar los referidos al crecimiento vegetativo para comprobar las distintas realidades que el programa enfrenta en su accionar, por ejemplo la tasa de natalidad, que tiene carácter explosivo en las tres villas, duplicándose prácticamente en Caritas Guadalupe con relación a las otras dos.

Las características estructurales y funcionales de las viviendas también señalan condiciones con distintos niveles de precariedad, algunos particularmente graves en relación con salud, como son la ausencia de provisión de agua y de sistema de eliminación de excretas, con distinta gravitación por sector. Estos aspectos, sintetizados en un indicador complejo de criticidad, dicotomizado en moderada o extrema, permitieron identificar grupos de familias potencialmente de mayor riesgo en cada una de las villas. De utilizarse en este sentido, ese concepto también ayudaría a modificar la dinámica institucional de manera de asegurar la atención integral de dichas familias y, consecuentemente, aumentar la equidad y eficacia social del programa. Estas condiciones más y menos críticas en la situación general de "pobres" se comprobaron indefectiblemente asociadas con la pertenencia familiar a los grupos ocupacionales definidos, grupos que, en definitiva, refieren a las posibilidades de acceder a distintos niveles de ingreso, valorados indirectamente por la ocupación del principal responsable del sustento familiar.

En este aspecto, los hallazgos también señalan variaciones en un contexto caracterizado por una débil inserción laboral cuyos atributos principales son la precariedad del trabajo, la inestabilidad y el subem-

pleo. El sector Policial se ubica en una relativa mejor situación, al menos en cuanto al espectro de opciones que enfrenta, con un conjunto menor de familias a cargo de trabajadores inestables (incluido servicio doméstico) y precarios.

Al considerar la ocupación, se percibe una estratificación social que se corresponde con características sociodemográficas particulares, como la composición del grupo familiar, su tamaño y momento evolutivo, y las condiciones materiales de vida. No resulta difícil distinguir perfiles de grupo, con rasgos propios y que no siempre coinciden con la situación paradigmática de familias residentes en villas.

Sin embargo, las condiciones o estrategias familiares estudiadas teniendo en cuenta el grupo ocupacional de pertenencia de la familia, entendidas como opciones en un nivel particular, no logran modificar esta expresión de pobreza extrema. Se rescata solamente el nivel de escolaridad del principal responsable como variable mediadora que actúa modificando el riesgo de condiciones más críticas que, como se mencionó, se verificaron consistentemente asociadas con la ocupación, en una clara relación que muestra a los grupos con inserción laboral más débil como más vulnerables, con mayor riesgo en términos de las condiciones materiales de vida.

En este contexto, los resultados relativos a la ocurrencia de los problemas de salud, que por la importancia que les confiere la APS han sido definidos en términos de subprogramas específicos, no pueden ser objeto de una lectura simplista basada en las frecuencias relativas de demanda de atención, como forma de medir la cobertura del programa. Es preciso superar un enfoque meramente cuantitativo en aras de una valoración de la eficacia social del programa, que comprenda el concepto de equidad, entendido como adecuación de las respuestas a las necesidades de cada grupo.

La concurrencia al centro de salud, si bien con diferencias según las áreas, está lejos de ser satisfactoria en los distintos problemas abordados, incluso en los que tradicionalmente se han visto privilegiados en el momento de fijar prioridades, como los referidos a la salud infantil. Aun contabilizando los eventos con la menor exigencia, como son los embarazos con al menos un control, la distancia con la meta programática (captación del cien por cien de embarazadas) se muestra, con toda crudeza, reducida en el mejor de los casos a la mitad, y a la quinta parte y menos en los peores. Esta situación mejora relativamente al considerar la atención del parto, con una captación si no óptima, mayor. En ambos casos, y en el área III, la población acude a otros efectores públicos fuera de la red programática incluida (en este caso, la administración municipal).

Al escaso éxito de captación, que cuestiona la eficacia de las actuales intervenciones en la comunidad del equipo técnico en su totalidad, se suma una clara evidencia de fallas en la articulación entre niveles que llegan hasta a cuestionar la calidad de la atención, ya que afectan

aspectos vinculados con su continuidad en el seguimiento de pacientes. La concurrencia de los niños para el control de salud, aunque supera la de las madres para la atención del embarazo, tampoco permite una valoración satisfactoria del subprograma. Asimismo, frente a patologías como infecciones respiratorias agudas y diarreas, los centros de salud están lejos de constituir los lugares de referencia lógicos de la población del área programática, cuando esta puede optar entre varios efectores públicos, hecho que, dada la oferta existente en el Municipio, complejiza y dificulta el cumplimiento de las metas de cobertura definidas según normas técnicas.

Las condiciones de vida de la población infantil en las villas serían un indicador suficiente para identificar a estos niños como grupo de alto riesgo, en particular de desnutrición. No obstante, la evaluación realizada en niños menores de seis años con base en el registro de antecedentes y en la detección directa en la población, a la vez que muestra diferencias llamativas entre sectores, plantea dudas sobre el impacto del subprograma en poblaciones de riesgo como las estudiadas.

La conocida falta de actividades programadas para la atención de la problemática de salud-enfermedad en adultos en APS se acompaña de escasa información. Por consiguiente, las cifras presentadas al respecto, principalmente las relativas al *screening* de hipertensión arterial realizado en la población destinataria de 15 años y más, constituyen un aporte sustancial en la medida en que son verdaderas señales de alerta que reclaman la atención del programa y que podrían ser utilizadas como base para la implantación de estrategias de prevención y control.

La profundización del conocimiento de la población cubierta por el programa resultante del estudio socioepidemiológico, además de mostrar la falibilidad del supuesto de homogeneidad de estos grupos poblacionales y señalar, en ese nivel, la débil penetración de los centros de salud y hospital base, posibilitó la evaluación de las actividades de promoción, prevención y control.

Las discrepancias señaladas en relación con la información censal de familias y viviendas, junto a la ausencia de una normatización clara del trabajo del agente sanitario entendido como nexo principal entre el centro de salud y la comunidad, plantean la necesidad prioritaria de aunar esfuerzos para corregir las deficiencias que afectan el accionar programático en su totalidad. Entre ellas, la existencia simultánea de distintos criterios para identificar la "familia" destinataria de todas las acciones constituye el primer escollo para lograr una delimitación e identificación correcta de los sectores poblacionales y de las familias que los integran. A su vez, la formulación de definiciones claras y precisas garantizaría la posibilidad de obtener datos comparables. Al respecto, un mecanismo posible sería acotar la ronda en el tiempo, como se hizo para este estudio, o bien instrumentar censos periódicos independientes de las rondas, para

lo cual el programa debería considerarlo específicamente, dado que implica organización y presupuesto particular. El escaso éxito logrado en la captación de casos por incumplimiento de normas cuestiona seriamente el impacto real de estas acciones en la comunidad e incluso plantea la necesidad de formular las bases conceptuales sobre las que se apoya esta estrategia de intervención.

Asimismo, el alcance de las acciones programadas en términos de cantidad de individuos que resultan beneficiarios, es decir de su real cobertura, al margen de no alcanzar las metas fijadas, pone de relieve que la actual proyección del programa en la población no responde a criterios epidemiológicos de riesgo, en menoscabo de la eficacia social del mismo, como lo muestran las evidencias obtenidas en relación con el valor que se adjudica a la tenencia de tarjeta como instrumento de legitimación de la condición de familia perteneciente al programa.

La aplicación del "método de trazadores" modificado permitió tener una visión de la actual respuesta del programa a las necesidades de atención de la población destinataria del mismo. A su vez, quedó demostrada su utilidad y en especial su sencillez, que permite que sea utilizado de rutina como monitoreo de aspectos positivos y debilidades en la red de atención.

En los registros correspondientes a los distintos problemas-eje considerados se aprecia claramente una ausencia generalizada de sistematicidad y falta de adecuación a las pautas establecidas en los protocolos y por norma, lo que indica importantes restricciones de eficacia individual de la prestación. A ello se suma una muy escasa información que garantice el seguimiento de los casos. Con respecto a este último aspecto del problema, basta considerar el escaso porcentaje de historias clínicas de mujeres embarazadas en las que el obstetra consignó la fecha del próximo control, dato necesario para detectar incumplimiento y programar la visita domiciliar por el agente sanitario.

La completud del seguimiento de las embarazadas que transitaron por las distintas instancias del sistema para la atención de cada una de las etapas del proceso reproductivo es mínima, principalmente debido al quiebre que se produce después del parto, ya que un reducido número de mujeres retorna al nivel periférico para el control del puerperio. Es evidente el no reconocimiento por parte del hospital base de la necesaria articulación con el nivel periférico, aspecto también descuidado incluso cuando por razones de hospitalización o de interconsulta la embarazada es atendida en ambos niveles, sin que figuren los registros de referencia o contrarreferencia correspondientes. Una estrategia difícil de evaluar en razón de su reciente implantación, pero que parece suplir dicha deficiencia es la visita domiciliar de enfermería en la primera semana después de ocurrido el parto.

Un aspecto relacionado con lo anterior es la posible distorsión introducida en la evaluación de la eficacia social del programa debido a que el

equipo técnico en su totalidad no ha incorporado a su práctica la necesidad de un registro completo, según normativa, de sus actividades. La ausencia de datos o las discrepancias encontradas en los distintos protocolos que se utilizaron en cada instancia de atención, con un número importante de documentos que exigen la replicación de datos, parecen operar en este sentido atentando en alguna medida contra las posibilidades de articulación y pertinencia de las acciones.

Lo mencionado no es privativo del subprograma de salud perinatal, y la evaluación con base en los problemas-eje seleccionados como trazadores en el subprograma de salud infantil condujo a conclusiones similares, incluso en lo que a inmunizaciones se refiere, verificándose altos porcentajes de niños deficientemente vacunados y hasta sin cobertura de vacuna, tanto de triple y Sabin como de antisarampionosa, con el consiguiente riesgo que significa tal situación en el contexto social analizado.

Puede agregarse en particular que, a pesar de ser el control de salud del niño uno de los aspectos prioritarios de la atención infantil enunciados por las autoridades del programa, no existen procedimientos explícitos para aplicar las normas que regulen las prácticas correspondientes. Solo se han fijado algunas metas de captación temprana y pautas de citación, que en relación con la atención de diarreas e infecciones respiratorias agudas se limitan a indicaciones sobre la conducta médica de diagnóstico y tratamiento del caso individual.

La baja proyección del centro de salud en la atención de la salud infantil, que se reduce a menos de la mitad de los niños menores de dos años, cuestiona de hecho al subprograma dirigido a la atención de la desnutrición que, bajo el supuesto del control del cien por ciento de los recién nacidos y de la amplia cobertura del centro de salud en el área de influencia, no contempla actividades específicas para la detección del problema.

Más débil aún es la penetración del programa en la población adulta. Un ejemplo de ello es que, a pesar de la reconocida importancia conferida a la hipertensión arterial como factor de riesgo, los hallazgos muestran de forma elocuente que su visión del impacto en la población se reduce a una ínfima parte de su magnitud, y no se han implementado aún los mecanismos adecuados para alcanzar niveles mínimos de eficacia. Esta situación también se advierte al analizar el subprograma de tuberculosis que, con una más acabada explicitación de objetivos y normas de prevención, seguimiento y educación, originada en los avances del conocimiento y en la larga experiencia en la lucha contra esta enfermedad, presenta sin embargo falencias en los mecanismos de integración al programa de APS que atentan contra su éxito.

Por otra parte, el análisis basado en los registros de demanda espontánea en las planillas de consulta reafirma la duda sobre la solidez de la articulación consulta-ronda, y la dificultad de la pesquisa de casos por inasistencia a control, consecuencia en parte de la calidad de la informa-

ción disponible, que se impone como primera preocupación a los fines evaluativos. La proporción de este tipo de consultas, además de cuestionar la legitimidad de los límites impuestos (los de la villa), plantea la existencia de una población y un área de influencia cercana al centro de salud que requieren ser estudiados o, al menos, en el momento de la consulta, es preciso llevar registros sobre sus condiciones socioculturales para evaluar la pertinencia de aplicación de los criterios que establecen quiénes se benefician de los servicios que ofrece el programa.

La evaluación del programa a través del personal aportó, desde otra perspectiva, información que confirma y en parte refuerza la que surge del estudio con la población y en los registros de los servicios. Un primer hallazgo de importancia, que obligó a modificar el análisis, fue la respuesta inicial de cerca de la mitad del personal de los hospitales base de área que dijeron no tener ninguna relación con el programa, dato cuya importancia se remarca si se tiene en cuenta que los jefes de área consideraron fundamentales las relaciones que deben establecer con este personal para coordinar y asegurar la correcta atención de los pacientes derivados. De allí resulta una valoración negativa de la articulación entre ambos niveles de atención, cuyo único eslabón más fuerte serían el jefe de área y la oficina de coordinación.

En segundo lugar, al examinar las estrategias de intervención en la comunidad surge claramente la dicotomía entre el personal "de APS" y el de los centros periféricos y hospital y la consiguiente distinción en la división técnica y social del trabajo. Por un lado, agente sanitario y supervisora de enfermería que trabajan en la comunidad y como auxiliares de un sistema de atención que reproduce el modelo médico-asistencial de la demanda espontánea al que se ha incorporado un conjunto de normas técnicas clasificadas en subprogramas que muchos no identifican como tal, y un discurso del "saber" sobre la APS que frecuentemente se contradice con la práctica y que no se refleja cuando el personal expresa su satisfacción o insatisfacción en el trabajo. La falta de una propuesta evaluativa en el programa, a lo que se agrega su ausencia en el campo de la experiencia profesional (sobre todo de los médicos), explica que no se perciba en su personal alguna reflexión crítica sobre el mismo. La sola mención de insatisfacción en lo relativo a la remuneración percibida y a la falta de recursos materiales y humanos muestra, aunque indirectamente, su conformidad con el modelo para el que fue formado, por lo que no alcanza a identificarse con un modelo de transformación.

Bibliografía

- Agresti, A. *Analysis of ordinal categorical data*. Nueva York, John Wiley & Sons, 1984.
- Arline, T. *et al.* A note on the measurement of hypertension in HHANES. *American Journal of Public Health* 80(12), 1990.
- Barboza, J. J. y Del Canto, C. A. Epidemiología de la hipertensión arterial en Mendoza-Argentina. *Rev. Compendio Médico*, 1976.
- Carr-Hill, R. A. The evaluation of health care. *Soc. Science and Medicine* 21(4)367-375, 1985.
- Escobar, M. C. y Acuña C. Control de pacientes hipertensos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. *Cuadernos Médico Sociales*, Colegio Médico de Chile, 31(1), marzo de 1990.
- Fals Borda, O. y Rodrigues Brandão, C. Investigación Participativa. Instituto del Hombre. Ediciones de la Banda Oriental, 1986.
- Fienberg, S. *The analysis of cross-classified categorical data*. 2ª ed. Cambridge, Mass. The MIT Press, 1981.
- Fleiss, J. L. *Statistical methods for rates and proportions*. 2ª ed. Nueva York, John Wiley & Sons, 1981.
- García Manzanedo, H. Estudio sociocultural sobre integración de los sistemas de salud y participación de la comunidad. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 84(3), 1978.
- GLIM 3.77 (Generalized Linear Interactive Modeling) del Working Party of the Royal Statistical Society. Oxford, 1985.
- Kessner, O. M. *et al.* Assessing Health Quality-The case for tracers. *New England Journal of Medicine* 288(4), 1975.
- Kessner, O. M. Methodology for the evaluation of ambulatory health services: The tracer concept, 1973. Incluido en: *Methods of Health care evaluation. Reading and exercises developed for the National Health Care Evaluation Seminars*. 3ª ed., Hamilton (Ontario, Canadá) Master University, 1976.
- Knoke, D. y Burke P. *Long-linear models*. Beverly Hills. Londres. Sage Publications, 1980.
- Le Boterf, G. *Formación y autogestión*. Colección Información y Formación. París, Editorial ESF, 1974.
- Le Boterf, G. *Investigación participativa y animación*. París, Editorial Cultura y Desarrollo, 1974.
- Muahlen A. y Appel F. Testing an outcome. Base quality assurance strategy in primary care. *Medical Care* 18(5), mayo de 1984 (suplemento).
- Ofosu, A. Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud de la comunidad. Examen de algunas cuestiones y problemas actuales. *Publicación científica* 459. OPS. Washington, 1984.
- OMS. Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas, Reunión Mixta UNICEF/OMS. Ginebra, 1983.
- OMS. El trabajador primario de salud, OMS. Ginebra, 1985.
- OMS. El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. *Cuaderno de Salud Pública*, 80. Ginebra, 1985.
- OMS. *Evaluación de la estrategia de salud para todos en el año 2000, Séptimo informe sobre la situación sanitaria mundial*, vol. 1. Análisis Mundial 1987, Ginebra.

- OMS. *La educación del personal de salud centrada en la comunidad*, Informe Técnico N° 746, 1987.
- OMS. Líderes de atención primaria de salud. *Cuaderno de Salud Pública* N° 82. Ginebra, 1986.
- OMS. *Review of primary care development*. WHO. Ginebra, 1982.
- OPS/OMS. *Aumento de la capacidad operativa de los servicios de salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000*. Publicación Científica 482. OPS. Washington, 1985.
- OPS/OMS. *El papel de la enfermera en la atención primaria de la salud*. Publicación Científica 348. OPS, Washington, 1977.
- OPS/OMS. *Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas. Análisis de estudios seleccionados*. Publicación Científica 473. OPS. Washington, 1984.
- OPS/OMS. *Primary health care in urban states area reaching poor developing countries*. A State of the Art Report. WHO. Ginebra, 1984.
- OPS/OMS. *Primera reunión de consulta técnica sobre atención primaria de salud y desarrollo de servicios en áreas urbanas y grandes ciudades*. Informe final. OPS. Washington, 1981.
- OPS/OMS. *Salud maternoinfantil y atención primaria en las Américas. Hechos y tendencias*. Publicación Científica 461. OPS. Washington, 1984.
- OPS/OMS. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Documento oficial 173. OPS. Washington, 1980.
- OPS/OMS. *Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para instrumentación de las estrategias regionales*. Documento oficial 179. OPS. Washington, 1982.
- OPS/OMS. Segunda reunión de consulta técnica sobre atención primaria de salud y desarrollo de servicios en áreas urbanas y grandes ciudades. OPS. Washington, 1982.
- OPS/OMS. *Usos y perspectivas de la epidemiología* N° PNSP-84-47, 1984.
- Pappas, G. *et al.* Hypertension prevalence and the status of awareness, treatment, and control in the hispanic health and nutrition examination survey (HHANES) 1982-84. *American Journal of Public Health* 80(12), 1990.
- Pardel H. ¿Cómo mejorar el control de la hipertensión arterial? *Revista Clínica Española* 185(5). Octubre de 1989.
- Rego, R. *et al.* Fatores de risco e doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Rev. Saude Pública* 24(4). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1990.
- Rifkin S., Müller, F. y Bichmann W. Primary Health Care: Measuring participation, *Social Science and Medicine* 26 (9)931, 1988.
- Rodríguez, H. *et al.* La tensión arterial en una comunidad urbana en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84(3), marzo de 1978.
- Rodríguez H. La tensión arterial en una comunidad rural en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 87(5) noviembre de 1979.
- Molinert, T., González Ochoa, E. y Gallardo Sordino, M. A. Epidemiología de la evaluación de la Salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 22:3, 1984.
- Wagner, E. *et al.* Medical care use and hypertension. *Medical Care* 18(2), 1980.

Anexo

Definiciones conceptuales y operacionales

Unidades de observación

Grupo familiar (GF): remite a toda persona o grupo de personas, emparentadas o no que duermen habitualmente en la vivienda y comparten sus necesidades alimentarias. También se consideran como parte del GF las personas que por trabajo doméstico u otra ocupación duermen fuera del hogar hasta cinco días a la semana. La situación de miembros de la familia que migran periódicamente a otras áreas por trabajo estacional se considera cuando la familia los reconoce como integrantes del GF.

Vivienda: es el conjunto de ambientes donde se alojan los distintos miembros del GF. Bajo el concepto de GF que se utiliza, estos ambientes pueden estar no integrados a una estructura única; en estos casos, frecuentes en asentamientos irregulares, la vivienda puede estar entonces constituida por ambientes no contiguos.

Principal responsable (PR) del GF: es la persona que en el GF lleva la carga principal del sustento económico del mismo, en el sentido de que enfrenta la mayor parte de los problemas y gastos de la vida cotidiana.

Variables

Grupo ocupacional del PR (GO): la operacionalización de este concepto se detalla en el capítulo de metodología. Los grupos ocupacionales identificados fueron los siguientes:

- Obreros y empleados calificados no precarios: comprende obreros calificados y empleados, en actividades no productivas, con trabajos no precarios (es decir con aportes jubilatorios y/o cobertura de riesgos de salud).
- Obreros y empleados no calificados no precarios: difiere del anterior solo por la no calificación de las tareas que desempeñan.
- Obreros y empleados precarios: comprende obreros y empleados ocupados en actividades no productivas, con trabajos precarios, cualquiera sea la calificación de las tareas que realizan.
- Trabajadores por cuenta propia con disponibilidad de instrumentos o medios de trabajo: comprende los trabajadores por cuenta propia de la producción de bienes materiales (incluidos agricultores y artesanos), de la construcción, comercio y servicios, que tienen disponibilidad de instrumentos o medios de trabajo. Se asimilaron a esta categoría los empleadores con no más de cinco empleados.

- Servicio doméstico.
- Subproletarios: comprende los trabajadores inestables y de mínima calificación, como son los changarines o los trabajadores que se autotitularon como cuentapropistas de la construcción, del comercio y servicios y que no disponen de instrumentos ni medios de producción. Se asimiló a esta categoría el caso excepcional de trabajadores familiares sin remuneración fija.
- Jubilados y pensionados: comprende a las personas inactivas que perciben ingresos por jubilación o pensión por trabajo del cónyuge.

La definición de los grupos se apoya en el concepto de posición socioocupacional utilizado para designar los lugares definidos por las relaciones de producción y los procesos sociales que tienen lugar en una situación concreta, los que determinan las formas de inserción de los agentes en la división social del trabajo y en la división del trabajo social propias de esa situación. Operacionalmente, las categorías teóricas identificables son las siguientes:

1. Empleadores o empresarios de cualquier rama de actividad con más de cinco empleados y/u obreros.
2. Profesionales que trabajan por cuenta propia en la producción de bienes materiales, en el comercio o servicios.
3. Profesionales ocupados (asalariados) en procesos coadyuvantes (jurídico-político-ideológicos): miembros del aparato jurídico-político-religioso con funciones jerarquizadas (jueces, camaristas, secretarios de juzgado, oficiales de las fuerzas armadas y de seguridad, etc.), profesores universitarios, etc., y trabajadores representativos del arte y la cultura (escritores, artistas, etc.).
4. Profesionales o técnicos ocupados (asalariados) en procesos coadyuvantes (jurídico-político-ideológicos): miembros del aparato jurídico político religioso con funciones de menor jerarquía (maestros, profesores secundarios, suboficiales de las fuerzas armadas y de seguridad, etc.).
5. Profesionales, técnicos y/o con funciones jerarquizadas, asalariados de cualquier rama de actividad (industria, comercio y servicios).
6. Trabajadores por cuenta propia de la producción de bienes materiales y de la construcción con instrumentos o medios de trabajo o empleadores de cualquier rama de actividad con hasta cinco empleados u obreros.
7. Trabajadores por cuenta propia del comercio o servicios con instrumentos o medios de trabajo.
8. Empleados administrativos de la producción de bienes materiales o en tareas predominantemente intelectuales del comercio o servicios.
9. Obreros calificados de la producción de bienes materiales (excluida la industria de la construcción).

10. Obreros calificados de la construcción.
11. Obreros no calificados de la producción de bienes materiales (excluida la industria de la construcción).
12. Obreros no calificados de la construcción.
13. Empleados en tareas predominantemente manuales del comercio o servicios o industria.
14. Servicio doméstico.
15. Subproletarios (trabajadores inestables o asalariados encubiertos en actividades de calificación mínima, como vendedores ambulantes, changarines, etc.).
16. Inactivos con ingresos (jubilados, pensionados, rentistas, etc.).
17. Inactivos sin ingresos (amas de casa, estudiantes, etc.).

Las variables que intervienen en la configuración de GO, que son referentes empíricos directos, son las siguientes:

Condición de actividad: activo (empleado o desempleado que busca trabajo) e inactivo (jubilado, rentista, estudiante, ama de casa, etc.).

Ocupación principal: actividad remunerada principal del PR, oficio o clase de trabajo.

Categoría de ocupación: empleadores, trabajadores por cuenta propia (sin empleados u obreros, solos o con socios), asalariados (empleados u obreros), empleados domésticos, trabajadores familiares sin remuneración fija.

Rama de actividad: industria, industria de la construcción, comercio, servicios, etc.

Para los empleadores:

Tamaño del establecimiento: número de personas, obreros y/o empleados que trabajan en la empresa.

Para los trabajadores independientes o por cuenta propia:

Tipo de actividad: manual (mecánico, pintor, lavandero, etc.) y predominantemente intelectual (docente, técnico, etc.).

Nivel de calificación de la actividad: calificada (la que requiere conocimientos y/o experiencia para el desempeño de la actividad, cualquiera sea el mecanismo de capacitación), o no calificada.

Disponibilidad de instrumentos o medios de trabajo: disponibilidad o no, en carácter de propietario o locador, de medios, como local, vehículos, maquinarias o herramientas, aun las cedidas en uso o préstamo en este último caso.

Colaboración familiar en la actividad: expresada por el número de miembros del GF que ayudan en la actividad del PR, con o sin remuneración.

Para los asalariados:

Tipo de función: directiva o jerarquizada mayor (personal que ocupa los más altos niveles de una sociedad o empresa o que ejerce funciones

directivas en algún departamento o área de esta cuando en la organización se distinguen secciones o unidades administrativas y al frente de las cuales hay un responsable de menor jerarquía, como son los jefes y asesores técnicos de empresas comerciales, industriales, financieras, etc., jefes intermedios de la administración pública, oficiales de las fuerzas armadas y de seguridad, profesores universitarios, etc.); jerarquizada menor (cargo jerarquizado de más bajo nivel dentro de la estructura de la organización: maestros, profesores secundarios, capataces, supervisores, jefes menores de comercio, servicios, etc.) y no jerarquizada.

Tipo de actividad: manual o predominantemente intelectual.

Nivel de calificación de la actividad: calificada o no calificada.

Cobertura previsional y de salud: dada por la existencia o no de descuentos practicados por la empresa al salario del PR con fines jubilatorios y/o de la atención de la salud, o ambos.

Dependencia administrativa del establecimiento: pública, privada o mixta.

Tamaño del establecimiento: número de personas, obreros, o empleados que trabajan en la empresa.

Funciones del empleador para el que trabaja: se identifica la supervisión o administración del establecimiento como función diferenciada y distinta de la del trabajo a la par con el resto de obreros y/o empleados.

Condiciones familiares de vida (CFV): conjunto de atributos individuales del PR y colectivos del GF, que remiten a pautas familiares de obtención y asignación de los recursos de subsistencia. Se distinguen: características sociales del grupo familiar (demográficas, educacionales, migratorias y ocupacionales), condiciones materiales del microambiente, cobertura y utilización de los servicios de salud del PR y del grupo familiar.

Características sociales del grupo familiar (demográficas, educacionales y ocupacionales)

Tamaño del GF, edad y sexo de sus miembros: número de miembros, edad en años y sexo.

Composición del GF: relaciones de parentesco o no entre los miembros del grupo familiar expresadas en "familia nuclear completa" (pareja sola o con hijos) o "incompleta" (PR sin cónyuge e hijos), "familia extensa" (familia nuclear con ascendientes, descendientes, laterales o no parientes) y "PR solo o con allegados" (allegados: parientes no hijos y/o amigos). Muertes en el GF acaecidas en el último año: identificación de toda muerte de un miembro del GF ocurrida en el último año a través de la edad y lugar donde aconteció. También el lugar donde fue atendido en los días previos, en internación o en ambulatorio.

Acceso a la educación de los niños de 6 a 12 años: expresado por la cantidad de niños de esa edad que concurren o no a la escuela habiendo finalizado el nivel de enseñanza primaria.

Nivel de instrucción del PR: refiere a la educación formal y se expresa por el último grado aprobado de escolaridad primaria o completud de los estudios cursados a nivel secundario o superior.

Antecedente migratorio: expresado según el PR haya vivido siempre en Rosario o no.

Procedencia (migrantes): dada por el lugar en que el PR vivió antes de su arribo a Rosario, identificando la zona de procedencia, rural o urbana, o localidad según provincia y país.

Tiempo de residencia en Rosario (migrantes): expresado en años y meses.

Tiempo de residencia en el sector: expresado en años y meses.

Modalidad de la migración a Rosario y al sector: se diferencia en migración individual (del PR) o familiar en función de quiénes fueron los primeros parientes sanguíneos del PR que llegaron a Rosario y al sector respectivamente.

Traslados temporarios por razones laborales: expresados por la cantidad de miembros del grupo familiar, incluido el PR, que se trasladaron por motivos relacionados con el trabajo en los últimos dos años previos al estudio. En particular, las características del último traslado en términos de los miembros que participaron, zona rural o urbana de traslado y tipo de trabajo.

Actividad productiva o remunerada de los miembros del grupo familiar: dada por la cantidad de miembros con trabajo.

Carga económica familiar: valorada por la relación del número de miembros del grupo familiar por miembro ocupado.

Lugar de trabajo del PR: ambiente físico donde desarrolla su actividad. Se diferencia establecimiento (local o dependencia acondicionado para elaborar productos, almacenarlos, comercializarlos, etc.), domicilio con local destinado a fines productivos, comerciales o de servicios, domicilio sin local preparado para esos fines, puesto fijo en la calle (puestos de ventas, kioscos, etc.), ambulante en la calle, con o sin vehículo.

Aportes jubilatorios voluntarios (no asalariados): en términos de si realizan aportes jubilatorios a la Caja de Autónomos u otras cajas no oficiales.

Estabilidad laboral (asalariado): como expresión de la estabilidad de la relación contractual se identifica: con contrato permanente (es efectivo), es contratado continuamente por períodos, trabaja por un tiempo limitado (hasta fecha fija o hasta que finalice la obra), trabaja a destajo (por tanto, por unidades, etc.), está a prueba (no es efectivo).

Antigüedad en la actual ocupación (asalariado): tiempo expresado en años y meses.

Antecedente de suspensiones o reducciones de la jornada de trabajo en el último año (asalariados): sí o no, diferenciando ambas situaciones.

Nivel de satisfacción en relación con la actual ocupación: expresado a través de la mención de estar o no buscando otra ocupación e intentando o no incrementar el número de horas de trabajo en actividades similares a las que efectúa habitualmente.

Duración habitual de la jornada de trabajo (activos con empleo): tiempo expresado en horas promedio por día de trabajo.

Tiempo trabajado en el último año (activos): expresado en meses.

Razones de la búsqueda de otra ocupación y/o incremento en el número de horas de trabajo: se diferencia entre ingresos insuficientes, malas condiciones de trabajo, inestabilidad en el trabajo, malas relaciones de trabajo, etcétera.

Causas que motivaron la pérdida del trabajo anterior (activos sin empleo): se diferencia entre situaciones de despido, finalización de la obra, limitaciones familiares, etcétera.

Tiempo que lleva buscando trabajo (activos sin empleo): expresado en años y meses.

Razones que le impiden encontrar trabajo (activos sin empleo): se diferencia entre falta de trabajo, no encuentra algo adecuado a sus necesidades, está a la espera de que lo vuelvan a llamar, etcétera.

Razones por las que no busca trabajo (inactivos): se distingue entre cuestiones de índole personal, familiar, por enfermedad, etcétera.

Condiciones materiales del microambiente

Nivel de hacinamiento: definido por la relación entre el número de miembros del GF y el número de cuartos que se utilizan para dormir, diferenciando las situaciones con tres o más miembros por cuarto destinado para dormir de aquellas con menor número. Se optó por esta categorización más restrictiva en razón de la definición de cuarto adoptada.

Utilización de cuartos para dormir como cocina: en términos de sí o no.

Tipo de materiales de construcción de pisos, paredes y techo: materiales de construcción que predominan en la vivienda expresados en precarios o de tipo descartable (tierra, cartón, paja, adobe, chapa, etc.), o no precarios (ladrillos, cemento, bloque, baldosa, mosaico, etc.) individualmente para pisos, paredes y techo.

Nivel de precariedad del material de construcción de la vivienda: dado por la combinación de materiales de construcción de pisos, paredes y techo. Alta precariedad (piso de tierra), regular precariedad (piso de material diferente a tierra, con paredes y techo de material precario), moderada precariedad (piso de material diferente a tierra, techo de material precario y paredes de ladrillo o bloque), no precaria (piso, paredes y techo de material no precario).

Fuente de abastecimiento de agua: definida por la tenencia de grifos o

canillas conectados a la red pública o a pozos de agua en el interior de la vivienda o no (en el patio, de un vecino, de la red pública).

Sistema de servicios higiénicos: tenencia o no de inodoro, letrina o retrete y su diferenciación según si permite la descarga mecánica del agua, la localización (dentro o fuera de la vivienda) y el uso del sistema, exclusivo o no por parte del GF.

Satisfacción o no de necesidades básicas: concepto utilizado a partir de 1984, por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y que diera a conocer el estudio *La pobreza en Argentina* basado en datos del censo de 1980. Se detalla en el capítulo de metodología.

Nivel de criticidad: indicador que se basa en el utilizado por el INDEC. Permite definir en el marco general de la pobreza distintos niveles. Su operacionalización, que se detalla en el capítulo de metodología, permitió distinguir los siguientes niveles:

- Criticidad extrema con ingreso insuficiente: comprende aquellos GF que habitan viviendas precarias, con la provisión de agua fuera de la vivienda (patio o exterior) sin baño o con baño sin sistema de descarga de agua y cuyo ingreso se estima insuficiente.
- Criticidad extrema sin ingreso insuficiente: comprende aquellos GF que habitan viviendas precarias, con la provisión de agua fuera de la vivienda (patio o exterior) sin baño o con baño sin sistema de descarga de agua, y cuyo ingreso no se estima insuficiente.
- Criticidad moderada: independientemente del ingreso, comprende todos los GF que habitan viviendas con una o más de las siguientes características: a) material no precario, b) provisión de agua dentro de la vivienda, y c) baño con descarga de agua.

Se estimó un ingreso insuficiente en toda familia en la que la carga familiar fuera de más de cuatro personas por miembro ocupado ampliándose a las que cuentan cuatro personas por miembro ocupado cuando el PR es analfabeto funcional.

Cobertura de riesgos de salud por aportes obligatorios o voluntarios del PR: se refiere a la posibilidad de acceder a la atención de la salud en instituciones privadas o de obra social, sin necesidad de pago de la totalidad de gastos de esa atención. Este beneficio se obtiene a través del descuento de un porcentaje del salario o sueldo mensual del PR, sea de la actividad principal o de otra secundaria (obra social), o del pago voluntario a una institución libremente elegida (mutual o sociedad por abono o prepago).

Alcance de la cobertura de salud por aportes del PR: se refiere al hecho de disponer de alguna forma de cobertura de salud por aportes voluntarios u obligatorios del PR; interesan los alcances de la misma dentro del GF en términos de quiénes de los allegados del PR gozan de esos beneficios.

Problemas y conductas de la población destinataria de las acciones programáticas

Registros basados en la percepción de los problemas por parte del adulto y de la madre o adulto responsable en relación con los definidos para los niños (en los períodos de referencia estipulados, incluido el momento de la encuesta).

Del niño menor de 2 años:

- control de salud: lugar de atención habitual y fecha del último realizado.

Del niño menor de 6 años:

- diarreas en el último mes: en caso afirmativo, lugar donde consultó,
- infección respiratoria aguda (IRA) en el último mes: en caso afirmativo, lugar donde consultó,
- antecedente de desnutrición: basado en un diagnóstico previo. En caso afirmativo, lugar de consulta habitual para su atención y fecha de la última consulta médica,
- hospitalización en el último año: incluidas las del recién nacido, antes del alta de la parturienta, indicando lugar de internación.

De las mujeres (cualquier edad):

- embarazos, partos y puerperios acaecidos en el último año, que hayan culminado en un nacido vivo o en una defunción fetal, con registro de: mes de gestación, lugar de control del embarazo, fecha y lugar de atención del parto o pérdida, lugar de control del puerperio.

Del adulto (15 años o más):

- antecedente de hipertensión: basado en un diagnóstico previo. En caso afirmativo lugar donde concurrió o concurre habitualmente para su control y fecha de la última consulta realizada,
- antecedente de TBC: basado en un diagnóstico previo. En caso afirmativo, e independientemente de su condición al momento de la encuesta, lugar donde concurrió habitualmente para su control.

Medición directa de la tensión arterial en adultos de 15 años o más: consistió en una determinación de la tensión arterial realizada durante la encuesta. Se consideró hipertenso cuando la tensión arterial, diastólica, sistólica o ambas, superaba los límites considerados como normales: en sistólica, 140 mm Hg (para adultos de 15 a 40 años), 150 mm Hg (para adultos de 41 a 60 años) y 160 mm Hg (adultos de más de 60 años); en diastólica: 90 mm Hg (cualquier edad). Se utilizaron tensiómetros (Certified) fabricados en Taiwan.

Sector Cerámica. Características sociodemográficas según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Composición del GF												GF con menores de 6 años				
	Nuclear completa*			Nuclear Extensa incompleta*			PR solo o c/allegados*		PR femenino*		Hasta 4 miembros en el GF*			GF con mujeres en edad reproductiva*			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%		
Cuenta propia con medios (n=85)	54	64	3	4	18	21	10	12	6	7	39	35	41	66	78	41	48
Calificados no precarios (n=91)	77	85	3	3	9	10	2	2	1	1	34	39	43	83	91	53	58
No calificados no precarios (n=86)	66	77	2	2	12	14	6	7	5	6	34	34	40	76	88	55	64
Precarios (n=170)	122	72	6	4	24	14	18	11	7	4	33	92	54	138	81	104	61
Servicio doméstico (n=61)	14	23	26	43	14	23	7	11	59	97	41	37	61	49	80	34	56
Subproletarios (n=88)	51	58	8	9	13	15	16	18	9	10	40	54	61	59	67	46	52
Total** (n=595)	389	65	50	8	92	15	64	11	89	15	36	303	51	475	80	334	56

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

Edad del PR: diferencia significativa. Test Kruskal Wallis: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

* Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 2% en el sector.

Sector Cerámica. Condiciones materiales de vida de los GF; nivel de escolaridad y de ocupación del PR según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	GF con criticidad extrema*		GF hacinados*		PR analfabeto funcional		GF con carga familiar*		PR con trabajo a la fecha de la encuesta*		PR con trabajo de 8 horas y más*		PR con trabajo los 12 meses anteriores*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuenta propia con medios (n=85)	44	52 ⁺⁺	39	46 ⁺⁺	24	28	25	29 ⁺	78	92	65	84	53	63 ⁺⁺
Calificados no precarios (n=91)	58	64 ⁺	56	62	28	31	31	34	89	98 ⁺⁺	80	90 ⁺⁺	83	91 ⁺⁺
No calificados no precarios (n=86)	62	72	64	74 ⁺⁺	26	30	43	50 ⁺⁺	82	95 ⁺	69	85 ⁺⁺	74	86 ⁺⁺
Precarios (n=170)	124	73	108	64	55	33	68	40	162	95 ⁺⁺	145	90 ⁺⁺	118	70 ⁺⁺
Servicio doméstico (n=61)	46	75	28	46 ⁺⁺	28	46 ⁺⁺	16	26 ⁺⁺	58	95 ⁺	16	28 ⁺⁺	54	90 ⁺⁺
Subproletarios (n=88)	78	89 ⁺⁺	47	53	38	44 ⁺⁺	41	47 ⁺	72	82 ⁺⁺	28	42 ⁺⁺	57	73
Total** (n=595)	419	70	345	58	204	34	226	38	541	91	403	76	439	77

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

** Edad del PR: diferencia significativa. Test. Kruskal Wallis: p<0,05.

++ Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 2% en el sector.

Sector Policial. Características sociodemográficas según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Composición del GF												GF c/niños menores de 6 años*				
	Nuclear completa*		Nuclear incompleta		Extensa		PR solo o c/allegados*		PR femenino*		Edad del PR*			Hasta 4 miembros en el GF*		GF con mujeres en edad reproductiva*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	med.		n	%	n	%
Cuenta propia con medios (n=62)	40	65	1	2*	8	13	13	21	4	6**	40*	30	48	44	71	27	44
Calificados no precarios (n=127)	95	75**	3	2**	20	16	9	7**	3	2**	35	54	43**	114	90**	79	62**
No calificados no precarios (n=96)	67	70**	1	1**	15	16	13	14	5	5**	36	40	42**	83	86**	64	67**
Precarios (n=133)	78	59	4	3*	23	17	28	21	4	3**	33**	77	58	102	77	72	54
Servicio doméstico (n=55)	10	18**	21	38**	15	27**	9	16	53	96**	42*	31	56	46	84*	19	35**
Subproletarios (n=39)	14	36**	6	15**	8	21	11	28**	16	41**	52**	31	79**	19	49**	12	31**
Total** (n=533)	316	59	36	7	95	18	86	16	89	17	37	275	52	419	79	279	52

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

Edad del PR: diferencia significativa. Test Kruskal Wallis: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

* Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 2% en el sector.

Sector Policial. Condiciones materiales de vida de los GF; nivel de escolaridad y de ocupación del PR según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	GF con criticidad extrema		GF hacinados*		PR analfabeto funcional*		GF con carga familiar*		PR con trabajo a la fecha de la encuesta		PR con trabajo de 8 horas y más*		PR con trabajo los 12 meses anteriores*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuenta propia con medios (n=62)	41	66 ⁺⁺	32	52	17	27	15	24 ⁺⁺	61	98 ⁺⁺	54	89 ⁺	40	65 ⁺
Calificados no precarios (n=127)	103	81	83	65 ⁺⁺	32	25	54	43	120	94 ⁺⁺	114	95 ⁺⁺	113	89 ⁺⁺
No calificados no precarios (n=96)	75	78	65	68 ⁺⁺	25	26	42	44	93	97 ⁺⁺	79	85	81	84 ⁺⁺
Precarios (n=133)	113	85 ⁺⁺	68	52	31	23 ⁺⁺	49	37	121	91	105	88 ⁺⁺	69	53 ⁺⁺
Servicio doméstico (n=55)	41	75	25	45	27	49 ⁺⁺	11	20 ⁺⁺	55	100 ⁺⁺	16	29 ⁺⁺	44	80
Subproletarios (n=39)	34	87 ⁺	15	38 ⁺⁺	20	51 ⁺⁺	18	46 ⁺	24	62 ⁺⁺	12	50 ⁺⁺	20	69
Total** (n=533)	419	79	293	55	162	31	195	37	474	89	381	81	367	74

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

Edad del pr. diferencia significativa. Test Kruskal Wallis: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 2% en el sector.

Sector Cáritas Guadalupe. Características sociodemográficas según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Nuclear completa*		Composición del GF Nuclear		Extensa		PR solo o c/allegados		PR femenino*		Edad del PR*		Hasta 4 miembros en el GF		GF con mujeres en edad repro-ductiva*		GF c/niños menores de 6 años*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	med.	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuenta propia con medios (n=47)	37	79**	1	2*	4	9	5	11	1	2*	35	22	47	42	89*	27	57		
Calificados no precarios (n=57)	36	63	2	4*	11	19	8	14	0	0**	25	32	56	46	81	37	65		
No calificados no precarios (n=79)	60	76**	0	0**	13	16	6	8	0	0**	35	30	38**	70	89**	57	72**		
Precarios (n=167)	115	69	2	1**	26	16	24	14	4	2**	30**	86	52	139	83	109	65		
Servicio doméstico (n=27)	2	7**	12	44**	10	37**	3	11	26	96**	42*	15	56	25	93	12	44*		
Subproletarios (n=72)	36	50**	8	11**	12	17	16	22**	12	17*	40**	39	54	43	60**	34	47**		
Total** (n=461)	291	63	25	5	78	17	67	15	48	10	34	231	50	369	80	278	60		

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

Edad del PR: diferencia significativa. Test Kruskal Wallis: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 2% en el sector.

Sector Cáritas Guadalupe. Condiciones materiales de vida de los GF; nivel de escolaridad y de ocupación del PR según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	GF con criticidad extrema*		GF hacinaos		PR analfabeto funcional		GF con carga familiar*		PR con trabajo a la fecha de la encuesta		PR con trabajo de 8 horas y más*		PR con trabajo los 12 meses anteriores*	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cuenta propia con medios (n=47)	33	70**	33	70*	11	23*	22	47	43	91	39	93**	34	72*
Calificados no precarios (n=57)	41	72**	37	65	18	32	22	39	55	97*	52	96**	47	82
No calificados no precarios (n=79)	64	81	56	71*	23	29	47	59**	79	100**	65	83	70	89**
Precarios (n=167)	146	87	112	67	55	33	75	45	158	95**	138	88**	116	70**
Servicio doméstico (n=27)	23	85	15	56	14	52**	6	22**	24	89	4	17**	18	67*
Subproletarios (n=72)	69	96**	35	49**	31	43*	39	55*	55	76**	23	43**	52	84
Total** (n=461)	388	84	292	63	158	34	215	47	414	90	321	79	337	77

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

Edad del PR: diferencia significativa. Test Kruskal Wallis: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 3% en el sector.

Antecedentes migratorios del PR y tiempo de residencia en el sector según GO. Sector Cerámica

GO	Migrantes rurales		Antigüedad del arribo a Rosario		Traslados por trabajo		Iros. parientes a Rosario		Antigüedad en el sector		Iros. parientes en llegar al sector													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
CPN (n=85)	68	80	36	53	3	4	50	74 ⁺⁺	12	14	26	32	2	2	24	30	9	11	33	39	54	65	17	20
CNP (n=91)	71	78	45	67 ⁺⁺	3	4	32	45 ⁺⁺	6	7	23	26	2	2	30	33	14	15	27	30	49	54	19	21
NCNP (n=86)	72	84	37	51	8	11	34	48	6	7	27	32	2	2	26	31	13	15	26	30	50	59	20	24
P (n=170)	144	85	74	52	13	9	72	51	28	16 ⁺⁺	50	29	5	3	38	22	33	20	56	33	86	51	49	29 ⁺⁺
SD (n=61)	47	77	26	57	4	9	28	60	4	7	19	32	1	2	13	22	9	15	29	48	35	57	12	20
S (n=88)	70	80	37	55	6	9	43	64	8	9	26	30	3	3	21	24	18	21	38	44	49	56	19	22
Total** (n=595)	483	81	261	55	37	8	269	57	64	11	177	30	15	3	154	26	98	17	216	37	337	57	136	23

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

++ Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 3% en el sector de Cerámica y 4% en el Policial.

Antecedentes migratorios del PR y tiempo de residencia en el sector según GO. Sector Policial

GO	Migrantes rurales		Antigüedad del arribo a Rosario		Traslados por trabajo		Iros. parientes en migrar a Rosario		Antigüedad en el sector		Iros. parientes en llegar al sector													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
CPN (n=62)	50	81	24	48	2	4	35	70 ⁺⁺	6	10	19	31	9	15	24	39	43	69 ⁺⁺	5	8				
CNP (n=127)	106	83	69	66 ⁺	8	8	47	44 ⁺⁺	2	2 ⁺⁺	29	23	25	20	43	34 ⁺⁺	32	25	34	27	73	57	11	9
NCNP (n=96)	79	82	49	63	4	5	41	53	4	4	31	32	18	19	20	21	25	26	19	20 ⁺⁺	58	61	11	12 ⁺⁺
P (n=133)	103	77	54	54	8	8	59	58	19	14 ⁺⁺	28	22 ⁺⁺	31	24	33	26	37	28	37	28	74	56	8	6
SD (n=55)	45	82	25	56	2	4	28	62	1	2	15	27	12	22	14	25	11	20	17	31	35	64	1	2
S (n=39)	32	82	15	47	1	3	18	56	3	8	21	55 ⁺⁺	4	11	3	8 ⁺⁺	10	26	8	21	35	90 ⁺⁺	0	0 ⁺⁺
Total** (n=533)	435	82	252	59	25	6	244	56	35	7	157	30	102	19	136	26	125	24	152	29	301	57	36	7

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

++ Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 3% en el sector de Cerámica y 4% en el Policial.

Antecedentes migratorios del PR y tiempo de residencia en el sector según GO, Sector Cáritas Guadalupe

GO	Migrantes rurales		Antigüedad del arribo a Rosario		Traslados por trabajo		Iros. parientes en migrar a Rosario		Antigüedad en el sector		Iros. parientes en llegar al sector													
	n	%	menos de 5 años	15 años y más	PR solo	PR con familia	laterales	menos de 5 años	15 años y más	PR solo	padres o abuelos													
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%												
CPN (n=47)	43	91	18	43	5	12	17	40	6	13	13	28	10	21	12	26	19	40 ⁺⁺	7	15 ⁺	33	70	4	9
CNP (n=57)	46	81	23	50	5	11	20	43	4	7	12	22	12	22	12	22	21	37	11	19	38	67	8	14
NCNP (n=79)	65	82	30	46	6	9	28	43	3	4	17	22	19	24	23	29	22	28	13	16 ⁺⁺	53	67	8	10
P (n=167)	141	84	69	49	17	12	63	45	21	13	31	19	49	29 ⁺⁺	51	31	47	28	46	28	87	52 ⁺⁺	11	7
SD (n=27)	23	85	8	35	2	9	14	61	1	4	7	26	5	19	5	19	7	26	10	37	15	56	3	11
S (n=72)	59	82	25	44	8	14	31	53	8	11	22	32	9	13 ⁺⁺	16	23	12	17 ⁺⁺	23	32	49	69	5	7
Total** (n=461)	387	84	177	46	43	11	181	47	43	9	109	24	104	23	121	27	128	28	116	25	285	62	39	9

* Asociación significativa. Test X²: p<0,05.

** Rasgo propio por diferir significativamente del valor en el sector. Test Binomial: p<0,05.

+ Rasgo incipiente por su importancia relativa o por no resultar significativo debido al tamaño reducido del grupo.

** Los totales incluyen jubilados y pensionados, 3% en el sector de Cerámica y 4% en el Policial.

Motivo de consulta y/o diagnóstico en niños menores de 5 años según pertenencia al programa

Motivo de consulta y/o diagnóstico	Consultas							
	Menores 2 años				2 a 4 años			
	Programa		no programa		Programa		no programa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecciones respiratorias agudas	198	47,6	333	52,4	164	50,0	314	50,4
Diarrea	64	15,4	72	11,3	25	7,6	46	7,4
Control de salud	59	14,2	77	12,1	35	10,7	83	13,3
Enf. del sistema nervioso y órganos de los sentidos	44	10,6	63	9,9	9	2,7	27	4,3
Enf. de la piel y del tejido celular subcutáneo	25	6,0	48	7,5	25	7,6	43	6,9
Desnutrición	24	5,8	37	5,8	31	9,5	37	5,9
Enf. infecciosas y parasitarias	11	2,6	20	3,1	37	11,3	53	8,5
Mal definido	5	1,2	4	0,6	5	1,5	9	1,4
Total de consultas	(416)		(636)		(328)		(623)	

Motivo de consulta y/o diagnóstico en mujeres de 15 a 49 años según pertenencia al programa

Motivo de consulta y/o diagnóstico	Consultas			
	Programa		no programa	
	n	%	n	%
Enf. del aparato respiratorio	56	17,8	95	16,8
Embarazo	55	17,5	77	13,7
Mal definido	49	15,6	105	18,6
Enf. del aparato genitourinario	36	11,5	94	16,7
Enf. del aparato digestivo	30	9,6	38	6,7
Planificación familiar y reproducción	24	7,6	56	9,9
Hipertensión	19	6,1	20	3,5
Papanicolaou	13	4,1	26	4,6
Enf. de la piel y tejido celular subcutáneo	10	3,2	9	1,6
Total de consultas	(314)		(564)	

Motivo de consulta y/o diagnóstico en adultos de 50 años o más según pertenencia al programa

Motivo de consulta y/o diagnóstico	Consultas			
	Programa		no programa	
	n	%	n	%
Enf. del aparato respiratorio	41	29,7	21	14,3
Hipertensión	32	23,2	64	43,5
Mal definido	30	21,7	26	17,7
Enf. del aparato digestivo	14	10,1	5	3,4
Enf. del sistema osteomuscular	7	5,1	5	3,4
Enf. del aparato genitourinario	6	4,3	10	6,8
Enf. del sistema nervioso y órg. de los sentidos	5	3,6	1	0,7
Enf. del aparato cardiovascular	3	2,2	8	5,4
Total de consultas	(138)		(147)	

Antecedentes migratorios del PR (%)

	Sector		
	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
PR que vivieron siempre en Rosario	18,8	18,4	16,1
Lugar de residencia anterior*			
Corrientes	28,0	55,6	20,2
Chaco	23,8	10,6	28,9
Entre Ríos	7,3	7,1	4,7
Sgo. del Estero	6,8	5,3	7,5
Santa Fe			
Norte	14,9	4,1	20,4
Centro	3,9	3,0	3,9
Sur	3,3	2,1	1,3
Buenos Aires	3,3	3,9	2,6
Córdoba	2,5	1,4	4,4
Otras provincias	2,7	3,2	3,4
Paraguay	2,3	3,0	1,3
Otros países	0,4	0,5	1,0
Se ignora	0,8	0,2	0,4
Zona de residencia anterior*			
Rural	54,0	58,1	45,8
Urbana	43,7	41,0	53,2
Se ignora	2,3	0,9	1,0
Tiempo de residencia en Rosario* (en años)			
0 a 4	7,8	5,8	11,1
5 a 9	15,5	20,1	21,0
10 a 14	20,2	17,8	21,0
15 y más	56,5	56,3	46,9
Primeros parientes sanguíneos del PR que migraron a Rosario			
Migración anterior abuelos	8,9	4,1	2,6
Abuelos	1,5	3,8	6,7
Padres/tíos	35,5	22,3	21,3
Hermanos/primos/sobrinos	19,2	18,8	20,4
PR solo	29,8	29,5	23,6
PR con familiares	2,5	19,1	22,6
Descendientes lineales	1,3	1,1	1,7
Se ignora	1,3	1,3	1,1

* Porcentaje sobre el total de migrantes.

Antecedentes del PR en el sector (%)

	Sector		
	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
PR que vivieron siempre en el sector	3,4	1,7	2,4
Tiempo de residencia en el sector (en años)			
0 a 4	17,2	24,0	28,5
5 a 9	25,4	30,8	28,4
10 a 14	23,1	17,8	19,8
15 y más	34,3	27,4	23,3
Primeros parientes sanguíneos del PR que se instalaron en el sector			
Migración anterior abuelos	1,5	0,0	0,0
Abuelos	1,4	2,1	1,1
Padres/tíos	25,7	8,1	8,7
Hermanos/primos/sobrinos	11,1	11,6	11,9
PR solo	56,6	63,0	61,8
PR con familiares	2,0	14,1	14,8
Descendientes lineales	1,0	0,6	1,3
Se ignora	0,7	0,5	0,4

GF en los que al menos uno de sus miembros se trasladó fuera de Rosario por motivos laborales*

	Sector		
	Cerámica	Policial	C. Guadalupe
Total de GF	64	35	43
Miembros que se trasladaron:			
PR solo	49	23	34
PR y/o mujer y/o hijos	11	6	8
PR y otros convivientes	2	1	0
Otros convivientes	2	5	1

* En el lapso de los dos años previos a la encuesta.

Se terminó de imprimir
en IMPRESIONES AVELLANEDA S.A.
Manuel Ocantos 253, Avellaneda, Bs. As.
en el mes de octubre de 1992.