

Condiciones de vida, y control del embarazo en municipios de la Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires



Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires
Región Sanitaria V



**Comisión de
Investigaciones Científicas**
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

Programa de Subsidios para Proyectos
de Investigación y Desarrollo
y Transferencia con Organismos Públicos
de la Provincia de Buenos Aires



**Universidad Nacional
de General Sarmiento**
Instituto del Conurbano

Chiara, Magdalena

Condiciones de vida y control de embarazo en municipios de la Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires.

Magdalena Chiara y Reinaldo Reimondi; coordinado por Magdalena Chiara y Reinaldo Reimondi - 1a ed. - Los Polvorines: Univ. Nacional de General Sarmiento, 2007. EBook.

1. Servicios Sociales.
2. Control de Embarazo.

I. Reimondi, Reinaldo

II. Chiara, Magdalena, coord.

III. Reimondi, Reinaldo, coord.

IV. Título CDD 362.104 2

Fecha de catalogación: 23/03/2007

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2006.

Gutiérrez 1150 (B1613GSX), Los Polvorines

Tel.: (54-11) 4469-7578

e-mail: publicaciones@ungs.edu.ar

<http://www.ungs.edu.ar/publicaciones>

© Subsecretaría de Planificación de la Salud, 2007.

Calle 4 N° 962 esq. 51, CP 1900, La Plata

Tel.: (0221) 421-3017 / Fax: (0221) 427-1642

e-mail: discom@sspsalud.ms.gba.gov.ar

<http://www.ms.gba.gov.ar>

ISBN: 978-987-9300-92-3

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

ISBN 978-987-9300-92-3



9 789879 300923

INFORME FINAL

PROYECTO

Condiciones de vida y control del embarazo en municipios de la Región Sanitaria V, Provincia de Buenos Aires



Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires
Región Sanitaria V



**Comisión de
Investigaciones Científicas**
Gobierno de la Provincia
de Buenos Aires

Programa de Subsidios para Proyectos
de Investigación y Desarrollo
y Transferencia con Organismos Públicos
de la Provincia de Buenos Aires



**Universidad Nacional
de General Sarmiento**
Instituto del Conurbano

Responsables del Proyecto

Magdalena Graciela Chiara
(Investigadora del Instituto del Conurbano - UNGS)

Reinaldo Reimondi
(Director de la Región Sanitaria V –
Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires)

Equipo de Investigación

Región Sanitaria V – Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As

Coordinador de Atención Primaria

Dr. Alberto Schwarcz

Coordinadora del Programa Materno Infantil

Dra. Adriana Martirena

Integrantes:

Lic. Margarita Vilar (Programa Materno Infantil)

Lic. Maria del Carmen Iglesias (Programa Materno Infantil)

Dr. Claudio Ortiz (Hospitales)

Dr. Guido De Nicotti (Atención Primaria)

Lic. Maite Garzo (Capacitación)

Alejandro Schwarcz (Ingreso de datos)

Instituto del Conurbano - UNGS

María Mercedes Di Virgilio (Investigadora en análisis de
la gestión de políticas sociales, Carrera Política Social)

Laura Reboratti (Investigadora Laboratorio SIG, ICO/ UNGS)

Paula Rosa (Adaptación de la base de datos)

María Inés Díaz de Guijarro (Supervisión del Trabajo de Campo
y Codificación)

Responsable de la Unidad Administradora:

Fernando Beas

Martín Lira (Asistente administrativo del proyecto – ICO/UNGS)

La redacción final de este documento estuvo a cargo de:

Alberto Schwarcz, María Mercedes Di Virgilio, Magdalena Chiara y Laura Reboratti.

El trabajo de campo estuvo a cargo de:

Obstétricas: Ameijenda, Alicia; Argañaráz, Sara; Barbieri, Susana; Biggi, Paula; Civitarese, Sonia; Domínguez, Gabriela; Domínguez, Silvana; Domínguez, Silvia; Escuadra, Carla; Iglesias, Carmen; Klein, Beatriz; Lombardi, Liliana; Martinez, Verónica; Mendez, Alves Marta; Muñoz, Mirta; Passarello, Martina; Perez, Andrea; Podesta, Gabriela; Rama, Fernanda; Sánchez, Cynthia; Sosa, Patricia

Estudiantes de la UNGS: Anzoategui, Mirtha; Belmonte, Fernando; Bordón, Elina; Brites, Carla; González, Gerardo; González, Graciela; Gullino, Pablo; Lascano, Marina; Lucero, Silvana; Pentray, Carolina; Ribero, Marcelo; Saverino, María Rosa; Villarroel, Noelia.

Índice

Presentación.....	3
I. El problema y la relevancia de su estudio.....	7
1. Conceptualizando el problema de estudio.....	7
2. Mortalidad infantil, bajo peso al nacer y enfoque de riesgo.....	8
3. Los puntos de partida: antecedentes del estudio.....	13
II. Aspectos conceptuales y metodológicos.....	15
1. Gestión local en salud: complejidad y fragmentación.....	15
2. La generación de conocimiento como estrategia de gestión en el espacio local.....	16
3. Las dimensiones del análisis y aproximación al trabajo de campo.....	19
4. Aspectos metodológicos.....	20
III. La Región Sanitaria V: los aspectos socio sanitarios y la organización del sistema público de salud.....	23
1. Características socio sanitarias.....	23
2. Caracterización del sistema público de salud en la región.....	30
IV. La situación de las mujeres que se atienden en el sub sector público.....	35
V. El acceso a los servicios públicos de salud.....	43
1. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres de los servicios de salud.....	43
2. Sobre el lugar donde se realizó el control del embarazo.....	43
3. Las perspectivas de control del recién nacido y del puerperio.....	45
4. El acceso a los métodos anticonceptivos.....	46
5. La condición de gratuidad de los establecimientos público.....	48
6. Condiciones de vida y acceso al sistema.....	52
7. La dinámica del acceso al lugar donde realiza el parto.....	52
VI. La atención del embarazo.....	57
1. La cantidad de controles.....	57
2. Momento de inicio de los controles.....	60
3. Calidad de controles.....	62
4. Condiciones de vida y atención del embarazo.....	65
VII. Bajo peso al nacer y condiciones de vida.....	69
VIII. El análisis de la información como estrategia de fortalecimiento de la gestión.....	73
IX. Contribuciones a la formación.....	81
X. A modo de síntesis final.....	85

Presentación

La crisis económica y social con la que convive la sociedad argentina desde hace ya varias décadas, obliga a esforzarse en la detección de la población en riesgo perinatal, en la utilización eficiente de los escasos recursos disponibles y en la vigilancia de las variables que inciden en la salud de las madres y de los niños y niñas. Esta apelación a la eficiencia y a la eficacia sólo se logra con una metodología participativa que involucre a los servicios hospitalarios, a los servicios de atención primaria y a las autoridades municipales, provinciales y regionales. Desde el desarrollo de una *encuesta*, el proyecto avanza en el monitoreo de los modos en que las embarazadas controlan su embarazo en el sub sector público y de los factores que inciden en el bajo peso al nacer en un contexto de altos índices de pobreza.

Este informe presenta los resultados de una investigación que se llevó a cabo conjuntamente entre la Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento en el marco del “Programa de Subsidios para Proyectos de Investigación y Desarrollo y Transferencia con Organismos Públicos de la Provincia de Buenos Aires” de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). El mismo se inició en el mes de octubre de 2004 y finalizó en noviembre de 2005.

Este proyecto profundiza la experiencia de generación de información (acotada a las condiciones del control de embarazo) que ha desarrollado el equipo de la Región Sanitaria V desde el año 2001.

Se propone generar información pertinente y oportuna, para caracterizar *los problemas en el control del embarazo por parte del sub sector público de salud en los municipios comprendidos en la Región Sanitaria V* y propiciar el análisis conjunto de parte de los actores cuya acción pública alcanza sobre su resolución. Asimismo, se constituye explícitamente como un espacio de enseñanza y aprendizaje orientado al desarrollo de capacidades para la gestión de políticas sociales, a partir de su involucramiento, de estudiantes de carreras afines en las distintas etapas del proyecto.

Los atributos propios de la problemática de la gestión del subsistema frente al problema focal así como la fuerte heterogeneidad, tendieron las pistas en torno a las cuales fueron definidos los objetivos específicos del proyecto, a saber:

- I Relevar, en los partos públicos producidos (en el lapso de un mes) en la Región Sanitaria V^a, el número y el contenido del control de los embarazos con el fin de detectar insuficiencias, proponer acciones y evaluar los resultados de las mismas.
- II Determinar los factores que inciden en la tasa de bajo peso al nacer (<2500 g) regional, por hospital y por municipio y su asociación con variables geográficas, de condición social y de atención del embarazo.
- III Propiciar el análisis conjunto, entre los efectores de salud, autoridades municipales y regionales, de las deficiencias halladas en el control del embarazo, proponer acciones y evaluarlas en las nuevas condiciones de atención en que se encuentra la Salud Pública en la actualidad.
- IV Contribuir, entre los estudiantes de la Licenciatura de Políticas Sociales, al desarrollo de capacidades para la gestión de políticas sociales

a partir de su involucramiento de las distintas etapas del proyecto.

El carácter interdisciplinario de la conformación del equipo y la dinámica de trabajo alcanzada ponen en evidencia un resultado secundario del proyecto y principal del programa en el marco del cual se desarrolla: la articulación del trabajo conjunto y concertado entre la universidad y sus equipos (incluidos los estudiantes) y un organismo provincial (sus funcionarios y profesionales) en función de contribuir, de manera conjunta, a la mejora continua de los servicios de salud (en relación al control de embarazo) en los municipios de la Región.

Sin dudas los resultados de este proyecto pueden dar lugar a nuevos estudios de parte de organismos públicos, hipótesis con base a las cuales formular proyectos de investigación académicos o dinámicas de trabajo adicionales vinculadas a la planificación y gestión de los sistemas de salud local. Dados los propósitos del programa en el cual se encuadró el proyecto, el producto se centró en la generación de conocimiento para la acción.

Dadas la magnitud de la problemática de la salud materno infantil en la Región y la brecha existente entre distritos, el *problema focal* abordado por el proyecto reviste gran relevancia para generar cambios en las políticas en ese campo.

Este proyecto se articuló en sus propósitos formativos con el proyecto de investigación denominado *“Estrategias pedagógicas orientadas a la articulación entre teoría y práctica en la formación de los profesionales de la ciudad”* ICO/IDH – UNGS 2004/5, que dirigen Andrea Catenazzi y Paula Pogre¹ y abonó a distintos tipos de presentaciones de sus resultados en encuentros académicos nacionales e internacionales.

Tal como estaba previsto y como una de las actividades iniciales, se realizó un taller del que participaron las investigadoras de la UNGS, obstétricas y el equipo de profesionales de la Región V para la revisión de resultados de estudios anteriores y sensibilización acerca de la importancia de la información como instrumento para el diseño de políticas, al tiempo que se realizaba la revisión del cuestionario, el diseño de los indicadores sociales y la revisión de los criterios de muestreo.

Las actividades de campo se iniciaron con la convocatoria a los estudiantes a participar del proyecto. Una vez seleccionados, se realizó una actividad de capacitación e integración de los equipos mixtos (estudiantes de la universidad y obstétricas de la Región Sanitaria), responsables del relevamiento en los hospitales de la Región.

Una vez realizada la prueba piloto del formulario y efectuados los ajustes, se comenzó con el trabajo de campo que se extendió entre los meses de noviembre de 2004 y enero de 2005, relevando 2903 casos.

La tarea de edición y codificación de los datos presentó complejidades derivadas de la cantidad de variables relevadas, a la vez que las dificultades específicas encontradas para localizar los domicilios en tanto el relevamiento no se realizó en las viviendas.

Los talleres de devolución de los datos contaron con una amplia participación y se desarrollaron en tres instancias. Una *primera instan-*

¹ El equipo de trabajo está compuesto además por las investigadoras S. Feeney, K. Benchimol, N. Da Representacao, M. M. Di Virgilio y M. Chiara.

cia a nivel del proyecto que tuvo por propósito difundir los resultados entre quienes participaron del proyecto, así como hacer ajustes en los modos de presentación de la información y los procesamientos realizados. Una *segunda instancia regional* en la que se presentaron los datos agregados para el conjunto de los actores de la región con el propósito de dejar los grandes temas de agenda: calidad y cantidad de controles, mercantilización de servicios, dinámica de la demanda y su relación con la oferta del sistema, movilidad de la población en la región, entre otras. Una tercera instancia por cada uno de los municipios, en las que se desarrollaron talleres para la presentación de resultados con los actores más relevantes en cada uno. En las dos instancias fueron presentados los resultados y entregada la información que posteriormente es bajada al sitio web de la Región Sanitaria (www.region-v.com).

Este informe fue discutido en varias oportunidades² en talleres de trabajo entre el equipo regional y el equipo de investigadoras de la universidad. Esas instancias fueron espacios de intercambio y aprendizaje recíproco cuyo valor nos interesa destacar.

Este trabajo se inscribe en diferentes estrategias de trabajo desarrolladas en ambas instituciones. En el Instituto del Conurbano de la UNGS, forma parte de una línea de investigación más amplia en relación al estudio de la gestión local en salud y al desarrollo de actividades de transferencia y articulación con distintos actores del sector^{3,4}. Por su parte la Región Sanitaria V viene desarrollando de manera sistemática la encuesta de puérperas y analizando los datos con los responsables de los servicios, práctica que ha resultado fecunda para la mejora de las estrategias de control de embarazo.

Cabe destacar particularmente la buena disposición de los Directores de los Hospitales, Jefes de los Servicios y profesionales para facilitar el ingreso a los establecimientos sin cuya colaboración hubiera sido imposible realizar este proyecto. A todos ellos nuestro más profundo agradecimiento.

Asimismo, queremos destacar muy especialmente la disposición de los funcionarios municipales, médicos y enfermeras, responsables de programas, obstétricas y responsables de servicios que participaron del taller regional y los talleres locales abriéndose a problematizar su propia práctica y a identificar posibles vías de intervención. Sin dudas, la complejidad de estos procesos requieren de otros espacios de trabajo que, trascendiendo los alcances de este proyecto, se irán incorporando de manera regular en la dinámica de relación de la Región Sanitaria con los municipios y de éstos con la UNGS.

Por último, queremos agradecer muy especialmente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento y a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires ("Programa de Subsidios para Proyectos de Investigación y Desarrollo y Transferencia con Organismos Públicos de la Provincia de Buenos Aires") por hacer posible el desarrollo de este proyecto.

² Se realizaron cinco encuentros de trabajo formales entre el equipo de la UNGS y los profesionales y funcionarios de la Región Sanitaria a fin de acordar los pasos a seguir en la marcha del proyecto, las dimensiones a formalizar en el informe, discutir las primeras versiones del documento y el informe final.

³ Chiara, M., Di Virgilio, M., Cravino, M. C. y Catenazzi, A. La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense. Informe de Investigación. UNGS.

⁴ En la actualidad se está desarrollando un proyecto de investigación denominado: "Los sistemas de salud locales: mirando la gestión desde la salud de la población".

Reinaldo Reimondi y Magdalena Chiara

I

El problema y la relevancia de su estudio

"Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos. (...) Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos relacionados con la atención del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. En la actualidad 6 de cada 10 muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz"

Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007

1. Conceptualizando el problema de estudio

La planificación de políticas públicas supone procesos complejos destinados a la resolución de problemas. Si entendemos por planificación al conjunto relativamente articulado de saberes y técnicas orientado al alcance de los objetivos en el ámbito público ⁵, dicha complejidad radica en dos aspectos íntimamente relacionados que pueden deducirse de esta definición. El primero, tiene que ver con la *diversidad de actores* (a veces con intereses contradictorios entre sí) que intervienen en los procesos de gestión de las políticas; mientras que el segundo se vincula con la relación (de difícil procesamiento institucional) entre el *conocimiento científico y técnico* y la *acción*.

Intentando rescatar esta complejidad en su doble dimensión, una primera cuestión a definir es cómo concebimos un problema. En ese sentido, desde una primera aproximación resultan las siguientes apreciaciones:

- se trata de una realidad insatisfactoria para un actor;
- expresa la discrepancia entre lo que la realidad es hoy y lo que debe o debería ser;
- en todos los casos, su enunciación es relativa a la posición de un actor;
- se trata de una realidad inaceptable y evitable, desde el punto de vista de un actor; y
- por último, es una declaración claramente definida por un actor, diferenciándose de un mero malestar. ⁶

⁵ Retomamos aquí desde una lectura propia la definición de planificación que aporta J. Fridman quien concibe a la planificación como "la articulación del conocimiento técnico y la acción en el ámbito público". Fridman, J. (1991); *Planificación en el ámbito público*. Madrid. MAP.

⁶ Fundação Oswaldo Cruz (2001) *Curso de Especialização Autogestão em Saúde. Dimensão 2 "Competências Estratégicas"*. Pp. 61-90.

La centralidad de los actores en la definición del/los problemas, así como la necesidad de objetivar la brecha entre lo que es y lo que debería ser, expresa -en la definición misma de problema- la doble dimensión antes aludida.

Los *problemas sociales* -entre los cuales se encuentran los *problemas sanitarios*- son difícilmente acotables porque son *multidimensionales* (intervienen factores de distinta índole) y son también *polisémicos* (tienen significados, urgencia y relevancia diferentes para los distintos actores). Su polisemia está dada, precisamente, porque coexisten (en su definición, análisis y resolución) el punto de vista del analista, el de la ciudadanía que padece el problema y el/los de los demás actores (jefes de servicios, funcionarios municipales, directores de hospitales, entre otros) que contribuyen a su definición. Para que los resultados del análisis se traduzcan en cambios en las políticas, es necesario reconocer que hay que intervenir sobre *diversos sistemas de acción* (de los ciudadanos, de los jefes de servicios, de los funcionarios municipales, de los directores de los hospitales, entre otros) ⁷; los que constituyen *espacios de gobernabilidad* de uno o varios actores. ⁸

Recuperando estas reflexiones y dado el propósito de promover mejoras en la atención del embarazo y parto, el proyecto se propuso desplegar esfuerzos en dos "movimientos".

Un primer "movimiento" consiste en "*desempacar el problema*" ⁹, esto es, explicitar *hipótesis* sobre las relaciones causa -efecto que inciden en el mismo (recuperadas desde la mirada del sentido común de los actores- los Jefes del Servicio de Obstetricia y los referentes del Programa Materno Infantil de manera privilegiada en este caso) y convertirlas en objeto de análisis bajo las reglas del análisis científico (confiabilidad y validez). Aunque sin restarle importancia a la reflexión en torno a los estándares de "control mínimo" (OMS, Ministerio de Salud de la Nación), dados los propósitos del proyecto, se consideró importante recuperar como punto de partida este indicador ya construido participativamente por el equipo regional a propósito del primer relevamiento. ¹⁰

El segundo "movimiento" consiste en problematizar con los actores los resultados del análisis; se supone aquí que sus argumentos que se constituyen en torno a un problema *son también parte fundamental de la política en su fase de implementación* en tanto facilitarán u obstaculizarán su puesta en marcha. Resulta clave entonces poder poner en común y llegar a algunos consensos al respecto.

En este sentido, la metodología adoptada en esta investigación se propone propiciar el análisis conjunto entre los actores del sistema público de salud ¹¹ acerca de las deficiencias halladas en el control del embarazo, proponer acciones y evaluarlas en las nuevas condiciones de atención en que se encuentra la Salud Pública en la región.

Desde esta concepción, se plantea como problema focal de esta investigación *los déficits del subsistema público de salud para controlar a las embarazadas*, de cara a mejorar los indicadores de morbilidad y mortalidad en la Región Sanitaria V.

2. Mortalidad infantil, bajo peso al nacer y enfoque de riesgo

La mortalidad infantil (MI) en la Argentina ha descendido en los últimos 20 años de 25.8 por mil recién nacidos vivos en 1985 a 15.0 por mil en 2004 ¹² y tiene como componente prevalente a la mortalidad neonatal (MN) (en los 28 días de vida).

⁷ Bardach, E. (1996) "El problema de la definición de problemas en el análisis de políticas" En: Aguilar Villanueva, L. (Ed.) Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Miguel A. Porrúa. (Pp. 219-234)

⁸ La gobernabilidad se analiza siempre en relación con el actor que va a llevar a cabo la intervención. Cuanto más variables del problema estén bajo su control, mayor será su libertad de acción; por el contrario, si el campo de éstas es estrecho, se restringe su gobernabilidad respecto del sistema en el que va a intervenir. Se puede entonces definir la gobernabilidad como la capacidad de los actores responsables de la ejecución del plan de controlar los problemas que actúan como variables. Sotelo Maciel, A. J. (1997) Análisis PROBES. Un método para el análisis situacional y la formulación de estrategias, ESTS-UNLP, La Plata.

⁹ Bardach, E., 1996.

¹⁰ Región Sanitaria V del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Calidad del Control de Embarazo en el Sector Público Año 2003. p. 6.

¹¹ Nos referimos a los jefes de servicios, directores de hospitales, responsables de programas, autoridades municipales y regionales, entre otros. Para un mayor desarrollo del papel de los actores en la gestión local en salud ver Chiara, M (2004) "La gestión local: un espacio de producción de la política sanitaria" En: Revista Gestión en Salud; Buenos Aires; Año 4; Nro 7; octubre.

¹² Ministerio de Salud, s/f, Situación de Salud en Argentina 2003 padrón.com.med.com.ar 17/5/2005.

Si se analiza la disminución de las tasas de MI, MN y mortalidad postneonatal (MPN) entre los años 1990 y 1999¹³ puede observarse un descenso de 31.3%, 27.6% y 33% respectivamente. Aunque estos resultados implican algo más de 5000 muertes evitadas en Argentina en ese período, el descenso resulta inferior al de otros países latinoamericanos como Chile, Costa Rica o Cuba.

En efecto, nuestro país es de los que presentan menor reducción de la MI (< 5 años) en las últimas décadas en América¹⁴. Los análisis de la reducibilidad potencial de la tasa de MI demuestran que para el año 2001 eran reducibles el 58.5% (n = 2667) de las muertes neonatales y el 56.5% (n = 2169) de las postneonatales por acciones preventivas y/o curativas por parte del sistema de salud a nivel del embarazo, el parto y el neonato.

CUADRO I.1

DEFUNCIONES NEONATALES SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS, BASADOS EN CRITERIOS DE REDUCIBILIDAD. REPÚBLICA ARGENTINA. 2001.	
GRUPOS DE CAUSAS	%
EN EL EMBARAZO	36.9
EN EL PARTO	10.4
EN EL RECIÉN NACIDO	9.8
OTRAS REDUCIBLES	1.4
SUBTOTAL REDUCIBLES	58.5
DIFÍCILMENTE REDUCIBLES	38.0
OTRAS CAUSAS	0.9
MAL DEFINIDAS	2.6
TOTAL	100.0

Fuente: Elaboración propia con base a SAP/UNICEF, 2003, Salud Materno Infantil en cifras, Tabla 18.

Al analizar la MI por causas del año 2001 puede comprobarse el franco predominio de las causas perinatales (n = 5988) y las malformaciones congénitas (n = 2337).

CUADRO I.2

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN BIEN DEFINIDAS EN MENORES DE UN AÑO. REPÚBLICA ARGENTINA. 2001.	
CAUSAS DE DEFUNCIÓN CIE 10	%
PERINATALES	54.8
MALFOR.CONG.,DEFORM.Y ANOM.CROM.	21.0
CAUSAS EXTERNAS	4.3
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	2.9
SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL	2.7
SEPTICEMIA	2.3
RESTO BIEN DEFINIDAS	11.7
TOTAL	100.0

Fuente: Elaboración propia con base a SAP/UNICEF, 2003, Salud Materno Infantil en cifras, Tabla 20.

¹³ SAP/UNICEF, 2003, Salud Materno Infantil en cifras, Tabla 18, TABLAS 13, 14 Y 15.

¹⁴ Ibid. Tabla I.2.

Al analizar la composición de la mortalidad neonatal se demuestra que las causas más importantes de la misma son el nacimiento de bajo peso (BPN) (<2500 gramos) y muy bajo peso (MBPN) (<1500 gramos).

La importancia del BPN y del MBPN como causa de muerte es decisiva en la TMI en los países como Argentina, con tasas de mortalidad infantil (TMI) menores al 20% y de mortalidad post neonatal (TMPN) menores al 10%, ya que el BPN produce (en forma directa o por patologías derivadas del mismo) el 65-70% de la MN y casi el 50% de la MI a pesar de corresponder al BPN sólo el 7.2% de los nacimientos. A su vez el MBPN que representa sólo el 1% de los nacimientos determina casi el 50% de la MN¹⁵.

En consecuencia, el bajo peso al nacer (BPN), definido por la OMS¹⁶ como un peso menor de 2500 gramos en el momento del nacimiento, es el principal determinante de la mortalidad infantil y en particular de la neonatal en nuestro país.

En los países desarrollados, la incidencia de BPN se encuentra entre 3.6% y 7.4% de los nacimientos, mientras que en países del sudeste de Asia y en el África Subsahariana varía entre el 20 y el 43%¹⁷ y en la Argentina es del 7.2%¹⁸.

El BPN no sólo incrementa el riesgo de muerte neonatal e infantil sino que también, en los casos de sobrevivencia, da lugar a patologías que inciden muy negativamente en la vida de la persona y su familia e incrementa la inversión en los cuidados curativos¹⁹.

El BPN se asocia con trastornos del desarrollo infantil: más del 50% de las enfermedades neurológicas crónicas son atribuidas a dicho antecedente y es consecuencia de un crecimiento intrauterino inadecuado, de un período gestacional más corto o de una combinación de ambos. Los factores relacionados con el mismo tienen lugar en una confluencia de las causas básicas del parto de pre-término y del retraso del crecimiento intrauterino²⁰.

El conocimiento de dichas causas básicas sigue siendo parcial y controvertido. Aunque muchos de los factores de riesgo conocidos solo pueden considerarse "marcadores" de las causas verdaderas y subyacentes se los ha intentado utilizar para identificar grupos de riesgo en la población²¹, clasificándolos de acuerdo a cuatro grupos: demográficos, médicos, conductuales y ambientales.

TABLA I.1

FACTORES ASOCIADOS CON BAJO PESO AL NACER (BPN)	
GRUPOS DE FACTORES	DESCRIPCIÓN
Demográficos	Clase social, grupo étnico o raza, nivel educacional materno, estado civil, edad materna, ocupación, estrés psicosocial, gestación no planeada.
Médicos	Pregestacionales (BPN en partos previos, multiparidad, enfermedades crónicas, estado nutricional). Gestacionales (embarazo múltiple, intervalo intergenésico corto, poco aumento de peso, preeclampsia, eclampsia, disfunciones de la placenta y sus membranas, infección materna, malformación congénita, infección del tracto urogenital).
Conductuales	Hábito de fumar, consumo de alcohol o sustancias tóxicas.
Ambientales	Estación del año, altura sobre el nivel del mar.

Fuente: Elaboración propia con base a Bortman, 1998.

¹⁵ Ministerio de Salud. República Argentina: Estadísticas Vitales, anexo tabla 6. Nacimientos de bajo peso, año 2000.

¹⁶ WHO: Maternal health and safe motherhood programme, Geneva, Switzerland, 1994.

¹⁷ Villar J., Belizan JM. Am. J. Obstet. Gynecol 1982;143:793-798.

¹⁸ Boletín Estadístico de UNICEF-Of de Argentina/INDEC Sept 2002, año 1, n° 2.

¹⁹ Jacob J.: Cost-saving of regionalized perinatal care for low birthweight infants. Alaska Med 1986;28:53-56.

²⁰ Pérez Escamilla R., Pollitt E.: Causas y consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina: Bol. Oficina Sanitaria Panamericana 1992; 112: 473-493.

²¹ Bortman M.: Factores de riesgo de bajo peso al nacer: Revista Panamericana de Salud Pública, m. vol.3, n°5, mayo 1998.

Numerosos trabajos se han propuesto identificar los factores determinantes del BPN con el fin de reducir su prevalencia; en algunos casos han generado puntajes de riesgo. Estas aproximaciones constituyen técnicas cuantitativas para identificar en las poblaciones un riesgo incrementado de desarrollar un daño en su salud. El supuesto que justifica esta técnica epidemiológica reside en que los individuos pueden ser detectados antes o en las etapas iniciales de una enfermedad permitiendo la realización de acciones preventivas que eviten o disminuyan significativamente el daño.

La metodología permite identificar factores individuales y sociales conocidos que preceden a la enfermedad y luego combinarlos para producir los puntajes de riesgo estableciendo un puntaje de corte que divide a la población entre los que tienen riesgo incrementado y aquellos que no lo presentan. Así, el grupo con riesgo aumentado es provisto de acciones preventivas para evitar o atenuar la enfermedad²². Desde análisis estadísticos tales como las funciones discriminantes y la regresión logística, su validación se realiza por medio de las pruebas de sensibilidad, especificidad, valor predictivo y consistencia²³.

En Francia entre 1971-1982, como resultado de los estudios desarrollados por Papiernik²⁴ se logró reducir la prematuridad del 5.4% al 3.7% siguiendo un puntaje de riesgo y aplicando intervenciones que incluían licencias con salario completo durante todo el embarazo, subsidios, ayuda doméstica estatal y un programa educativo. Desafortunadamente en otros programas no se obtuvieron resultados similares; los estudios se realizaron en poblaciones muy disímiles en su tasa de partos prematuros (de 2.4% a 14.8%) expresando niveles sociales muy diferentes.

Como se observa en el cuadro siguiente, si bien la especificidad (capacidad de la prueba de dar negativa cuando el evento está ausente) de los puntajes de riesgo es relativamente alta, la sensibilidad (capacidad de la prueba de dar positiva cuando el evento está presente) es baja, lo que significa que una gran proporción de los partos prematuros no serán detectados.

CUADRO I.3

SEGURIDAD PREDICTIVA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE PREMATUREZ			
ESTUDIO	% PREMATUREZ	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
NESBITT	6.5	47	71
KAMINSKI	8.1	30	68
AHKAR	6.0	32	90
CREASY	6.1	44	93
HERRON	2.4	31	93
GUZIK	8.8	62	79
ROSS	6.4	56	68
MAIN	14.8	26	80
HOLLBROOK	5.8	42	92
MUELLER	10.1	39	84
DE CAUNES	8.0	36	77
OWEN	8.5	29	86

²² Sarasqueta P.: Mortalidad Neonatal en la Argentina. Tesis de Maestría. ISALUD. 2004, P.7

²³ Ibid., p. 9.

²⁴ Papiernik, E et al.: Prevention of preterm births: A perinatal Study in Haguenau, France 76:154-158,1985.

Fuente: Sarasqueta P.: Mortalidad Neonatal en la Argentina. Tesis de Maestría. ISALUD. 2004, P.7.

Las evidencias existentes han demostrado que, a menos que un factor de riesgo tenga un alto riesgo relativo (mayor de 5) y alta prevalencia (mayor del

25%), la mayor parte de los casos con nacimiento prematuro y de bajo peso no tendrían el factor de riesgo (baja sensibilidad)²⁵.

El mayor límite para determinar el riesgo del nacimiento prematuro reside en el desconocimiento en la mayoría de los mismos de sus causas. Los factores de riesgo conocidos que se asocian con mayor fuerza son el hábito de fumar, el antecedente de un nacimiento previo prematuro y el bajo peso de la gestante. Sin embargo, estas causas explican menos del 30% de los casos de prematuridad.

En los últimos años se han identificado nuevos factores de riesgo como el consumo de alcohol y sobre todo la colonización bacteriana vaginal (vaginosis) y la infección silente de líquido amniótico así como factores económicos y sociales como la pobreza extrema y el uso restringido de la atención prenatal, aunque es probable que los dos primeros se asocien a factores biológicos presentes con mayor frecuencia en las condiciones sociales descriptas²⁶.

Se ha considerado a la atención prenatal como un medio para identificar a las gestantes en riesgo de tener bebés prematuros o con retardo del crecimiento intrauterino con el fin de proveer un conjunto de intervenciones médicas, nutricionales, sociales y educativas que permitan reducir los determinantes y la incidencia del bajo peso al nacer y de otras condiciones de la gestación. Si bien el valor de la atención prenatal para la madre y el niño se ha vuelto un concepto extensamente aceptado a partir del siglo XX, su capacidad para reducir el bajo peso al nacer continúa siendo objeto de controversias. Parte de esa controversia proviene de la dificultad para definir qué es una atención prenatal adecuada y cuál es la eficiencia de su utilización²⁷.

Las evidencias de la literatura parecen demostrar que un adecuado control prenatal se asocia con la reducción de la incidencia de BPN sobre todo en los niños que se acercan al término de la gestación. Su eficacia en la disminución de la incidencia de recién nacidos menores de 1500g o de 33 semanas no ha sido demostrada²⁸.

La atención prenatal comprende diversos aspectos que incluyen el momento del inicio, el número y oportunidad de los controles, el contenido de cada control, la calidad del proveedor, el sitio de atención, la capacidad de evaluar la situación de riesgo, el esquema de las pruebas diagnósticas y la utilización de servicios de apoyo nutricionales y sociales²⁹.

Se carece de estudios controlados que demuestren cuáles de los componentes, o combinación de componentes de la atención prenatal, son efectivos. Se han reconocido limitaciones para realizar este tipo de estudios, entre ellos el llamado "sesgo de auto-selección"³⁰: las mujeres con mayor conciencia de salud son más propensas a iniciar su atención prenatal tempranamente y a mantener un programa de controles adecuado, mayor utilización de los programas de planificación familiar, cuidan su nutrición, se abstienen de fumar, seleccionan el lugar de atención. Estas conductas saludables pueden contribuir con la reducción de la incidencia de recién nacidos de bajo peso, de modo que la utilización adecuada del cuidado prenatal puede constituir un indicador que comprenda una cantidad de actitudes y conductas maternas, no dependiendo únicamente de la oferta de acciones médicas. El sesgo de auto-selección provoca interrogantes sobre la eficacia del simple incremento de la atención prenatal con respecto al bajo peso al nacer³¹.

De la literatura reciente surge que las acciones con mayor capacidad de reducir la incidencia de bajo peso al nacer son:

²⁵ Shiono P, Klebanoff M: A Review of Risk Scoring for Preterm Birth. *Clinics in Perinatology* 20:107-125:1993.

²⁶ Alexander G., Weiss J, Hulsley T: Preterm Birth Prevention. An Evaluation of Programs in the United States. *Birth*:18:160-169, 1991.

²⁷ Bhutta Z, Darmstadt G et al: Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: a Review of Evidence. *Pediatrics*: febrero 2005 vol 115, nº 2, 524.

²⁸ Alexander G, Korenbrot C: The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birthweight. *The Future of Children*, Princeton, Brookings, 2005.

²⁹ Grandi C, de Sarasqueta P: Control Prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Arch.Arg. Ped* 1997:95.

³⁰ Alexander G, Korenbrot C: Problems in Defining the Relationship Between Prenatal Care and Low Birthweight. *The Future of Children*, Princeton, Brookings, 2005.

³¹ Op. Cit.

- a) **psicosociales:** reducir el hábito de fumar.
- b) **nutricionales:** tratar el bajo peso materno durante la gestación y la escasa ganancia de peso.
- c) **médicas:** tratar la morbilidad materna.

Los enfoques sistémicos con impacto en la accesibilidad y en la calidad de los servicios de atención prenatal para todas las gestantes, junto a acciones universales de promoción de la salud y de acción, también prometen potenciales beneficios³².

3. Los puntos de partida: antecedentes del estudio

La Región V ha realizado, a través de diferentes financiamientos, entre los años 2001 y 2003 encuestas referentes a la cantidad de controles del embarazo (CE), oportunidad del primer control y gratuidad. En la encuesta de julio 2001 se diseñó un sistema que permite investigar el contenido del control del embarazo desde dos enfoques: desde la percepción de la paciente y desde la documentación objetiva que trae la misma o se encuentra en la institución al momento del parto (información práctica para el personal de salud). De este modo, la Región Sanitaria se ha constituido progresivamente -y no sin dificultades- en un ámbito de monitoreo de la problemática del control del embarazo y del bajo peso al nacer.

La indagación que dio lugar a este estudio partió de un recorte preliminar de la problemática del control de embarazo que supone la existencia de un conjunto de situaciones acerca de las cuales es necesario conocer sus especificidades locales y magnitudes. Desde esta perspectiva, otras investigaciones, percepciones de los involucrados y las mismas encuestas realizadas anteriormente por la Región Sanitaria V³³, permitían formular distintas hipótesis desde las cuales identificar las variables relevantes:

- Es importante la cantidad de embarazadas sin control o con escasos controles.
- Los contenidos de los controles son insuficientes.
- Se constata el incremento de embarazadas adolescentes.
- Las parturientas refieren haber pagado durante el control.
- Existe entrecruzamiento de pacientes entre municipios.
- El sistema de registro poco operativo.

En estudios anteriores, se avanzó en la definición consensuada con los Jefes de Servicios de Obstetricia de los hospitales del indicador "control mínimo", conteniendo en esa categoría a:

- la existencia de 5 o más controles prenatales,
- la existencia de libreta sanitaria o sustituto con anotaciones,
- la constatación de las siguientes prestaciones en el transcurso del embarazo: vacuna antitetánica, grupo y factor, ecografía y análisis de glucemia, orina completa, HIV, sífilis, chagas y toxoplasmosis.

Este indicador ha sido de suma utilidad en las experiencias anteriores y es retomado desde este proyecto como analizador del desempeño del sistema. Esta decisión no pretende tomar partido en el debate relativo a los estándares de controles. Dados los límites de un proyecto de transferencia acotado en el tiempo y en los recursos disponibles, se optó por retomar las variables sobre las cuales había acuerdo y a la vez parecían tener potencial interpretativo.

³² Bhutta Z., Darmstadt G et al: Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: a Review of Evidence. *Pediatrics*: febrero 2005 vol 115, nº 2 522.

³³ Se hace referencia a los relevamientos realizados entre los años 2001 y 2003.

Con la misma finalidad y desde similar metodología de consenso con los actores, se definió el indicador "control completo" en el que se suma el "Papanicolau" y "Colposcopia" a la presencia de los atributos anteriores.

Los estudios anteriores³⁴, daban por resultados generales que es alto el porcentaje de embarazadas de la región que intentan controlarse (95%), y que de ellas un 60% inicia el control en el primer trimestre. Los niveles de mercantilización en las prestaciones en el sub sector público son altos, un 50% declaraba haber pagado para atenderse. La evolución de los indicadores, según estos estudios previos, muestra posibilidades para mejorar la calidad del control entre las embarazadas que ya se controlan (del 13,4% con control mínimo en el 2001 a 44,3% en el 2003) mientras que no se ha podido disminuir la prevalencia del "0" control ni de valores menores a 5 controles. Por el contrario, los valores correspondientes a "0" control sufrieron un incremento de la prevalencia del 3.8% (en el 2002) al 5.9% (en el relevamiento del 2003).

³⁴ Se hace referencia a las encuestas realizadas por la Región Sanitaria con anterioridad entre los años 2001 y 2003.

II

Aspectos conceptuales y metodológicos

1. La gestión local en salud: complejidad y fragmentación

Este proyecto se propone generar información en torno a los controles de embarazo en el sub sector público de salud y bajo peso al nacer a fin de detectar problemas y proponer acciones orientadas a mejorar la gestión del sector.

Cuando se alude aquí al concepto de gestión se está apelando a un doble significado: por una parte, al conjunto de procesos a través de los cuales se articulan recursos que permiten producir satisfactores orientados a hacer posible la reproducción de la vida de la población; y por la otra, al lugar privilegiado donde se constituye la demanda³⁵.

Desde la primera dimensión, los procesos de gestión pueden ser vistos como aquellos orientados a articular (utilizar, coordinar, organizar y asignar) recursos (humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos) que permitan producir satisfactores orientados a hacer posible la reproducción de la vida de la población (a través de los bienes de consumo individual y colectivo).

La segunda dimensión del concepto, permite rescatar -en simultáneo- tanto a las prácticas administrativas y técnicas como a las prácticas de la población en el aprovisionamiento de los servicios en la esfera en que se ponen en relación.

Cuando en este proyecto se alude a lo local no se está apelando solamente a una escala micro (barrial o vecinal), sino a aquella que se constituye en un territorio configurado por la historia de relación entre los actores y por las cuestiones que los ponen en relación.

Desde esta definición entonces, los actores locales (en salud en este caso) son todos aquellos que actúan con relación a cuestiones socialmente problematizadas en la escena local: gobierno local, organismos provinciales y nacionales, la región sanitaria, los directores de los hospitales, los jefes de los centros de salud, organizaciones sociales de base, asociaciones profesionales, responsables de programas asistenciales, entre otros.

En el caso de este proyecto, las articulaciones para la discusión de los resultados generadas en el marco de este proyecto han estado condicionadas por los acuerdos entre las instituciones responsables del proyecto (Universidad y Región Sanitaria) y los municipios responsables de la gestión del sub sector salud en el primer nivel.

³⁵ Chiara, M., 2004 "La gestión local: un espacio de producción de la política sanitaria" En: Revista Gestión en Salud; Buenos Aires; Año 4; Nro. 7; octubre 2004.

Retomando esta perspectiva para el análisis de la gestión, las políticas sanitarias no se implementan sobre un terreno vacío, sino en la matriz de las relaciones entre los actores quienes toman decisiones de distinto tipo sobre el uso de recursos comunes con respecto a una determinada cuestión, la atención del embarazo, en este caso.

Como parte de las políticas sociales, las políticas sanitarias en el nivel local sufrieron importantes transformaciones, no sólo en la *descentralización* sino también en la *privatización*³⁶ y la *focalización*³⁷. Más allá de las particularidades de cada caso, en términos muy generales estos procesos tuvieron lugar en un campo de instituciones locales caracterizadas por una baja autonomía y por una importante dependencia en su capacidad de asignación de recursos³⁸.

Dos procesos simultáneos, la fragmentación de los programas y la descentralización dieron lugar a un proceso de *autonomización de arenas de gestión locales*. Estos procesos fueron adquiriendo tendencias diferenciales resultantes de la necesidad de resolver un problema crítico: el de cerrar la brecha entre el nuevo papel a desempeñar por los municipios y las capacidades institucionales y de gobierno para ejercerlas³⁹.

Esta brecha se ha ido configurando de manera diferente según: *las demandas de la población* y la relevancia que adquieren las distintas cuestiones socialmente problematizadas; *la situación socioeconómica de la población*, que incide no sólo en la configuración de las necesidades y demandas, sino también en la *capacidad contributiva de la población* de los distintos municipios; y la *trayectoria, desarrollo y nivel de organización de los actores* en sí y en sus relaciones recíprocas. En estas *arenas de gestión*, los actores locales se han dado distintas estrategias para cerrar esa brecha entre las capacidades de gestión y el nuevo papel a desarrollar por los municipios.

Así conceptualizada la gestión y los procesos que la constituyen, la dinámica propuesta en este proyecto reconoce una doble necesidad para generar cambios en las políticas. Por una parte, la de involucrar a los actores en el análisis de los datos y posteriormente la identificación de líneas de acción; y por otra, la de reconocer al municipio como espacio estratégico de intervención.

2. La generación de conocimiento como estrategia de gestión en el espacio local.

El conocimiento y la información resultan componentes clave en los procesos de diseño e implementación de las políticas públicas, en general, y de las políticas sociales, en particular. En dicho proceso, el conocimiento y la información se vinculan con las acciones en el ámbito público en la medida en que contribuyen a definir problemas públicos y acciones posibles para solucionarlos. Weiss (1999)⁴⁰ propone tres modalidades en las que el conocimiento y la información influyen en el proceso de formación de políticas: datos, ideas y argumentos. Cada una de estas modalidades, puede operar de manera simultánea en los ámbitos de formación de políticas; sin embargo, suele ser diferente según el momento del proceso en el que se eche mano de ellos.

En el caso particular de las políticas orientadas al control del embarazo y a la identificación de los determinantes del bajo peso al nacer de niños/niñas, resulta fundamental producir conocimiento para la acción. Es decir, conocer el estado de situación perinatal en el sub sector público y en especial en el control del embarazo y actuar en la solución de las dificultades, para luego medir el resultado de las acciones y realizar los ajustes necesarios. En salud perinatal,

³⁶ Entendida como la transferencia de las responsabilidades al mercado y a la familia de la reproducción de la vida de la población.

³⁷ Que implica definir por la vía de canastas básicas de bienes y servicios aquella población que por su vulnerabilidad debe ser atendida por el Estado.

³⁸ Para un desarrollo de estos procesos en el nivel local ver Chiara, M., Di Virgilio, M., Cravino, C. y Catenazzi, A. (2000) La gestión del subsector público de la salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense. San Miguel. Informe de Investigación. Universidad Nacional de Gral. Sarmiento.

³⁹ Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., 2005, "La gestión de programas sociales en la última década: un análisis en clave local". En: Aportes para entender la cuestión del gobierno en la Región Metropolitana de Buenos Aires, organizado por Gustavo Badía y Elsa Pereyra, La Plata, UNGS-Ediciones Al Margen.

⁴⁰ Weiss, C. (1999); "La investigación de políticas: ¿datos, ideas o argumentos? En Wagner, P. et al (Ed.); Ciencias sociales y estado moderno. Experiencias nacionales e incidencias teóricas. Fondo de Cultura Económica, México. Citado en Moro, J. (2004); "El papel de la información y el conocimiento en la gerencia social". Notas de clase. INDES, Guatemala.

aún, es mucho lo que no se conoce, o bien se conoce parcialmente; se carece de un sistema de vigilancia perinatal y establecerlo verticalmente es tan necesario como dificultoso.

Para zanjar esta carencia, el proyecto avanzó en la generación de información oportuna y confiable para indagar en hipótesis explicativas de los factores que dan lugar al bajo peso al nacer en tanto emergente de situaciones potenciales de muertes perinatales.

Para ello se realizó el relevamiento de una encuesta a 2903 puérperas cuyos partos acontecieron en los hospitales públicos de la Región en los meses de noviembre y diciembre de 2004. En el cuadro siguiente se presentan las cantidades de encuestas realizadas por cada establecimiento, siendo seis establecimientos (la Maternidad Santa Rosa y los hospitales M. V. de Martínez, Mercante, M. A. de Menem, R. Larcade y M. y L. de la Vega) los que concentran el 52% de los partos realizados en ese periodo en toda la región en establecimientos del sub sector público. Se incluyó en el relevamiento el Hospital Bocalandro porque, si bien no está localizado en la región, recibe un 5% de las mujeres que residen en ella, especialmente del partido de San Martín.

CUADRO II.1

ENCUESTAS REALIZADAS POR HOSPITAL. REGION V. AÑO 2004.		
HOSPITAL	2004	
	N	%
EVA PERON (San Martín)	109	3.8
BELGRANO (San Martín)	57	2.0
THOMPSON (San Martín)	86	3.0
BOCCALANDRO (3 de febrero)	153	5.3
STA ROSA (V. López)	241	8.3
SAN ISIDRO	179	6.2
P V CORDERO (S. Fernando)	157	5.4
M V DE MARTINEZ (Tigre)	250	8.6
M A DE MENEM (M. Argentinas)	254	8.7
R LARCADE (S. Miguel)	237	8.2
D MERCANTE (J. C. Paz)	289	10
M Y L DE LA VEGA (Moreno)	240	8.3
SANGUINETTI (Pilar)	184	6.3
E ERILL (Escobar)	224	7.7
SAN JOSE (Campana)	94	3.2
VIRGEN DEL CARMEN (Zárate)	126	4.3
SAN JOSE (E de la Cruz)	220	0.8
TOTAL REGION	2903	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

La participación de cada partido en el total varía según la cantidad de población, sus características socioeconómicas y, vinculadas con ésta última, los niveles de cobertura de los otros subsectores (obras sociales y medicina privada). El mayor porcentaje (58%) del total de entrevistadas reside en seis partidos (San Martín, Tigre, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, y Moreno). Se consigna en el mapa siguiente los partos totales relevados, así como los establecimientos en los que se aplicó la encuesta.

CUADRO II.2

ENCUESTAS REALIZADAS POR MUNICIPIO. REGION V. AÑO 2004.		
MUNICIPIO	2004	
	N	%
VICENTE LOPEZ	60	2.1
SAN MARTIN	296	10.2
SAN FERNANDO	131	4.5
TIGRE	298	10.3
ESCOBAR	220	7.6
JOSE C. PAZ	263	9.1
MALVINAS	329	11.3
SAN MIGUEL	229	7.9
PILAR	238	8.2
SAN ISIDRO	182	6.3
ZARATE	119	4.1
CAMPANA	94	3.2
EX DE LA CRUZ	29	1.0
MORENO	278	9.6
OTROS	133	4.6
TOTAL REGION	2903	100.0

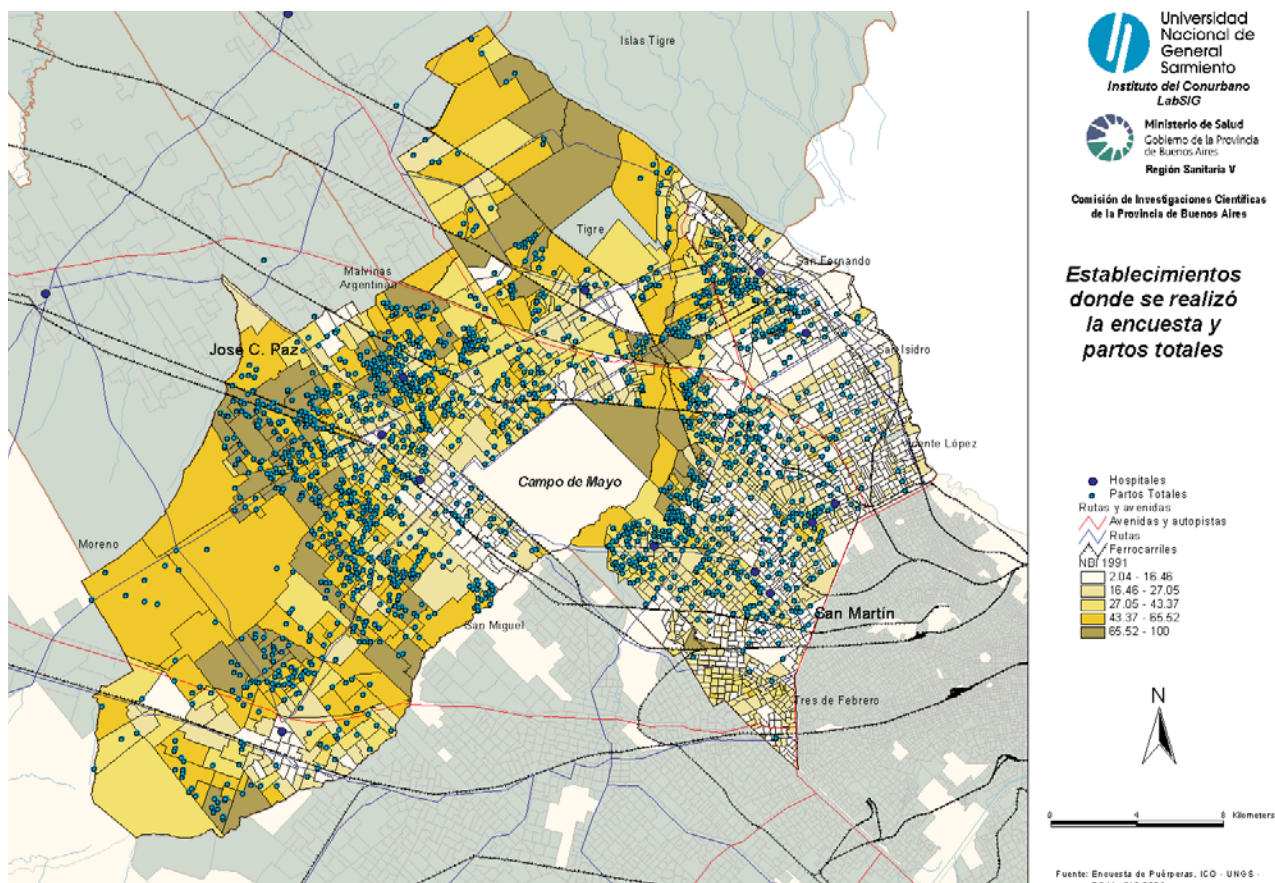
Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Una cantidad menor corresponde a puérperas que realizan su parto en un municipio de la región pero tienen domicilio en otro partido. El mayor porcentaje corresponde al hospital de Exaltación de la Cruz y es seguido por la Maternidad de Santa Rosa, establecimiento que, estando enclavado en el centro de la región sanitaria y con muy buena conectividad y prestigio, es el que atiende a más mujeres residentes en otros municipios de la región.

CUADRO II.3

PUÉRPERAS QUE RESIDEN EN OTRO MUNICIPIO DEL GBA Y REALIZAN EL PARTO EN MUNICIPIO DE LA REGION V. REGION V. AÑO 2004.		
MUNICIPIO	2004	
	N	%
VICENTE LOPEZ	11	8.3
SAN MARTIN	6	4.5
SAN FERNANDO	1	0.7
TIGRE	3	2.3
ESCOBAR	1	0.7
JOSE C. PAZ	-	-
MALVINAS	-	-
SAN MIGUEL	-	-
PILAR	2	1.5
SAN ISIDRO	1	0.7
ZÁRATE	1	0.7
CAMPANA	1	0.7
EX DE LA CRUZ	100	75.2
MORENO	6	4.5
TOTAL REGION	133	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.



3. Las dimensiones del análisis y aproximación al trabajo de campo

La encuesta se estructura en torno a dos componentes, uno relativo a las condiciones de la atención del embarazo en tanto emergente del funcionamiento del sistema de salud y otro relativo a las condiciones de vida de las madres.

En relación a las *condiciones de la atención del embarazo*, se prestó especial atención a las cuestiones vinculadas al control del embarazo: lugar de control del embarazo, pago por prestaciones, número de controles, edad gestacional al primer control, estudios y/o acciones realizados durante el control del embarazo, peso del recién nacido, APGAR, terminación del parto, etc. Asimismo, se relevaron aspectos relativos a las prácticas anticonceptivas, usos de métodos anticonceptivos y acceso a los mismos. Una tercera dimensión refiere a la accesibilidad y uso de los servicios de salud, en particular.

El componente *condiciones de vida* releva aquellos aspectos de la vida cotidiana de la mujer que inciden en las condiciones de acceso los servicios de salud. La incorporación de este componente se funda en el reconocimiento acerca de que las condiciones materiales de existencia condicionan sustancialmente los perfiles de salud-enfermedad de los agentes sociales y las estrategias familiares en el tratamiento de la salud-enfermedad.

Los aspectos tenidos en cuenta fueron: el medio ambiente físico en el que se desarrolla la vida cotidiana (condiciones del hábitat), la disponibilidad de bienes necesarios para el cuidado de la salud -en el caso particular que nos ocupa, para el cuidado del embarazo- y la prevención de problemas de salud de la madre y del recién nacido. El acceso diferencial a recursos -materiales y no materiales-, está relacionado con el grado de exposición que madre e hijo tienen frente a algunos problemas de salud enfermedad.

Desde ahí es que las condiciones de vida son pensadas en una *función mediatizadora* entre conceptos más generales, como, por ejemplo, el acceso a los servicios sociales, los procesos de salud-enfermedad, etc⁴¹.

La decisión teórico metodológica de abordar conjuntamente condiciones de atención del embarazo y condiciones de vida en las que se desarrolla, tuvo implicancias directas en la organización del trabajo de campo. Con el propósito de relevar acabadamente ambos componente, el operativo se organizó de manera interdisciplinaria conformando equipos de campo -integrados por una obstétrica de la Región Sanitaria y un estudiante de las licenciaturas (política social, administración pública, comunicación) de la Universidad- y combinando estrategias de relevamiento por medio de un cuestionario y la consulta de datos de la libreta sanitaria. El mismo se desarrolló en forma simultánea en los 17 hospitales en los que se realizan los partos en la Región, con el propósito de captar a las puérperas antes de su egreso.

4. Aspectos metodológicos

La muestra que sirvió de base para el desarrollo de la investigación consistió en un censo de puérperas que realizaron sus partos en los hospitales de la Región Sanitaria V durante un período de 30 días. La captación de los partos que ocurren en la Región por un periodo de 30 días representa un tamaño de muestra (2903 casos) que permite detectar variaciones mayores a 0.10 en la variable de menor prevalencia en el marco del estudio - bajo peso al nacer.

La característica regional -en donde más del 99% de los partos se realizan en instituciones y los partos domiciliarios son llevados en su mayoría a instituciones para el período post parto- definió que el relevamiento se realizara en el post parto inmediato, en instituciones públicas de la Región. Realizar la indagación en el post parto inmediato permite, asimismo, acceder a la historia clínica hospitalaria y a los registros que trae la gestante al momento del parto.

Adicionalmente, el relevamiento se adecuó a la necesidad de aportar información que permitiera alimentar el diseño y los contenidos de la cartografía. Con esa finalidad se seleccionaron y relevamos indicadores relativos a la población general, que permiten comprender más cabalmente el comportamiento de los indicadores que describen específicamente a la población bajo estudio - aquellos relevados a través de la encuesta.

La identificación de los domicilios presentó dificultades específicas que implicaron esfuerzos adicionales a los habituales. Sin embargo, se alcanzó un porcentaje muy alto de identificación de domicilios que, dada la magnitud de la muestra permite avanzar en análisis georreferenciado de variables.

Los indicadores que se georreferenciaron fueron:

"0" control.
Nacimientos menores a 2.500 gr.
Madres adolescentes (menores a 19 años).
Control mínimo.
Control completo.
Hacinamiento crítico.
Grandes multíparas (más de 5 gestas).

⁴¹ Interesa destacar que en el marco de esta investigación se ha realizado una aproximación a las condiciones de vida desde el punto de vista de las puérperas; es decir, se ha recogido información con base en el recuerdo y la percepción de las propias entrevistadas acerca del estado de sus viviendas y el acceso a los servicios urbanos básicos. Esta forma de captar "el dato" reconoce importantes limitaciones ya que está mediatizado por las características del registro (ajeno a la posibilidad de observación directa) y, también, por el punto de vista de la entrevistada. En este marco, resulta necesario destacar que los análisis que aquí se presentan sobre la relación condiciones de vida, atención del embarazo y bajo peso al nacer requieren ser profundizados a través de abordajes metodológicos y técnicas complementarios. Esta limitación fue especialmente señalada por el Dr. J. Scarpacci en la sesión de trabajo que mantuvo con los integrantes del equipo.

Se confeccionaron *mapas a escala regional*, exceptuando los municipios cuya base cartográfica está incompleta o no disponible en el LabSIG (Exaltación de la Cruz, Zárate, Campana, Pilar, Escobar); allí se georreferenciaron los indicadores sobre la base de los valores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del año 1991⁴², el viario principal (autopistas y ferrocarriles) y los hospitales de la región.

Los *mapas por municipio*, se realizaron para los municipios de Vicente López, Tigre, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Miguel, Tres de Febrero, San Martín, San Isidro, San Fernando y Moreno. En estos mapas, los indicadores fueron georreferenciados sobre los datos anteriores a los que se sumaron los centros de salud, unidades sanitarias y postas (según datos oficiales)⁴³.

Los porcentajes de georreferenciación de los partos totales de cada partido fueron los siguientes: V. López (98.3%), Malvinas Argentinas (94%), J. C. Paz (95%), San Miguel (95%), San Martín (86.1%), San Isidro (94.4%), San Fernando (84%), Tigre (48%) y Moreno (78.9%).

Las dificultades encontradas para localizar los domicilios tuvieron que ver con:

- I En primer lugar, se trata de un estudio que requiere de identificar el domicilio desde otro lugar (el servicio de obstetricia del hospital). Esta situación dio lugar a tareas adicionales de ajuste no previstas originalmente para mejorar la consistencia de los datos y así elevar los porcentajes de georreferenciación.
- II En segundo lugar, se trata de población que habita en barrios no siempre trazados catastralmente. Estas situaciones (la de domicilios inexistentes para el catastro sin poder contar con técnicas de teledetección para localizar los puntos a georreferenciar) hicieron muy difícil y en algunos casos imposible la localización.
- III Por último, para algunos partidos (Campana, Zárate, Exaltación de la Cruz, Escobar y Pilar), el LabSIG contaba con la base cartográfica parcialmente reconstruida. En un caso (Tigre, con un 48% de los datos georreferenciados), se detectó a propósito de este estudio un problema en la base cartográfica del LabSIG que, una vez subsanado, permitirá entregar los mapas completos al municipio y a la Región Sanitaria.

Hay que destacar la potencia de esta herramienta no sólo por sus posibilidades de investigación, sino también por lo que significa como herramienta de gestión. Si bien los municipios poseen mapas con sus límites y sus efectores, no disponen información georreferenciada de los usuarios del sub sector público.

Cabe aclarar que se agregó en la georreferenciación los partos del municipio de 3 de febrero por ser uno de los municipios que mayores partos realiza en los establecimientos de la Región V, sin pertenecer a ella.

Los mapas en formato PDF están disponibles en el sitio web de la región sanitaria. Asimismo, fueron entregados en un CD a los municipios y, a demanda de las Secretarías de Salud y de la Región Sanitaria, pueden realizarse análisis ad hoc en función de resolver problemáticas de gestión específica.

El parto es el único evento en el cual un estrato de usuarios entra (casi indefectiblemente dada la casi universalidad del parto institucionalizado) en contacto con el sistema de salud. Debido a las migraciones entre municipios,

⁴² A pesar de todas las gestiones realizadas por la UNGS ante el INDEC, no se disponía, al cierre de este informe, de la información a escala de radio censal de los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001.

⁴³ Ministerio de Salud - Pcia. de Bs. As. (2003) Guía de Establecimientos Asistenciales Subsector Oficial y Privado Provincia de Buenos Aires - Año 2002. Actualizada - Abril de 2003.

sólo con un instrumento como el utilizado -la encuesta simultánea-, puede obtenerse una "fotografía" que refleje la distribución real de las gestantes, conocer la densidad de gestantes por barrio, por efector, la ubicación de las gestantes que no se controlan o que se controlan deficientemente, de las que tuvieron recién nacidos de bajo peso o de las beneficiarias de programas alimentarios. A nivel regional permite observar "subregiones" de concentración de los indicadores de relevancia a fin de focalizar las acciones.

III

La Región Sanitaria V: los aspectos socio-sanitarios y la organización del sistema público de salud

1. Características socio-sanitarias

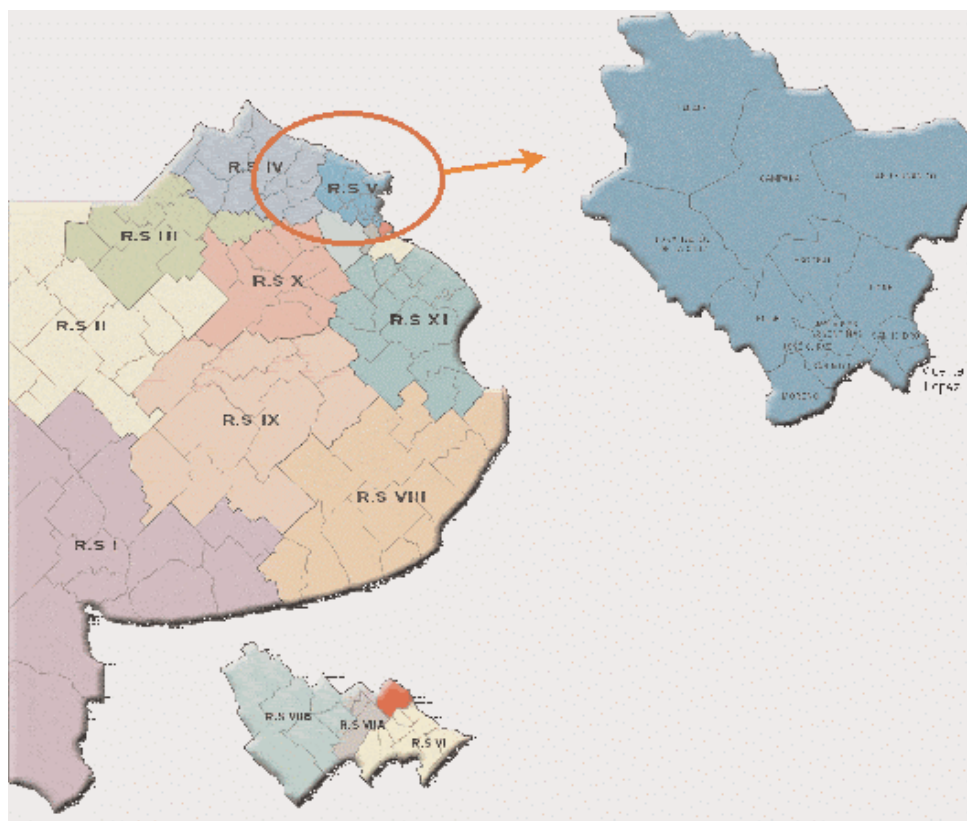
La Región Sanitaria V es uno de los organismos desconcentrados⁴⁴ en que se organiza la gestión del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires⁴⁵. Comprende 14 municipios (Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López y Zárate) y un total de 3.030.342 habitantes (2001) en 5.278 km² de superficie.

En su territorio se concentra una parte considerable de la población de la provincia (3.404.117 habitantes).

Si bien la tasa de mortalidad infantil (defunciones menores a un año) está

⁴⁴ Simplificando los desarrollos de la doctrina administrativa, desconcentración y descentralización se distinguen a través de dos criterios que se complementan: el criterio de personalidad jurídica y la independencia de la decisión. Clásicamente la descentralización "sería la transferencia de competencias de la persona jurídica estatal a las demás personas jurídicas públicas (territoriales e institucionales)...", mientras que la desconcentración sería la transferencia de competencias entre órganos de una misma persona jurídica..." Palma, R. y Rufian, D. (1991) "Los procesos de descentralización y desconcentración de las políticas sociales en América Latina: enfoque institucional". En: Seminario Internacional acerca de la descentralización y desconcentración de los sectores y servicios sociales. Santiago de Chile, ILPES. 1991. LC/IP/R. 81. Pp 9-10.

⁴⁵ Según lo establece la normativa provincial de creación de las Regiones Sanitarias, Ley 7016/66.



en torno a la media provincial (13‰), en sus valores absolutos las 863 defunciones de niños menores de un año son el 24% del total de defunciones de la provincia y es (luego de la RS VI) la región en que suceden más eventos.

Con relación a la mortalidad neonatal (niños menores a 28 días), su tasa se encuentra apenas por sobre el promedio provincial (8,7‰), aunque su importancia radica en que aquí suceden un 25% (570) de las muertes de niños/niñas menores a 28 días en la provincia.

CUADRO III.1

ESTADÍSTICAS VITALES SEGÚN REGIÓN DE RESIDENCIA- AÑO 2004. (CIFRAS PROVISORIAS)									
R. S.	Población	Nacido vivo	Tasa natalidad	Def. <1 año	T. Mort. Inf.	Def <28 días	T.m neo	Def 28 y más	T.m post
I	665.612	10.170	15.3	106	10.4	78	7.7	28	2.8
II	257.575	4.475	17.4	52	11.6	38	8.5	14	3.1
III	252.534	4.036	16.0	38	9.4	26	6.4	12	3.0
IV	542.071	10.200	18.8	143	14.0	94	9.2	49	4.8
V	3.405.117	65.778	19.3	863	13.1	570	8.7	293	4.5
VI	3.578.604	67.858	19.0	940	13.9	610	9.0	330	4.9
VII A	2.334.652	40.968	17.5	547	13.4	369	9.0	178	4.3
VII B	738.455	14.800	20.0	189	12.8	116	7.8	73	4.9
VIII	1.127.852	18.188	16.1	203	11.2	122	6.7	81	4.5
IX	307.160	5.225	17.0	54	10.3	30	5.7	24	4.6
X	315.194	5.411	17.2	56	10.3	30	5.5	26	4.8
XI	1.108.445	21.393	19.3	261	12.2	172	8.0	89	4.2
sin espec.	-	366	-	31	-	25	-	6	-
TOTAL	14.633.271	268.868	18.4	3.483	13.0	2.280	8.5	1.203	4.5

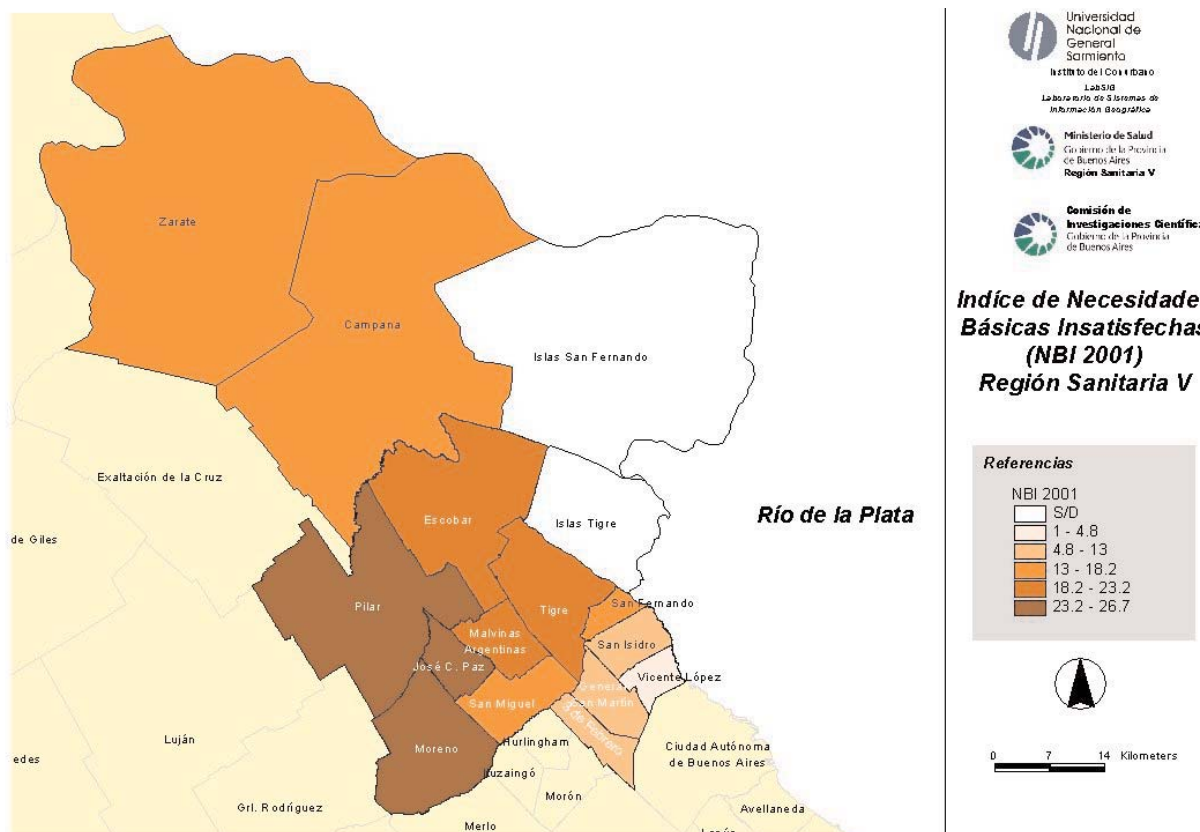
Fuente: Región Sanitaria V - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Cifras provisionarias.

Al igual que otras Regiones Sanitarias del Conurbano Bonaerense⁴⁶ (como la Región Sanitaria VI), su jurisdicción se extiende en la primera y segunda corona del Conurbano. En el *primer cordón*, están los partidos lindantes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Gral. San Martín, San Isidro y Vicente López) que presentan la mayor densidad poblacional y tasas de crecimiento menores, mejor provisión de servicios urbanos y sociales y mejores indicadores de salud. Estos partidos se caracterizan por tener una población con menor proporción de niños y jóvenes, un aumento proporcional de los mayores de 65 años, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo.

En el *segundo cordón* están los partidos de José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, San Fernando, San Miguel y Tigre. Aunque en los últimos años puede observarse una disminución de su tasa de crecimiento, presentan características muy distintas de los del primer cordón y del interior de la provincia. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, con una tasa de natalidad aún alta o estable y una mortalidad general baja y mayores niveles de población con necesidades básicas insatisfechas.

Otro grupo de municipios, cuyas características comienzan a acercarse a estos últimos, pertenecen al denominado *tercer cordón* que se insinúa desde hace algunas décadas: Campana, Escobar, Ex. De la Cruz, Pilar y Zárate.

⁴⁶ Se toma aquí la delimitación que utiliza el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), que cuando alude a "los partidos del Gran Buenos Aires" se refiere solo al conjunto de los 24 partidos que constituyen la conurbación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este agregado de partidos presenta a su vez características muy diferentes desde un punto de vista sociodemográfico, socio económico y socio-sanitario. El crecimiento de los partidos del Gran Buenos Aires respondió a distintos procesos de urbanización y se fueron conformando dos cordones concéntricos alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Un 18% de la población de la región es pobre. Sin embargo, esta situación (grave por sí misma) reviste mayor criticidad dado que algunos municipios como San Isidro y Vicente López están por debajo de ese promedio (8.35 y 4.75% respectivamente) y otros están muy por encima con valores que superan el 25% como José C. Paz y Moreno.

CUADRO III.2

POBLACIÓN TOTAL, POBLACIÓN Y HOGARES CON NBI. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA. 2001.				
Partidos	Total población	Población NBI Total	%	Hogares NBI
Campana	82.731	14.110	17.06	3.170
Escobar	243.485	49.773	20.44	8.818
Ex. de la Cruz	24.019	3.793	15.79	882
General San Martín	400.718	52.111	13.00	13.053
Jose C. Paz	229.241	61.246	26.72	12.928
Malv. Argen.	289.798	66.428	22.92	14.413
Moreno	379.370	98.518	25.97	21.060
Pilar	231.139	57.312	24.80	12.154
San Fernando	150.008	24.132	16.09	5.692
San Isidro	289.889	24.197	8.35	6.190
San Miguel	251.299	45.734	18.20	9.902
Tigre	300.411	60.845	20.25	14.018
Vicente López	272.072	12.928	4.75	3.970
Zárate	100.461	17.988	17.91	4.159
TOTAL	3.244.641	589.115	18.16	130.409

Fuente: Censos de Población y Vivienda 2001. Aun que reflejadas en el índice de pobreza, vale destacar los valores abso-

lutos y relativos de viviendas deficitarias que tienen los municipios de la región en tanto se trata de condiciones que inciden negativamente en la situación sanitaria de la población, especialmente de los menores de un año. Los partidos de Escobar, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno y Pilar se encuentran por encima del promedio regional en hogares y también en población con viviendas deficitarias.

CUADRO III.3

HOGARES Y POBLACIÓN EN VIVIENDAS DEFICITARIAS. AÑO 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V. EN PORCENTAJE SOBRE TOTALES DE HOGARES Y POBLACIÓN.

Partidos	Total de hogares	%	Total de población	%
CAMPANA	22.770	21.9	82.725	25.7
ESCOBAR	45.335	32.4	177.563	36.1
EXALTACION DE LA CRUZ	6.792	20.8	24.015	23.1
GENERAL SAN MARTIN	119.097	12.1	400.689	14.5
JOSE C. PAZ	56.004	44.0	229.238	47.7
MALVINAS ARGENTINAS	72.950	35.1	289.790	38.2
MORENO	95.525	40.8	379.351	44.1
PILAR	58.304	37.3	231.126	41.1
SAN FERNANDO	42.048	17.1	149.994	19.8
SAN ISIDRO	88.039	6.1	289.872	7.3
SAN MIGUEL	65.689	28.0	251.294	32.0
TIGRE	79.792	25.5	300.385	28.1
VICENTE LOPEZ	91.400	3.0	272.050	3.6
ZÁRATE	27.625	20.0	100.450	23.0

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, Dirección Provincial de Estadística.

Los niveles de hacinamiento tienden a dibujar aún más la brecha al interior de la región focalizando la problemática en los mismos partidos. El nivel de hacinamiento es reconocido en la bibliografía como una variable que logra captar de manera simple situaciones de pobreza, frecuentemente se asocia con imposibilidad de acceder a servicios urbanos básicos y a condiciones habitacionales deficitarias (Cuadro III.4).

Como puede advertirse, las situaciones habitacionales más deficitarias concurren en los partidos de Escobar, Malvinas Argentinas, José C. Paz, Moreno, Pilar y San Miguel configurando situaciones de alta vulnerabilidad (Cuadro III.5).

Otro aspecto a tener en cuenta al caracterizar las condiciones de vida de la población y las posibilidades de acceso a los servicios en la región, tiene que ver con el nivel de instrucción alcanzado. En ese sentido se advierte también una brecha entre municipios y algunos de ellos (Escobar, Exaltación de la Cruz, J. C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno y Pilar) se encuentran entre los que presentan los peores indicadores en relación a los porcentajes de población mayor de 15 años sin instrucción o con primario incompleto.

Muy probablemente estas condiciones diferenciales incidan también en el acceso a los servicios de salud, especialmente en los efectores del segundo nivel (maternidades).

Estas condiciones serán retomadas al analizar la dinámica de acceso de las embarazadas a las maternidades (Cuadro III.6).

CUADRO III.4

HOGARES SEGÚN CANTIDAD DE PERSONAS POR CUARTO. AÑO 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V. EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE HOGARES.

Partidos	Total de hogares	Cantidad de personas por cuarto		
		menos de 2	2 a 3	más de 3
CAMPANA	22.770	81.4	13.9	4.7
ESCOBAR	45.335	73.7	19.6	6.7
EXALTACION DE LA CRUZ	6.792	80.3	14.9	4.8
GENERAL SAN MARTIN	119.097	84.1	12.9	3.0
GENERAL SARMIENTO	--	--	--	--
JOSE C. PAZ	56.004	70.2	22.2	7.7
MALVINAS ARGENTINAS	72.950	72.7	20.9	6.3
MORENO	95.525	68.3	23.5	8.3
PILAR	58.304	71.8	20.5	7.7
SAN FERNANDO	42.048	80.9	15.1	4.1
SAN ISIDRO	88.039	91.0	7.3	1.7
SAN MIGUEL	65.689	78.0	16.9	5.1
TIGRE	79.792	76.4	18.6	5.0
VICENTE LÓPEZ	91.400	93.6	5.6	0.8
ZÁRATE	27.625	81.0	14.5	4.5

Fuente: Censos Nacionales de Población. Dirección Provincial de Estadística.

CUADRO III.5

INDICADORES SELECCIONADOS DE CALIDAD DE VIVIENDA. AÑO 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V. EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE HOGARES.

Partidos	Total de hogares	Indicadores seleccionados					
		Calidad de la vivienda			Servicios		Hacinamiento crítico
		Hogares en viviendas deficitarias	Calidad de los materiales		Sin agua corriente	S/ serv de des. cloacal a red pública	
Tipo III	Tipo IV						
CAMPANA	22.770	21.9	12.6	3.2	14.8	54.4	4.7
ESCOBAR	45.335	32.4	18.8	3.7	78.5	86.9	6.7
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	6.792	20.8	12.9	3.9	46.5	66.6	4.8
GENERAL SAN MARTIN	119.097	12.1	9.9	1.2	5.0	50.8	3.0
JOSE C. PAZ	56.004	44.0	24.4	4.0	92.8	98.9	7.7
MALVINAS ARGENTINAS	72.950	35.1	19.7	2.5	96.7	98.8	6.3
MORENO	95.525	40.8	26.0	4.1	61.4	82.7	8.3
PILAR	58.304	37.3	20.4	4.9	78.7	86.5	7.7
SAN FERNANDO	42.048	17.1	11.8	1.5	4.5	53.5	4.1
SAN ISIDRO	88.039	6.1	5.1	0.9	2.1	32.6	1.7
SAN MIGUEL	65.689	28.0	16.9	2.3	73.4	69.6	5.1
TIGRE	79.792	25.5	16.0	2.5	42.3	90.5	5.0
VICENTE LÓPEZ	91.400	3.0	2.2	0.1	0.2	4.1	0.8
ZÁRATE	27.625	20.0	13.6	3.0	6.2	41.0	4.5

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001; Dirección Provincial de Estadística.

CUADRO III.6

POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO. AÑO 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V. EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS.

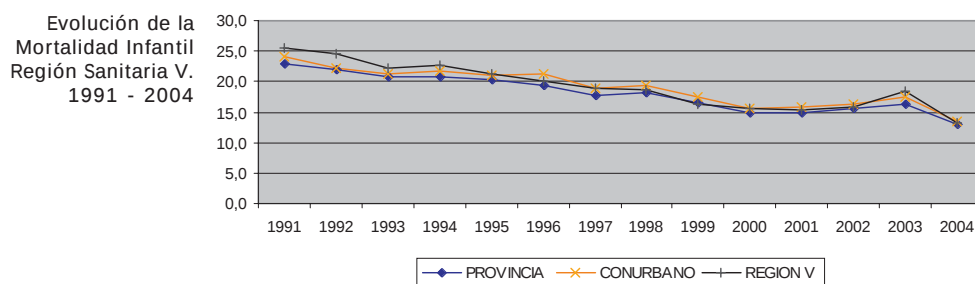
Partidos	Población de 15 años y más	Nivel de instrucción		
		Sin instruc. y primario incompleto	Primario completo secundario incompleto	Secundario completo y más
TOTAL PROVINCIA	10.148.270	15.6	53.2	31.2
CAMPANA	59.577	14.5	54.9	30.6
ESCOBAR	120.696	18.6	56.0	25.5
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	16.989	18.3	54.5	27.2
GENERAL SAN MARTÍN	309.509	13.8	52.0	34.2
J.C.PAZ	155.734	20.9	61.2	17.9
MALVINAS ARGENTINAS	202.210	19.3	59.5	21.2
MORENO	255.076	18.7	59.7	21.6
PILAR	153.544	18.3	53.4	28.3
SAN FERNANDO	111.963	15.3	52.0	32.7
SAN ISIDRO	230.431	8.1	37.8	54.1
SAN MIGUEL	179.137	15.3	53.8	30.9
TIGRE	213.547	17.0	54.9	28.2
VICENTE LÓPEZ	224.319	6.2	35.2	58.6
ZÁRATE	73.003	16.5	54.5	29.0

Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Año 2001. Dirección Provincial de Estadística.

Aunque con valores promedio muy bajos, pero dando cuenta de niveles agudos de vulnerabilidad, y con valores algo superiores en las mujeres, el analfabetismo en algunos partidos de la Región (Exaltación de la Cruz, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Pilar y Zárate) supera cuatro veces los promedios del partido más favorecido (Vicente López). En estos casos, la problemática se extiende hacia partidos de la tercera corona no tan afectados por los índices de pobreza y condiciones habitacionales. Este estudio se aproxima al análisis del analfabetismo funcional considerando las mujeres que declararon tener menos de tres años de instrucción como "proxy" a esta variable. (Cuadro III.7)

Como se ha visto, estos valores constituyen fuertes diferencias entre los municipios de la Región en relación a las condiciones bajo las cuales se reproduce la vida de la población.

La mortalidad infantil ha venido descendiendo, aunque se ha evidenciado particularmente sensible en la crisis de principios de la década (en los distintos ámbitos, provincial, Conurbano y Región V). A la vez, las diferencias entre municipios antes señaladas se expresan también en las tasas de mortalidad infantil en sus distintos componentes. (Cuadro III.8)



CUADRO III.7

TASA DE ANALFABETISMO POR SEXO DE LA POBLACIÓN DE 10 AÑOS Y MÁS. AÑOS 1991 Y 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V.

Partidos	1991			2001		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
CAMPANA	2.8	2.9	2.7	1.8	2.0	1.7
ESCOBAR	3.4	3.2	3.6	2.1	2.1	2.2
EXALTACIÓN DE LA CRUZ	3.8	4.3	3.3	2.2	2.5	1.9
GENERAL SAN MARTÍN	1.9	1.7	2.2	1.2	1.1	1.4
GENERAL SARMIENTO	3.0	2.8	3.2	--	--	--
JOSÉ C. PAZ	--	--	--	2.3	2.2	2.4
MALVINAS ARGENTINAS	--	--	--	2.0	1.8	2.1
MORENO	3.3	3.1	3.6	2.1	2.0	2.2
PILAR	3.4	3.3	3.5	2.3	2.3	2.2
SAN FERNANDO	2.4	2.2	2.6	1.6	1.6	1.7
SAN ISIDRO	1.0	0.8	1.3	0.8	0.7	0.8
SAN MIGUEL	--	--	--	1.5	1.4	1.6
TIGRE	2.7	2.4	3.1	1.7	1.7	1.7
VICENTE LÓPEZ	0.8	0.6	1.0	0.5	0.4	0.5
ZÁRATE	2.9	3.0	2.9	1.9	2.0	1.9

Fuente: Censos Nacionales de Población, Dirección Provincial de Estadística. Se calcula como el cociente entre las personas que no saben leer y escribir de 10 años y más y el total de personas entre 10 años y más.

CUADRO III.8

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL PROVINCIA DE BUENOS AIRES. CONURBANO BONAERENSE. REGIÓN SANITARIA V.

Año	Provincia	Conurbano	Región V
1991	22.8	24.1	25.6
1992	21.9	22.3	24.5
1993	20.8	21.3	22.3
1994	20.7	21.8	22.7
1995	20.3	21.1	21.4
1996	19.4	21.2	20.1
1997	17.7	18.9	18.8
1998	18.3	19.3	18.7
1999	16.6	17.5	16.4
2000	14.9	15.6	15.5
2001	14.8	15.8	15.3
2002	15.7	16.4	15.9
2003	16.2	17.4	18.4
2004	13.0	13.5	13.2

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Tomando sólo los extremos, mientras el municipio de José C. Paz (segundo cordón) presenta valores muy por encima de la mortalidad infantil promedio (un 18,8% por sobre el 13,1% del promedio provincial), en el mismo indicador el partido de V. López (primer cordón) presenta un 5,2%, muy por debajo del promedio provincial. En estos casos, también la cantidad de muertes (103 y 19 respectivamente) pone en evidencia la brecha antes referida (Cuadro III.9).

CUADRO III.9

ESTADÍSTICAS VITALES SEGÚN PARTIDO DE RESIDENCIA. REGIÓN SANITARIA V. AÑO 2004.
(CIFRAS PROVISORIAS)

Partido	Población	Nacido vivo	Tasa natalidad	Def. <1 año	T.mort. Inf.	Def<28 días	T.mort. neo	Def 28 y más	T m. Post
Campana	90.228	1.850	20.5	19	10.3	12	6.5	7	3.8
Escobar	193.611	4.179	21.6	58	13.9	30	7.2	28	6.7
Ex. de la Cruz	26.272	514	19.6	5	9.7	2	3.9	3	5.8
General San Martín	420.040	6.384	15.2	84	13.2	56	8.8	28	4.4
José C. Paz	245.552	5.488	22.3	103	18.8	75	13.7	28	5.1
Malv. Argen.	307.591	6.565	21.3	101	15.4	70	10.7	31	4.7
Moreno	414.505	8.799	21.2	140	15.9	93	10.6	47	5.3
Pilar	257.257	5.262	20.5	71	13.5	35	6.7	36	6.8
San Fernando	158.837	2.900	18.3	41	14.1	35	12.1	6	2.1
San Isidro	306.014	5.471	17.9	42	7.7	31	5.7	11	2.0
San Miguel	269.421	5.493	20.4	60	10.9	42	7.6	18	3.3
Tigre	322.865	6.907	21.4	86	12.5	57	8.3	29	4.2
Vicente López	285.496	3.629	12.7	19	5.2	11	3.0	8	2.2
Zárate	107.428	2.337	21.8	34	14.5	21	9.0	13	5.6
Total	3.405.117	65.778	19.3	863	13.1	570	8.7	293	4.5

Fuente: Región Sanitaria V - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Cifras provisorias

Las muertes de niños menores a 28 días enfatizan dramáticamente la distancia existente entre los municipios. Mientras la tasa en el municipio de José C. Paz (13.7‰) supera en un 50% el promedio regional (8.7‰), el municipio de Vicente López (3‰) presenta valores que no llegan a ser un tercio de este promedio. En valores absolutos, José C. Paz y Vicente López triplica la cantidad de niños / niñas fallecidos antes de cumplir los 28 días (75 y 11 respectivamente).

2. Caracterización del sistema público de salud en la región

El sub sector público cuenta con 17⁴⁷ maternidades en toda la región dependientes de distinta jurisdicción (8 provinciales y 9 municipales) en las que se realizan aproximadamente 35.000 partos públicos. Los 311 centros de salud (establecimientos sin internación) existentes en la región están bajo jurisdicción de cada uno de los municipios⁴⁸. (Cuadro III.10)

La brecha entre municipios referida anteriormente se refleja también en el acceso de la población a los servicios de salud. En todos los casos, parece haber crecido la población sin cobertura (de obras sociales y medicina privada) entre 1991 y 2001 como consecuencia del deterioro en calidad y cantidad de las condiciones de trabajo (desempleo abierto, subempleo y precarización) y del empobrecimiento progresivo de los sectores medios. En algunos municipios está por encima del 50% de su población (Escobar, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Pilar, San Miguel y Tigre).

En cualquier caso, esta situación significa para los servicios del sub sector público de salud un incremento de la demanda en cantidad y exigencia de calidad (Cuadro III.11).

El sistema de salud en la región como en el resto de las regiones de la provincia presenta un mapa complejo en el que 400 establecimientos (con y sin

⁴⁷ Se agrega el Hospital Boccalandro, perteneciente a la RS VIIB.

⁴⁸ Hacia mediados de la década pasada la totalidad de los establecimientos sin internación correspondientes al primer nivel de atención pasan a depender de los municipios (Ley 11554/94).

CUADRO III.10

RECURSOS Y RENDIMIENTOS HOSPITALARIOS. AÑO 2004		
	PROVINCIA	REGION V
ESTABLECIMIENTOS TOTALES	2.401	400
ESTABLECIMIENTOS OFICIALES	2.011	343
ESTABLECIMIENTOS OFICIALES CON INTERNACIÓN	309	32
ESTABLECIMIENTOS OFICIALES SIN INTERNACIÓN	1.702	311
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS CON INTERNACIÓN(*)	390	57
CAMAS PROVINCIALES	13.005	1.377
CAMAS MUNICIPALES	11.927	1.491
CAMAS NACIONALES	2.081	---
CAMAS PRIVADAS	18.813	3.169
CONSULTAS TOTALES (SUB SECTOR OFICIAL)	43.460.861	11.389.523
EGRESOS TOTALES (SUB SECTOR OFICIAL)	812.494	152.721
PARTOS	145907	34774
CESÁREAS (%)	25.2	20.9

Fuente: Subsecretaría de Planificación MSPBA, Dirección de Información Sistematizada (2005).

(*) Información Parcial a ratificar.

CUADRO III.11

POBLACIÓN SIN COBERTURA EN SALUD. AÑOS 1991 Y 2001. PARTIDOS DE LA REGIÓN SANITARIA V. EN PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE POBLACIÓN				
	1991		2001	
	Población Total	Sin cobertura %	Población Total	Sin cobertura %
CAMPANA	71.464	31.1	83.698	41.4
ESCOBAR	128.421	47.8	178.155	57.9
EXALTACION DE LA CRUZ	17.072	42.8	24.167	48.3
GENERAL SAN MARTÍN	406.809	35.9	403.107	48.3
GENERAL SARMIENTO	652.969	44.0	---	---
JOSÉ C. PAZ	---	---	230.208	63.2
MALVINAS ARGENTINAS	---	---	290.691	58.4
MORENO	287.715	50.3	380.503	65.5
PILAR	130.187	46.2	232.463	56.0
SAN FERNANDO	144.763	39.3	151.131	47.7
SAN ISIDRO	299.023	25.4	291.505	32.0
SAN MIGUEL	---	---	253.086	51.3
TIGRE	257.922	43.9	301.223	54.8
VICENTE LÓPEZ	289.505	20.3	274.082	27.2
ZÁRATE	91.600	31.2	101.271	45.0

Fuente: Censos Nacionales de Población; Dirección Provincial de Estadística.

internación) responden a tres subsectores (público, obras sociales y privado). A su vez, el sub sector público cuenta en la región con 32 efectores del segundo nivel (con internación) correspondientes a las dos jurisdicciones (provincial y municipal) con un total de 3180 camas (1377 en establecimientos provinciales y 1803 en establecimientos municipales), cantidad similar al total de las camas que tienen los establecimientos privados, concentrando entre ambos sub sectores un total de 152.751 egresos.

En 2004 se realizaron en los establecimientos públicos, 34.777 partos de los cuales algo más de 7200 (un 20.9%) fueron cesáreas. El 60% de los partos públicos se realiza en establecimientos localizados en los municipios de San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Tigre y Vicente López. Sin embargo, como se analizará más adelante, se trata de mujeres que controlan su embarazo y residen en otro partido; comprometiendo para el análisis de la gestión a un espectro más amplio de los 311 establecimientos sin internación dependientes de los municipios.

CUADRO III.12

RECURSOS Y RENDIMIENTOS HOSPITALARIOS 2004												
	Establec. totales	Establec. oficiales	Establec. oficiales con internación	Establec. oficiales sin internación	Establec. privados con internación	Camas Provinc.	Camas Municip.	Camas Privadas	Consult. totales (subsector oficial)	Egresos totales (sub sector oficial)	Partos	Cesáreas (%)
Campana	32	29	2	27	3	-	113	196	394.964	4.666	913	24.3
Escobar	16	12	1	11	4	126	-	190	561.481	8.477	2.790	22.4
Ex. de la Cruz	8	8	2	6	-	-	60	-	230.291	4.700	413	33.7
Gral. San Martín	36	27	4	23	9	375	217	466	1.276.678	18.703	3.685	20.5
José C. Paz	35	32	1	31	3	160	-	202	882.063	9.276	3.669	21.4
Malv. Argen.	34	34	6	28	-	-	387	-	1.990.931	19.654	3.216	19.6
Moreno	39	36	1	35	3	184	-	167	733.609	10.036	3.730	17.3
Pilar	29	25	1	24	4	-	134	231	436.726	7.848	1.864	17.9
San Fernando	29	26	4	22	3	155	49	71	431.177	7.562	1.951	20.9
San Isidro	32	21	3	18	11	-	312	425	1.306.167	18.093	2.243	20
San Miguel	22	17	1	16	5	-	212	308	874.702	11.752	2.436	18.4
Tigre	23	20	1	19	3	183	-	128	895.930	9.521	3.202	11.1
Vicente López	36	29	4	25	7	60	319	638	1.006.363	12.394	3.255	23.3
Zárate	29	27	1	26	2	134	-	147	368.441	10.069	1.410	25.2
Total	400	343	32	311	57	1.377	1.803	3.169	11.389.523	152.751	34.777	20.9

Fuente: Región Sanitaria V - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

Además de las complejidades derivadas de la multijurisdiccionalidad, en estos establecimientos confluyen recursos derivados de programas de distinto tipo, con criterios de focalización, modalidades de implementación y fuente de financiamiento diferentes.

La complejidad estructural del sistema antes esbozada se complejiza si ponemos en consideración los recursos que se deben articular en la gestión de una política orientada a mejorar las condiciones de control de embarazo. En el cuadro que sigue se consigna -solo a modo de ejemplo- los recursos asignados desde políticas descentralizadas (la coparticipación correspondiente a la polinómica de salud)⁴⁹, centralizadas (gasto en hospitales provinciales), programas especiales (como el Seguro Público de Salud provincial) y programas nacionales (como el Remediar, el Programa Materno Infantil y la entrega de leche fortificada). (Cuadro III.13)

Como resultado de esta complejidad y de la propia génesis y desarrollo del sub sector público de salud en el Conurbano, se configuran también complejamente los problemas de acceso a los servicios y calidad de la atención.

⁴⁹ La Ley Provincial 10820, de agosto de 1989, fijó los criterios de asignación de la coparticipación para el componente salud: "a. 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido; b. 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos de cada partido; c. 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido; d. 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido; e. 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido" (GARRIGA, M. y SANGUINETTI, P. "Coparticipación a Municipalidades de la Pcia. de Bs. As." En: Cuadernos de Economía Nro. 10. 1995.

RECURSOS PROVINCIALES Y NACIONALES ASIGNADOS A EFECTORES DEL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL					
	Coparticipación Salud (deven-gada 2004)	Gasto 2004 en hospitales provinciales ⁵⁰	Beneficiarios seguro público de salud	Centros bajos Programa Remediar 2004	Programa Materno Infantil ⁵¹
CAMPANA	7029142	0	4522	24	21850
ESCOBAR	2770933	8642199	5000	11	49177
EX. DE LA CRUZ	4579046	0	-	7	7002
GENERAL SAN MARTÍN	13949640	38073173	32233	17	86566
JOSÉ C. PAZ	4527435	11705917	12122	24	65846
MALV. ARGEN.	20515068	0	19411	19	80276
MORENO	3745873	13558865	21185	35	78215
PILAR	8 783 968	0	11888	24	64986
SAN FERNANDO	2975789	13363602	-	23	35913
SAN ISIDRO	20864889	0	11300	12	60871
SAN MIGUEL	14240003	0	11285	13	52653
TIGRE	4010689	11744266	-	19	67448
VICENTE LÓPEZ	19051016	7224121	3154	16	47288
ZÁRATE	1178441	8605280	9051	15	35457
TOTAL	119437964	112917423	141151	259	753548

Fuente: Región Sanitaria V - Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

Los principales problemas vinculados a la accesibilidad a los servicios son:



ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Puede presentarse como problema relevante en el interior de la Provincia y en algunas zonas del Conurbano Bonaerense dada su urbanización y densidad demográfica. Los problemas vinculados a la inseguridad obstaculizan la posibilidad de trasladarse a los servicios de salud; partir de los hogares localizados en zonas críticas a primera hora del día para llegar a los centros de atención (en los asentamientos de la cuenca del Río Reconquista en el Municipio de General San Martín y algunos barrios de José C. Paz) son claros ejemplos de ello.



ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

Dado que los servicios son públicos y orientados a población sin cobertura no deberían existir barreras en este sentido. Sin embargo, se observa que el arancelamiento encubierto a través de bonos contribución (para consultas, ecografías y análisis de laboratorios) cobrados por cooperadoras amenaza la gratuidad de los servicios. Si bien el cobro por parte de las cooperadoras no es generalizado, en algunos distritos es preocupante su expansión y la modalidad operativa que lleva al cobro compulsivo y fuera del ámbito de la atención de salud. Este aspecto ha sido particularmente relevado en este estudio. A esta barrera explícita, deben sumarse otros gastos que operan también como barrera, tales como los costos de viajes, los gastos del traslado de la familia que debe acompañar a quien se atiende, el día de trabajo perdido, el costo de los medicamentos, etc.



ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA

Este problema alude a las estrategias adoptadas por los municipios y efec-

⁵⁰ Cierre 2003 Contaduría Gral. de la Pcia. de Bs As.

⁵¹ Kg. de Leche Fortificada Entregada.

tores para facilitar la captación de la embarazada, focalizar en la población de riesgo y articular intersectorialmente para su desarrollo. Se trata de una competencia de los servicios de salud en tanto su mejoramiento depende de cambios conceptuales y actitudinales en los trabajadores del equipo.

La calidad de la atención en el primer nivel constituye también una problemática compleja que involucra a los distintos factores que atentan contra una buena atención de la embarazada en el primer nivel. Como se ha presentado anteriormente, los centros de salud no conforman una estructura formal que reconozca diferencias de complejidad y son resultado de complejas relaciones público-privadas (que implican la gestión conjunta con entidades intermedias tales como sociedades de fomento, instituciones religiosas, deportivas y recreativas) y tienen consecuencias en muchos casos en las condiciones de acceso de la población a la atención.

En muchos casos, los consultorios externos hospitalarios y las salas de guardias de las maternidades desarrollan actividades de primer nivel quitando tiempo a su actividad sustantiva de interconsulta del 2° nivel y dificultando el acceso a quienes requieren el servicio.

Este fenómeno se ve reforzado por una implícita jerarquización de la atención hospitalaria de parte de la población y una histórica desjerarquización de los efectores del primer nivel, expresado en horarios reducidos, números para consulta que limitan la atención, falta de resolución, discontinuidad en la provisión de insumos, insuficiencia de profesionales en las especialidades de pediatría, ginecología-obstetricia y medicina general, déficit en el cumplimiento de horarios de los profesionales, etc.

Aunque la municipalización del primer nivel de atención que tuvo lugar en los últimos años⁵² puede ser considerado como "facilitador" en un proceso de cambio en el sistema, las debilidades institucionales de los municipios para regular la asignación de los recursos, limitan la posibilidad de producir cambios sustantivos en el sector⁵³.

Las dificultades de los municipios para gestionar recurso humano provincial con regímenes distintos y la inexistencia de incentivos relacionados con la efectividad de las prácticas de los profesionales, son algunos ejemplos.

A nivel de los efectores, existen dificultades en el modelo de atención (estructurado en función de la oferta con serias consecuencias en la cobertura y calidad de la atención) y en la organización interna de los equipos de salud. Existe también una alta rotación de profesionales y días asignados para la atención; falta de personalización y responsabilidad nominal de los equipos de salud; escasa relación de los equipos con las organizaciones sociales tanto institucionales como comunitarias, formales o informales que dificulta el acceso al segmento de población que no acude espontáneamente a los servicios de salud; entre otros problemas.

La relación interniveles es también problemática tanto en lo relativo a la referencia de pacientes como a la contrareferencia desde los especialistas hacia el primer nivel de atención.

Aunque focalizado al control de embarazo, este estudio avanza en dimensionar estos problemas (calidad, acceso a los servicios de primero y segundo nivel, mercantilización, entre otros). Profundiza además un aspecto a destacar en esta caracterización general: el problema de la articulación intersectorial con los programas de alimentarios; más de un tercio de la población relevada que nunca controló su embarazo declaró recibir apoyo alimentario.

⁵² La finalización de la transferencia de los centros de salud correspondientes al Plan Muñiz a la órbita de los municipios (Ley 11554/94) fue una iniciativa importante que avanzó en la descentralización de las funciones relativas a la atención primaria de la salud en la órbita municipal.

⁵³ Para un desarrollo de las condiciones bajo las cuales se estructuran las políticas municipales ver Chiara, M., 2000, "Las políticas sociales en el Gran Buenos Aires en los noventa. Algunas reflexiones acerca del régimen local de implementación". QUIVERA Revista de Estudios Territoriales de la Universidad Autónoma del Estado de México. Nro 4; pp.59-80.

IV

La situación de las mujeres que se atienden en el subsector público

Con el propósito de avanzar hacia un diagnóstico perinatal actualizado según las nuevas condiciones de salud de la región, se identificaron un conjunto de factores orientados a detectar insuficiencias en el control del embarazo y establecer la tasa de bajo peso al nacer del sub sector público. Una de las dimensiones a relevar tuvo que ver con las características de las mujeres que se atienden en los establecimientos del sub sector público en relación a su edad, los niveles de instrucción, la cantidad de gestas y el uso de métodos anticonceptivos previo al embarazo.

Considerando el total de las entrevistadas (2093), la mayor parte se concentran en el tramo de 20 a 34 años (68,5% del total). En algunos municipios, como por ejemplo Exaltación de la Cruz, este tramo de edad reúne a más del 72% de las mujeres. Los municipios que concentran la mayor proporción de púérperas mayores de 35 años son Vicente López y San Miguel (15% y 14.2%, respectivamente). La Región concentra un total de aproximadamente 21% de madres adolescentes. En los Municipios de Tigre y Escobar se observan los mayores porcentajes (25.5%), luego le sigue Zárate (24.8%) y Campana (23.4%). Los menores porcentajes se observan en Vicente López y San Isidro. (Cuadro IV.1)

Los valores que resultan de estudios anteriores realizados por la Región Sanitaria arrojan valores promedio que son algo inferiores al promedio actual: 19,8 (2001), 18,3 (2002) y 19,2 (2003)⁵⁴.

El análisis georreferenciado pone en evidencia una distribución de púerperas adolescentes⁵⁵, combinada con situaciones de concentración relativamente alta en aquellos territorios en cuyos radios se concentra mayor porcentaje de población NBI, según datos de 1991⁵⁶. (Ver mapa de adolescentes por región)

Con relación a los niveles de instrucción, la amplia mayoría de las madres completó y/o superó 7 años de escolaridad básica (89.1%); sin embargo, se observan diferencias importantes entre los municipios. Mientras en el municipio de San Isidro entre las mujeres que completaron y/o superaron los 7 años de escolaridad, la mayoría (69%) tiene 8 años o más de estudio, este porcentaje desciende significativamente para el municipio de Campana en donde sólo el 42% de las mujeres logró superar la escolaridad básica.

Los municipios que muestran las mayores concentraciones de púerperas que no alcanzaron a completar la escolaridad básica son Moreno, Exaltación de la Cruz y Pilar con porcentajes que llegan casi al 15%. Como pudo advertirse al

⁵⁴ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

⁵⁵ Cabe recordar que los partidos que presentan porcentajes por encima del promedio no han sido objeto de georreferenciación de los datos o los fueron parcialmente georreferenciados en esta etapa como es el caso del partido de Tigre.

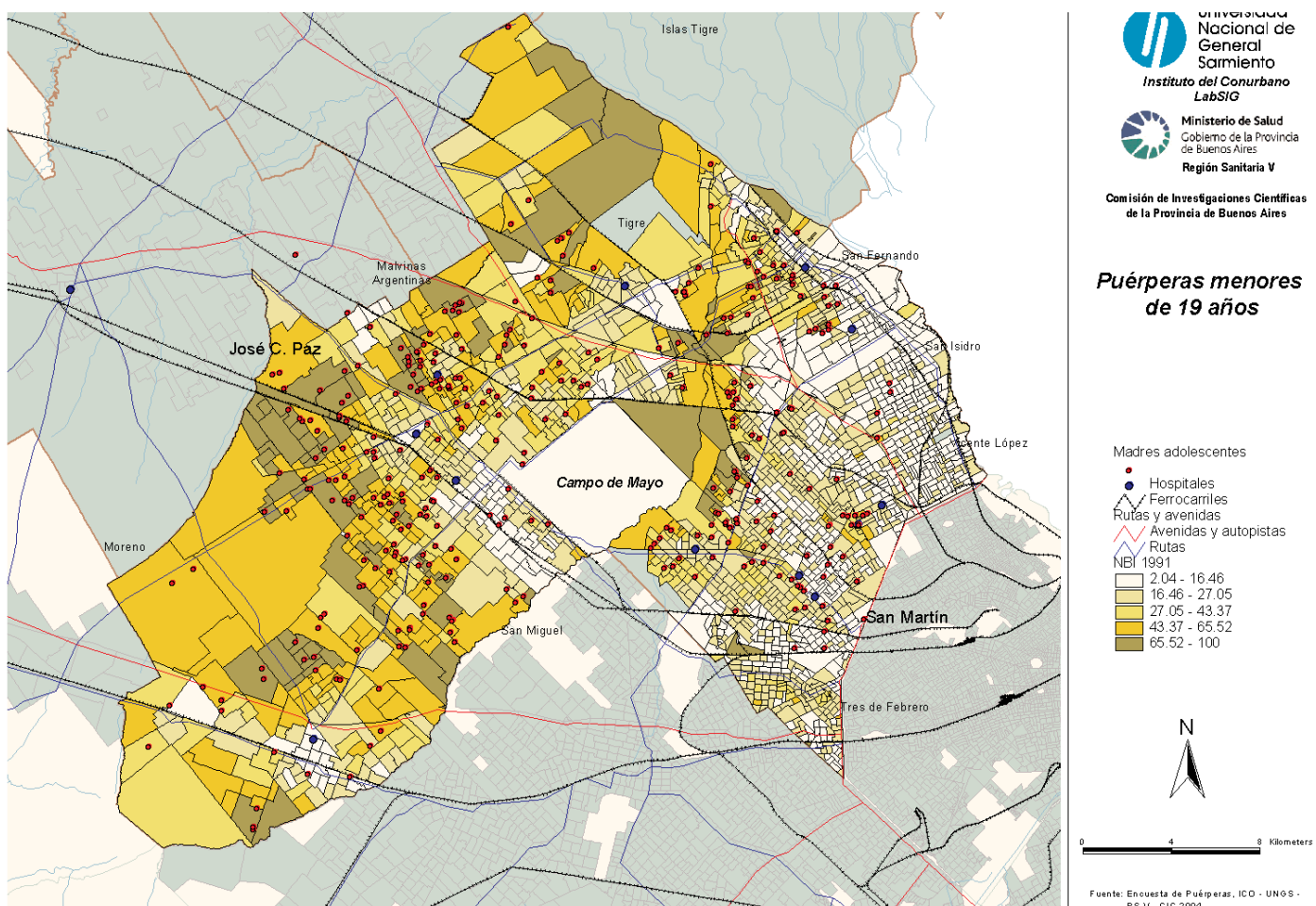
⁵⁶ Tal como se explicó en el capítulo II, la información disponible en el Laboratorio SIG de la UNGS a nivel de fracción y radio corresponde al año 1991.

CUADRO IV.1

**EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO SEGÚN MUNICIPIO.
REGION V. AÑO 2004.**

MUNICIPIO	EDAD DE LA MADRE			% TOTAL
	Hasta 19 años inclusive	20 a 34	35 y +	
VICENTE LÓPEZ	10	75	15	100.0
SAN MARTÍN	23.3	65.2	11.5	100.0
SAN FERNANDO	22.9	63.4	13.7	100.0
TIGRE	25.5	64.1	10.4	100.0
ESCOBAR	25.5	67.3	7.3	100.0
JOSÉ C. PAZ	17.1	75.7	7.2	100.0
MALVINAS	21	70.8	8.2	100.0
SAN MIGUEL	22.7	63.3	14	100.0
PILAR	19.7	68.9	11.3	100.0
SAN ISIDRO	13.7	75.8	10.4	100.0
ZÁRATE	24.8	67.5	7.7	100.0
CAMPANA	23.4	64.9	11.7	100.0
EX DE LA CRUZ	13.8	72.4	13.8	100.0
MORENO	22.4	6.6	9	100.0
TOTAL REGIÓN	21.2	68.5	10.3	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - R.S. V - CIC 2004.



caracterizar los partidos de la región⁵⁷ estos municipios se encuentran (no exclusivamente) entre aquellos con mayores porcentajes de población de 15 años y más sin instrucción y con primario incompleto.

Cabe destacar que no necesariamente los municipios que concentran las mayores proporciones de madres con 8 o más años de escolaridad (San isidro y Vicente López) son los que registran las menores tasas de puérperas con menos de 3 años de instrucción (que podría aproximar a una caracterización del analfabetismo funcional), situación que reproduce al interior de estos municipios, los diferenciales ya destacados al caracterizar las brechas regionales.

CUADRO IV.2

ESTUDIOS CURSADOS EN AÑOS COMPLETOS SEGÚN MUNICIPIO. REGION V. 2004.					
MUNICIPIO	AÑOS DE ESTUDIO				TOTAL
	0	1 A 6	7	8 Y +	
VICENTE LÓPEZ	0	5.0	28.3	66.7	100.0
SAN MARTÍN	0	9.6	30.2	60.2	100.0
SAN FERNANDO	0	6.9	37.4	55.7	100.0
TIGRE	0	11.9	31.9	56.3	100.0
ESCOBAR	0	12.5	37.5	50	100.0
JOSÉ C. PAZ	0	11.2	33.7	55.1	100.0
MALVINAS	0	8.6	27.8	63.6	100.0
SAN MIGUEL	0	8.8	34.6	56.6	100.0
PILAR	0	13.6	41.7	44.7	100.0
SAN ISIDRO	0	5	26	69	100.0
ZÁRATE	0	10.3	38	51.7	100.0
CAMPANA	0	11.8	46.2	42	100.0
EX DE LA CRUZ	0	13.8	41.4	44.8	100.0
MORENO	0.4	14.8	35.4	49.4	100.0
TOTAL REGIÓN	0	10.3	33.6	56.1	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Si, como se sugiere en este estudio, el nivel de instrucción es uno de los factores que incide no sólo en el cuidado de la madre de su embarazo, sino también en las posibilidades de acceso al sistema de salud (que se caracterizó como heterogéneo en su dotación de recursos) un indicador del mismo es el nivel de analfabetismo.

Se opta aquí por hacer una aproximación al analfabetismo funcional recortando en el análisis a las mujeres que tienen hasta 3 años de instrucción.

Desde este recorte, el estudio muestra que en los mayores porcentajes de mujeres con menos de 3 años de instrucción se concentran en los partidos de José C. Paz (9.9%), Moreno (18.5%), Pilar (13.6%) y Tigre (12.3%). (Cuadro IV.3)

Interesa destacar las diferencias entre partidos que evidencian los porcentajes de analfabetismo promedio. Si bien reproducen en parte los promedios generales ya presentados⁵⁸, muestra una incidencia preocupante entre las mujeres que atienden su embarazo y parto en el sub sector público en los municipios de Moreno (5,5%), Pilar (4,7%) y Zárate (4,3%) (Cuadro IV.4).

⁵⁷ Véase Cap. I "El problema y su relevancia de estudio".

⁵⁸ Véase el Capítulo III de este informe.

CUADRO IV.3

DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PUÉRPERAS CON MENOS DE 3 AÑOS DE INSTRUCCIÓN SEGÚN MUNICIPIO. REGION V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	2004
	%
CAMPANA	2.5
ESCOBAR	7.4
EX DE LA CRUZ	1.2
JOSÉ C PAZ	9.9
MALVINAS ARGENTINAS	8.6
MORENO	18.5
PILAR	13.6
SAN FERNANDO	6.2
SAN ISIDRO	2.5
SAN MARTÍN	4.9
SAN MIGUEL	3.7
TIGRE	12.3
VICENTE LÓPEZ	1.2
ZÁRATE	6.2
OTROS	1.3
TOTAL REGIÓN	100%

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO IV.4

PORCENTAJE DE PUÉRPERAS CON MENOS DE 3 AÑOS DE INSTRUCCIÓN SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	2004
	%
CAMPANA	2.2
ESCOBAR	2.8
EX DE LA CRUZ	3.4
JOSÉ C PAZ	3.1
MALVINAS ARGENTINAS	2.2
MORENO	5.5
PILAR	4.7
SAN FERNANDO	3.8
SAN ISIDRO	1.1
SAN MARTÍN	1.4
SAN MIGUEL	1.4
TIGRE	3.4
VICENTE LÓPEZ	1.7
ZÁRATE	4.3
TOTAL REGIÓN	2.8

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Otra variable crítica para conocer las características y niveles de vulnerabilidad de las mujeres que van a tener su parto en establecimientos del sub sector público es la cantidad de gestas. La identificación de las primigestas y las multíparas es de vital importancia para caracterizar la población que está expuesta a mayor riesgo. Las distosias de parto para el primer grupo y las cesáreas iterativas, prevalencia de hipertensión, incompatibilidades y las dificultades para sostener un adecuado control de embarazo debido al cuidado de los niños entre las multíparas, son algunos de los problemas que permiten caracterizar a éstas como población de riesgo.

CUADRO IV.5

NÚMERO DE GESTAS INCLUYENDO EL PARTO ACTUAL. REGIÓN V. AÑO 2004.		
Nº DE GESTA	2004	
	N	%
1	873	30.1
2 A 3	1146	39.5
4 O +	877	30.2
Ns/Nc	7	0.2
TOTAL	2903	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

San Martín es el municipio que concentra la mayor proporción de madres con una sola gesta mientras que Exaltación de la Cruz y Campana son los distritos que reúnen los porcentajes más elevados de puérperas con cuatro o más gestas (48.3% y 42.6%, respectivamente), le sigue Moreno con 36%.

CUADRO IV.6

CANTIDAD DE GESTAS DE LA MADRE SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.				
MUNICIPIO	CANTIDAD DE GESTAS			
	1	2 A 3	4 O +	TOTAL
VICENTE LÓPEZ	28.3	48.3	23.3	100.0
SAN MARTÍN	38.5	37.8	23.7	100.0
SAN FERNANDO	34.4	34.4	31.3	100.0
TIGRE	29.2	41.9	28.9	100.0
ESCOBAR	32.7	35.5	31.8	100.0
JOSÉ C. PAZ	28.1	39.5	32.3	100.0
MALVINAS	34.1	39.6	26.2	100.0
SAN MIGUEL	34.1	34.5	31.4	100.0
PILAR	22.8	43	34.2	100.0
SAN ISIDRO	33.5	39	27.5	100.0
ZÁRATE	24.4	42.9	32.8	100.0
CAMPANA	13.8	43.6	42.6	100.0
EX DE LA CRUZ	24.1	27.6	48.3	100.0
MORENO	25.9	38.1	36	100.0
TOTAL	30.1	39.6	30.3	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

A nivel de cada partido para los cuales existe base cartográfica⁵⁹, se georeferenciaron los datos de las múltiples con la finalidad de efectuar análisis a escala local de los datos que permitan cruzar la información provista por este estudio con la disponible en el nivel local por los efectores y la Secretaría de Salud municipal. Los mapas se presentan en el anexo de este informe.

El uso previo de anticonceptivos fue una variable indagada de manera exploratoria en este estudio. Aproximadamente el 50% de las madres utilizaba -antes de quedar embarazada- algún método; aunque cabe destacar que este porcentaje comprende todos los métodos, incluido el preservativo.

Sin embargo, el alcance de este tipo de prácticas es muy heterogéneo en los municipios de la Región. En algunos municipios, como por ejemplo Campana, Escobar y San Fernando sólo un tercio de las mujeres utilizaban algún método de anticoncepción; en otros, en cambio, ese porcentaje alcanza a más de la mitad de las puérperas. Entre ellos se encuentran Vicente López, San Isidro, Tigre y Malvinas Argentinas.

CUADRO IV.7

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.			
MUNICIPIO	2004		
	SI	NO	% USO
VICENTE LÓPEZ	33	25	57
SAN MARTÍN	142	146	49.3
SAN FERNANDO	41	86	32.3
TIGRE	161	132	55
ESCOBAR	64	152	29.6
JOSÉ C. PAZ	135	125	52
MALVINAS	169	155	52.2
SAN MIGUEL	114	113	50.2
PILAR	102	132	43.6
SAN ISIDRO	99	79	55.6
ZÁRATE	59	60	49.6
CAMPANA	26	65	28.6
EX DE LA CRUZ	12	17	41.4
MORENO	122	153	44.4
OTROS	68	63	5.1
NS/NC	53	53	- -
TOTAL REGIÓN	1.347	1.503	47.3

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Cabe recordar que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, creado por Ley Provincial 16066/93⁶⁰, comenzó a implementarse en el año 2004, encontrándose al momento de este relevamiento en su primera etapa de articulación, coordinación y capacitación. No obstante, en algunos municipios existían -previo al lanzamiento del programa provincial-, programas locales que pueden ayudar a explicar las diferencias entre municipios constatadas en este estudio.

Cabe destacar que esta aproximación es muy parcial y que, dadas las características del tema, debería indagarse por medio de otra aproximación (por medio de entrevistas en profundidad y recuperando las particularidades locales)

⁵⁹ Este análisis se realizó para los municipios de V. López, Tigre, Malvinas Argentinas, J. C. Paz, San Miguel, Tres de Febrero, San Martín, San Isidro, San Fernando y Moreno.

⁶⁰ Instituido en el marco del programa nacional (Ley 25673 sancionada el 30 de octubre de 2002).

para poder avanzar en hipótesis explicativas de este fenómeno. Estudios de este tipo resultan de vital importancia en función del interés, presente en los equipos de los profesionales de la región y en los talleres municipales, de discutir la cuestión de la anticoncepción en relación con el control del embarazo y el puerperio como "oportunidad" para el desarrollo del programa provincial.

Recapitulando:

La situación de las mujeres que se atienden en el sub sector público en los municipios de la Región Sanitaria V muestra que:

- El 68,5% se concentran en el tramo de 20 a 34 años.
- El 21% de los partos son de madres adolescentes; en los Municipios de Tigre y Escobar se observan los mayores porcentajes (25.5%), luego le sigue Zárate (24.8%) y Campana (23.4%). Los menores porcentajes se observan en Vicente López y San Isidro.
- El 89,1% de las madres completo y/o superó los 7 años de escolaridad básica; sin embargo, se observan diferencias importantes entre los municipios en relación a los niveles de escolaridad de las púerperas. Los municipios que muestran las mayores concentraciones de púerperas que no alcanzaron a completar la escolaridad básica son Moreno, Exaltación De la Cruz y Pilar con porcentajes que llegan casi al 15%.
- La identificación de las primigestas y las multíparas es de vital importancia para caracterizar la población que está expuesta a mayor riesgo. San Martín es el municipio que concentra la mayor proporción de madres con una sola gesta mientras que Exaltación de la Cruz y Campana son los distritos que reúnen los porcentajes más elevados de púerperas con cuatro o más gestas (48.3% y 42.6%, respectivamente), le sigue Moreno con 36%.
- El uso previo de anticonceptivos fue una variable indagada de manera exploratoria en este estudio. Aproximadamente el 50% de las madres utilizaba -antes de quedar embarazada- algún método; aunque cabe destacar que este porcentaje comprende todos los métodos, incluido el preservativo.

V

El acceso a los servicios públicos de salud

Tal como se ha aludido precedentemente, el acceso a los servicios es uno de los problemas con que se enfrenta la gestión de salud en este sub sector, cuya complejidad requeriría ser analizada desde otras aproximaciones que comprendan entrevistas en profundidad y rescaten otras dimensiones de análisis.

Dadas las características, alcances y limitaciones de este estudio, el análisis se ha centrado en: el conocimiento que tienen las mujeres sobre los establecimientos y sus recursos, el lugar donde controlaron su embarazo, las perspectivas a futuro de dónde van a controlarse en el puerperio y dónde piensan controlar la salud del recién nacido, el acceso a métodos anticonceptivos, la condición de gratuidad en el acceso a los servicios y la relación entre las condiciones de vida y el acceso a los servicios.

Sin lugar a dudas, este primer dimensionamiento del problema puede dar lugar a estudios en profundidad desde la perspectiva de los efectores y desde la perspectiva de las mujeres y los hogares.

1. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres de los servicios de salud

En promedio, el 78.3% de las madres de la región conoce algún servicio de salud próximo a su domicilio (hospital, centro de salud u otro).

Sin embargo, este promedio esconde pronunciadas heterogeneidades.

En municipios como San Fernando, Escobar, San Isidro, Campana y Moreno, más del 90% de las puérperas conoce la oferta de servicios de salud próxima a su lugar de residencia.

En cambio, en Pilar sólo el 53.9% de las madres conoce los servicios más cercanos. Algo superior, Vicente López y San Martín también se encuentran por sobre el promedio regional. (Cuadro V.1)

2. Sobre el lugar donde se realizó el control del embarazo

Conocer los comportamientos de las mujeres en relación a los servicios de salud resulta de crucial importancia para definir una política que tienda a mejorar la salud de las madres y de los niños / niñas.

CUADRO V.1

CONOCIMIENTO DE SERVICIO DE SALUD PRÓXIMO A SU DOMICILIO SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.			
MUNICIPIO	2004		
	SI	NO	% CONOCIMIENTO
VICENTE LÓPEZ	99	59	62.7
SAN MARTÍN	441	220	66.7
SAN FERNANDO	147	7	95.5
TIGRE	298	51	87.9
ESCOBAR	245	17	93.5
JOSÉ C. PAZ	458	160	74.1
MALVINAS	379	107	78.1
SAN MIGUEL	240	32	88.2
PILAR	320	274	53.9
SAN ISIDRO	227	20	91.9
ZÁRATE	226	43	84.0
CAMPANA	104	4	96.3
EX DE LA CRUZ	29	0	100
MORENO	319	33	90.8
TOTAL REGIÓN	3861	1064	78.3

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004

En ese sentido, saber dónde controlan su embarazo las mujeres es útil para definir en qué nivel debe concentrarse la energía de cambio en el modelo de atención.

Este estudio muestra que en los valores agregados para la región, la mayoría de las madres atendió su embarazo en el centro de salud de manera exclusiva o bien en combinación con el hospital.

En total, el 69.3% de las puérperas, en algún momento de su embarazo, concurrió a consulta al centro de salud. En estudios anteriores realizados por la región sanitaria, esos valores promedio fueron del 69.64% (2001), 71.68% (2002) y 75.42 % (2003)⁶¹.

CUADRO V.2

LUGAR DE CONTROL DEL EMBRAZO. REGIÓN V. AÑO 2004.		
LUGAR DE CONTROL	2004	
	N	%
CENTRO DE SALUD	1263	43.5
HOSPITAL	618	21.3
OTROS	109	3.8
C DE S + HOSPITAL	707	24.4
C DE S + OTROS	42	1.4
HOSPITAL + OTROS	82	2.8
Ns/nc	82	2.8
TOTAL	2903	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

⁶¹ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

En San Fernando, Moreno, José C. Paz y Escobar predomina el uso exclusivo del centro de salud como ámbito de control del embarazo. Vicente López (58%), San Martín (46%) y Zárate (38%) atienden una importante proporción de los embarazos en el hospital, mientras que la atención combinada en centro de salud y hospital predomina en San Isidro y Tigre, 52% y 49% respectivamente (ver cuadro). Cabe destacar que, tal como fue discutido en los talleres, en algunos municipios existen normas de atención (establecidas algunas de ellas desde los servicios de obstetricia de los hospitales) que inducen el paso de la embarazada por el hospital⁶², criterios que explican -en parte- las diversidades locales.

CUADRO V.3

PORCENTAJE COMPARATIVO SEGÚN LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO POR MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.							
Municipio	Cs	Hospital	Otros	Cs + Hospital	Cs + Otros	Hospital + Otros	Total
	%	%	%	%	%	%	%
CAMPANA	52.2	28.3	2.2	16.3	--	1.1	100.0
ESCOBAR	72.3	10.6	6	6.5	2.3	2.3	100.0
EX DE LA CRUZ	48.4	17.3	17.2	10.3	3.4	3.4	100.0
JOSÉ C PAZ	66	5	2	25	2		100.0
MALVINAS ARGENTINAS	40	21.5	4.8	28.9	1.3	3.5	100.0
MORENO	69.2	9.3	2.2	13.3	3	3	100.0
PILAR	59.6	17.4	4.3	13.5	2.6	2.6	100.0
SAN FERNANDO	73.8	13.2	2.3	7.7	1.5	1.5	100.0
SAN ISIDRO	7	30	5	52	--	6	100.0
SAN MARTIN	25.8	46.3	3.5	20.9	---	3.5	100.0
SAN MIGUEL	58.5	23.8	2.3	13.1	0.9	1.4	100.0
TIGRE	27.9	13.9	3.4	49	1.7	4.1	100.0
VICENTE LÓPEZ	1.7	58.3	1.7	35.0	--	3.3	100.0
ZARATE	8.5	38.1	--	48.3	--	5.1	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Una aproximación interesante para conocer los factores que inciden en el acceso diferencial a los servicios es la que correlaciona el *lugar del control* con la cantidad de gestas. Del total de mujeres que controlaron su embarazo en centro de salud exclusivo, las primíparas están por debajo del total (26% debajo de 30,2%) mientras las multíparas están por encima (35,4% sobre 30%) del promedio. Esta distancia muestra que la cantidad de gestas influye positivamente en la elección del centro de salud como lugar para el control del embarazo (Cuadro V.4).

3. Las perspectivas de control del recién nacido y del puerperio

En promedio, el 68.6 % de las madres de la Región piensa controlar a su niño en un centro de salud. Los municipios en donde existe mayor expectativa de uso de centros de salud son José C. Paz y Moreno, en ellos más del 80% de las puérperas piensa realizar el control de sus niños en el primer nivel de atención.

⁶² Sin dudas, estas normas convergen con otros factores en la configuración del dato. Este análisis sería objeto de otra investigación.

CUADRO V.4

CANTIDAD DE GESTAS SEGÚN LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO. REGIÓN V. AÑO 2004.							
CANTIDAD DE GESTAS	LUGAR DEL CONTROL						Total
	Centro de Salud	Hospital	Otros	CS + Hosp.	CS + otros	Hosp. + otros	
1	26	26	33.3	31.2	38.1	43.9	30.2
2 A 3	38.6	38.6	43.5	39.3	42.9	41.5	39.8
4 Y +	35.4	35.4	23.1	29.5	19	14.6	30
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Asimismo y avanzando en distintas hipótesis interpretativas, es posible identificar un grupo de municipios en los que la expectativa de uso del primer nivel de atención para el control del recién nacido es relativamente baja: en Zárate, San Martín, Vicente López y San Isidro menos de la mitad de la población de puérperas piensa hacer uso de los centros de salud.

En contraposición crece la expectativa de uso de los servicios de los hospitales y/o surge como posible el escenario de la combinación (en particular, en San Isidro).

En este comportamiento pueden incidir distintos factores: fortaleza del primer nivel y condiciones de accesibilidad, dotación de recursos hospitalarios diferencial (como es el caso de San Martín), y/o normas de atención.

Tal como fue destacado en algunos talleres, en determinados hospitales se tiende a establecer normativamente que el recién nacido sea controlado en el servicio de neonatología hasta los 28 días de vida.

Sin embargo, valdría la pena indagar en la "brecha" entre la norma y las prácticas en tanto este factor no parece modificar los patrones respecto a las perspectivas de control de la madre como se verá más adelante. (Cuadro V.5)

La expectativa de uso del primer nivel de atención para el control del recién nacido se corresponde con la expectativa de uso de ese nivel de atención para el cuidado de la salud de la madre: el 69.1% de las puérperas piensa controlarse en centros de Salud. La distribución de la expectativa de uso según municipio sigue los mismos patrones que en caso de la atención de la salud del recién nacido (Cuadro V.6).

4. El acceso a los métodos anticonceptivos

Como se señaló precedentemente, la indagación realizada aquí en torno al acceso a anticoncepción presenta dos limitaciones. Por una parte, el carácter exploratorio que da cuenta del interés y necesidad de comenzar a vincular las estrategias de control de embarazo y puerperio con anticoncepción. Y por la otra, dado el estadio temprano en que se encontraba en el momento de realización de este estudio, la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva⁶³.

⁶³ Véase el Capítulo IV de este informe.

CUADRO V.5

LUGAR EN EL QUE PIENSA CONTROLAR AL NIÑO SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.							
MUNICIPIO	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL	OTROS	CENTRO DE SALUD + HOSPITAL	CENTRO DE SALUD + OTROS	HOSPITAL + OTROS	TOTAL
VICENTE LÓPEZ	47.5	30.5	15.3	1.7	1.7	3.4	100.0
SAN MARTÍN	47	39.9	11.3	1.1	0	0.7	100.0
SAN FERNANDO	78.9	12.5	7.8	0.8	0	0	100.0
TIGRE	65.5	16.4	14.4	2.4	1.0	0.3	100.0
ESCOBAR	84.9	10.5	4.6	0	0	0	100.0
JOSÉ C. PAZ	84.2	8.5	4.6	2.7	0	0	100.0
MALVINAS	77.1	8.7	11.8	1.9	0.6	0	100.0
SAN MIGUEL	70.5	24.7	4.0	0.4	0.4	0	100.0
PILAR	73.8	18.2	5.9	1.7	0.4	0	100.0
SAN ISIDRO	46.9	31.1	10.7	11.3	0	0	100.0
ZÁRATE	46.6	47.5	4.2	1.7	0	0	100.0
CAMPANA	61.5	33	3.3	2.2	0	0	100.0
EX DE LA CRUZ	62.2	24.1	13.8	0	0	0	100.0
MORENO	83.8	12.9	2.6	0.7	0	0	100.0
TOTAL REGIÓN	68.6	20.4	8.3	2.3	0.3	0.2	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO V.6

LUGAR EN EL QUE PIENSA CONTROLARSE LA ENTREVISTADA SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.							
MUNICIPIO	CENTRO DE SALUD	HOSPITAL	OTROS	CENTRO DE SALUD + HOSPITAL	CENTRO DE SALUD + OTROS	HOSPITAL + OTROS	TOTAL
VICENTE LÓPEZ	48.3	33.3	15	1.7	1.7	0	100.0
SAN MARTÍN	44	45.7	9.6	0.4	0	0,4	100.0
SAN FERNANDO	79.8	15.5	3.9	0.8	0	0	100.0
TIGRE	68.3	18.1	11.9	1.4	0.3	0	100.0
ESCOBAR	84.9	10	4.6	0.5	0	0	100.0
JOSÉ C. PAZ	86.6	8	3.1	2.3	0	0	100.0
MALVINAS	78.9	9.3	10.2	1.6	0	0	100.0
SAN MIGUEL	70.9	25.2	3.1	0.4	0.4	0	100.0
PILAR	72.8	19.3	6.7	0.8	0.4	0	100.0
SAN ISIDRO	46.3	32.8	9.6	11.3	0	0	100.0
ZÁRATE	48.4	48.3	2.5	0.8	0	0	100.0
CAMPANA	59.6	38.3	1.1	1.1	0	0	100.0
EX DE LA CRUZ	62.1	24.1	13.8	0	0	0	100.0
MORENO	84.2	12.5	2.6	0.7	0	0	100.0
TOTAL REGIÓN	69.1	21.9	7.2	1.7	0.1	0	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

En promedio, el 71,1% de las puérperas de la Región conoce dónde es posible acceder gratuitamente a métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen

importantes disparidades entre los municipios en relación al nivel de conocimiento. Zárate y Pilar son los municipios en los que se observan los mayores niveles de conocimiento, seguidos por San Fernando y Escobar. En este grupo de municipios, más del 80% de las madres conoce los efectores públicos en los que es posible acceder a métodos anticonceptivos.

En contraposición, Vicente López y San Isidro, son los distritos con los niveles de desconocimiento más importantes. En ambos casos, dichos niveles alcanzan al 50% de las madres.

CUADRO V.7

CONOCIMIENTO DE EFECTORES PÚBLICOS EN LOS QUE PUEDE CONSEGUIR ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.			
MUNICIPIO	2004		
	SI	NO	% CONOCIMIENTO
VICENTE LÓPEZ	26	28	48.1
SAN MARTÍN	149	110	57.5
SAN FERNANDO	108	23	82.4
TIGRE	204	80	71.8
ESCOBAR	163	37	81.5
JOSÉ C. PAZ	194	58	77
MALVINAS	232	80	74.4
SAN MIGUEL	138	77	64.2
PILAR	207	24	89.6
SAN ISIDRO	90	87	50.8
ZÁRATE	105	12	89.7
CAMPANA	72	22	76.6
EX DE LA CRUZ	22	7	76
MORENO	172	87	66.4
OTROS	66	59	109
TOTAL REGIÓN	1948	791	71.1

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: Se toma como base para el cálculo de las frecuencias del cuadro, sólo a aquellas mujeres que dijeron estar interesadas en utilizar métodos anticonceptivos.

5. La condición de gratuidad de los establecimientos públicos

La preocupación (particularmente expresada por la Región Sanitaria en este estudio) en torno a la condición de gratuidad configura una de esas "cuestiones" de políticas inscriptas en el plano de los fines: la salud debe ser considerada un derecho y, en tanto tal, debe poder accederse a ella de manera gratuita. El proceso de mercantilización que vienen sufriendo los servicios del sub sector público dio lugar a diversos arreglos público- privados que, orientados hacia diversos fines, generaron distinto tipo de prestaciones que tienen distinto nivel y modo de arancelamiento⁶⁴.

La indagación realizada en este estudio se funda en esa preocupación y se propone aproximar información acerca de si ésta constituye o no una barrera al acceso de los servicios para la población en situación de pobreza. Sin embargo, los resultados de este estudio "hablan" más de los alcances de la mercantilización del sistema y de sus impactos en la demanda de la población (en parti-

⁶⁴ Para un desarrollo de los procesos de mercantilización en los partidos resultantes de la división del ex partido de General Sarmiento, ver Chiara, M., Di Virgilio, M., Cravino, C. y Catenazzi, A. (2000) La gestión del subsector público de la salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense. San Miguel. Informe de Investigación. Universidad Nacional de Gral. Sarmiento.

cular en relación a las ecografías) que de la "mercantilización como barrera al acceso a los servicios".

En los municipios de la región, el 46.3% de las mujeres encuestadas pagó alguna prestación durante la atención de su embarazo. Sin embargo, estos porcentajes se reducen notablemente cuando no se considera el pago de ecografías entre las prestaciones realizadas, ese porcentaje desciende significativamente (29.6%).

CUADRO V.8

CONDICIÓN DE GRATUIDAD EN EL CONTROL DEL EMBARAZO. REGIÓN V. AÑO 2004.		
COBRO	2004	
	N	%
SI	1345	46.3
NO	1558	53.7
TOTAL	2903	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Debe aclararse que se hace aquí esta discriminación, en tanto en el pago por ecografía están incidiendo no solamente atributos del comportamiento (más o menos mercantilizado del sistema), sino también la alta valoración que tiene este estudio en la población y la oferta existente (asociada o no a establecimientos públicos). A fin de focalizar en aquellas dimensiones que están claramente en la órbita de gobernabilidad del sistema, se optó por discriminar este estudio respecto del resto para facilitar la discusión posterior en los talleres.

CUADRO V.9

CONDICIÓN DE GRATUIDAD EN EL CONTROL DEL EMBARAZO SIN CONSIDERAR PAGO DE ECOGRAFÍAS. REGIÓN V. AÑO 2004.		
COBRO	2004	
	N	%
SI	861	29.6
NO	2042	70.04
TOTAL	2903	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Los municipios que concentran mayor proporción de madres que declaran haber pagado por las prestaciones recibidas durante el embarazo son Ex de la Cruz (96.5%) y Campana (91.4%); le siguen Zárate, José C. Paz, San Miguel y Moreno con tasas de pago que oscilan entre el 78.9% y el 69.4%. En contraposición, los municipios en los que las puérperas registran bajos niveles de pago son Escobar (24.5%) y San Fernando (26.7%). Interesa destacar que cuando no se considera el pago de ecografías, los porcentajes descienden significativamente pero se mantienen las tendencias en relación a los municipios en los que se registran los niveles más importan-

tes de arancelamiento y los más bajos, a excepción del municipio de Moreno que desciende por debajo del promedio regional para ese indicador.

CUADRO V.10

PORCENTAJE COMPARATIVO DE PAGO DE PRESTACIONES DURANTE EL CONTROL DEL EMBARAZO POR MUNICIPIO. REGIÓN V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	TOTAL PRESTACIONES %	PRESTACIONES EXCLUÍDAS ECOGRAFÍA %
VICENTE LÓPEZ	36.6	15.0
SAN MARTÍN	43.9	21.28
SAN FERNANDO	26.7	6.1
TIGRE	70.1	29.1
ESCOBAR	24.5	14.0
JOSÉ C PAZ	74.9	41.4
MALVINAS ARGENTINAS	27.6	14.5
SAN MIGUEL	74.2	63.7
PILAR	39.9	12.1
SAN ISIDRO	29.6	24.1
ZÁRATE	78.9	44.5
CAMPANA	91.4	82.9
EX DE LA CRUZ	96.5	79.3
MORENO	69.4	23.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Cuando se analiza la proporción de puérperas que pagaron por prestaciones (excluyendo ecografías) durante el control del embarazo, se observa que las que se atendieron exclusivamente en hospitales pagaron algo menos que aquellas que lo hicieron en centros de salud (cabe aclarar la diferencia porcentual es de tan sólo el 1%).

Las que parecen estar más afectadas por el cobro, dentro del subsistema público, son aquellas que combinan hospital y centro de salud en la atención del embarazo: 33.2% de las puérperas declaran haber pagado alguna prestación (Cuadro V.11).

Se observa que la prestación por la cual las puérperas pagan más frecuentemente, tanto en centros de salud como en hospitales, es la realización de ecografías. Sin embargo, interesa destacar que este tipo de estudios registra niveles de pago más importantes en los centros de salud que en los hospitales. Esto mismo ocurre en el caso del PAP, aún cuando la proporción de mujeres que declara haber pagado por su realización en menor. Las otras prestaciones (bonos y laboratorio) registran niveles más bajos de pago en los centros de salud que en los hospitales (Cuadro V.12).

Como puede advertirse, el porcentaje de mujeres que pagan por la realización de ecografías en el hospital respecto a las que pagan en los centros de salud es sensiblemente menor (de un 21.9% a un 12.7%). Esto puede estar hablando de distintos comportamientos de la oferta del sistema respecto a la demanda de la población (Cuadro V.13).

CUADRO V.11

CONDICIÓN DE GRATUIDAD SIN CONSIDERAR PAGO DE ECOGRAFÍAS SEGÚN LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO. REGIÓN V. AÑO 2004.

LUGAR DE CONTROL	TOTAL DE PUÉRPERAS ATENDIDAS	SI PAGARON	% PAGO
CENTRO DE SALUD	1263	320	25.3
HOSPITAL	618	150	24.2
OTROS	109	74	67.8
C DE S + HOSPITAL	707	235	33.2
C DE S + OTROS	42	19	45.2
HOSPITAL + OTROS	82	54	65.8
NS/NC	82	9	--
TOTAL	2903	861	29.6

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO V.12

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EXCLUSIVAMENTE EN CENTROS DE SALUD QUE PAGARON SEGÚN TIPO DE PRESTACION. REGIÓN V. AÑO 2004.

PRESTACIÓN	N	2004	%*
BONOS	63		4.9
LABORATORIO	106		8.3
ECOGRAFÍA	277		21.9
PAP	46		3.6
OTROS	24		1.9
TOTAL DE PUÉRPERAS QUE SE ATENDIERON EXCLUSIVAMENTE EN CS	1263		1263

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: El % se calculó sobre el total de puérperas atendidas exclusivamente en CS.

CUADRO V.13

PORCENTAJE DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EXCLUSIVAMENTE EN HOSPITAL QUE PAGARON SEGÚN TIPO DE PRESTACIÓN. REGIÓN V. AÑO 2004.

PRESTACIÓN	N	2004	%*
BONOS	42		6.7
LABORATORIO	50		8.0
ECOGRAFÍA	79		12.7
PAP	9		1.4
OTROS	14		2.2
TOTAL DE PUÉRPERAS QUE SE ATENDIERON EXCLUSIVAMENTE EN CS	618		618

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: El % se calculó sobre el total de puérperas atendidas exclusivamente en hospital.

6. Condiciones de vida y acceso al sistema

Las características del *entorno barrial en el que se ubica la vivienda* en la que vive la madre parecen vincularse con el tipo de servicio al que accede. Las madres que viven en villas y asentamientos recurren en mayor proporción (54.2%) al centro de salud para la atención del embarazo que aquellas puérperas que residen en barrios con trazado urbano (36.8) (Cuadro). Asimismo, el uso exclusivo del hospital es más frecuente en estas últimas. Cabe destacar que los hospitales se encuentran en zonas consolidadas desde el punto de vista urbano.

CUADRO V.14

LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO SEGÚN TIPO DE BARRIO EN EL QUE RESIDE LA PUÉRPERA. REGIÓN V. AÑO 2004.			
LUGAR DE CONTROL	VILLA/ ASENTAMIENTO	TIPO DE BARRIO VIVIENDA SOCIAL	BARRIO CON TRAZADO URBANO
CENTRO DE SALUD	54.2	46.2	36.8
HOSPITAL	16.3	22.2	26.7
OTROS	2.2	3.6	5.3
C DE S + HOSPITAL	24.3	22.6	25.9
C DE S + OTROS	1.6	2.7	1.2
HOSPITAL + OTROS	1.5	2.7	4.2
TOTAL	100 (1198)	100 (221)	100 (1384)

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: 100 casos no pudieron ser clasificados según el lugar de control del embarazo por no disponer de información acerca de esa variable.

Dadas las dificultades para construir la variable pobreza, se ha optado por aproximarse a ella desde la valoración de los niveles de hacinamiento, como variable "proxy". Cuando se analiza la accesibilidad al sistema según la convivencia de la madre con *situaciones de hacinamiento*, se observa que aquellas que concurren mayoritariamente a los centros de salud son las que registran importantes niveles de hacinamiento y de hacinamiento crítico: el 56.2% de las madres que conviven con situaciones de hacinamiento crítico atendieron exclusivamente su embarazo en un centro de salud, versus el 37.9% de las que no viven hacinadas. En este marco, es de esperar que entre las que no conviven en situaciones de hacinamiento predomine el hospital como ámbito de atención de su salud (Cuadro V.15).

El acceso al sistema también parece estar influido por el capital cultural disponible por las mujeres. Las mujeres que tienen menos de 8 años de estudio acceden en mayor proporción al centro de salud (13.6% sobre el 10% total en el caso de las mujeres que tienen entre 1 a 6 años y 38.8% sobre el 33.3% total en el caso de las mujeres que tienen entre 1 a 6 años) como lugar exclusivo de control, mientras que los valores descienden por debajo del promedio al referirse a mujeres que tienen 8 años o más de estudio (47.4% por debajo del 56.6%) (Cuadro V.16).

7. La dinámica del acceso al lugar donde realiza el parto

Dada la organización del sistema de salud, las mujeres están (al menos teóricamente) en condiciones de elegir el establecimiento en el que va a tener lugar el parto. Como se ha analizado precedentemente en relación al control del

CUADRO V.15

LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO SEGÚN CONVIVENCIA CON SITUACIONES DE HACINAMIENTO. REGIÓN V. AÑO 2004.			
LUGAR DE CONTROL	TIPO DE BARRIO		
	NO HACINAMIENTO	HACINAMIENTO	HACINAMIENTO CRÍTICO
CENTRO DE SALUD	37.9	48.7	56.2
HOSPITAL	24.5	21.7	16.4
OTROS	5.5	2.2	2.0
C DE S + HOSPITAL	26.2	24.3	22.7
C DE S + OTROS	1.4	1.2	1.9
HOSPITAL + OTROS	4.5	1.9	0.8
TOTAL	100 (1415)	100 (741)	100 (642)

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: Se entiende aquí por "hacinamiento" a la existencia de 2 a 3 personas por cuarto, mientras que "hacinamiento crítico" refiere a más de 3 personas por cuarto.

CUADRO V.16

LUGAR DE CONTROL DEL EMBARAZO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO. REGIÓN V. AÑO 2004.				
LUGAR DE CONTROL	AÑOS DE ESTUDIO			
	0	1 A 6	7	8 o +
CENTRO DE SALUD	0.1	13.6	38.8	47.4
HOSPITAL	-.-	7.4	28.2	64.4
OTROS	-.-	6.4	26.6	67
C DE S + HOSPITAL	-.-	7.7	32	60.3
C DE S + OTROS	-.-	7.3	22	70.7
HOSPITAL + OTROS	-.-	2.5	12.3	85.2
TOTAL	0	10.1	33.3	56.6

embarazo, este proceso está fuertemente determinado por las condiciones de vida de las mujeres tanto en relación al capital cultural que disponen (y en consecuencia las posibilidades de conocer los atributos diferenciales en términos de calidad de la atención de los establecimientos), las condiciones de habitabilidad y accesibilidad de los mismos establecimientos y, también relacionadas con las anteriores, sus propias condiciones socioeconómicas.

Sin avanzar en factores explicativos, un primer dato que da cuenta de esta dinámica es el que pone en relación el municipio de residencia de las puérperas y el hospital de la región V en donde tuvo lugar el parto. Los partidos de Exaltación de la Cruz (27%), Malvinas Argentinas (25.2%), Pilar (20.4%), Tigre (20%) y Moreno (27.6%) son aquellos que tienen más cantidad de puérperas que atienden su parto en establecimientos públicos pertenecientes a otros partidos. En la otra punta, los partidos en los que los partos tienen lugar casi en su mayoría en el hospital zonal son Zárate (98.3%), San Fernando (96.2%) y San Isidro (95.6%). Apenas cerca del 10% de los partos que se realizan en otro hospital zonal se encuentran los partidos Vicente López (11.7%), Escobar (9.2%), San Miguel (9.5%) y Campana (9.7%).

Esta situación pone en evidencia la existencia de externalidades de las cuales necesariamente debe dar cuenta el sistema de salud de modo explícito en el plano de las políticas para evitar mecanismos y barreras que tiendan a controlar regresivamente estos procesos. Esto llevaría a analizar las condiciones de accesibilidad de los establecimientos, tanto positiva (en el caso de los establecimientos que reciben un porcentaje importante de pacientes de otros municipios) como negativa (en el caso de los establecimientos que están localizados en partidos cuya población opta por otros establecimientos para realizar su parto).

CUADRO V.17

MUNICIPIO DE RESIDENCIA PUÉRPERAS Y HOSPITAL DE LA REGIÓN V EN DONDE REALIZARON SU PARTO. REGIÓN V. AÑO 2004.																		
MUNICIPIO	HOSPITALES																	
	Eva Perón (SM)	Belgrano (SM)	Santa Rosa (VL)	Bocalandro (3 de febrero)	Thompson	San Fernando	Tigre	Escobar	J.C. Paz	Ex. de la Cruz	Malvinas Argentinas	San Miguel	Pilar	San Isidro	Zárate	Moreno	Campana	TOTAL
	100.0																	
VICENTE LÓPEZ	1.7	10	88.3															100.0
SAN MARTÍN	27.7	17	12.8	11.8	28.4	2.4												100.0
SAN FERNANDO			1.5			96.2	1.5							0.8				100.0
TIGRE	0.3		11.7			5.4	79.5	1.0	0.3		0.7	0.3		0.3				100.0
ESCOBAR			5.5			0.5	0.9	91			0.9		0.9			0.5		100.0
JOSÉ C. PAZ	2.7		0.8					0.4	85.2		0.8	6.5	2.7	0.4		0.8		100.0
MALVINAS	0.9	0.3	19.8	0.3			0.6		2.1		74.8	0.9		0.3				100.0
SAN MIGUEL	3.5		0.4	4.8	0.4				3.5			87				0.4		100.0
PILAR	0.4		8.4	0.4			0.4	8	9.2		0.8	0.4	71.4			0.4		100.0
SAN ISIDRO			1.1			1.6	1.1							95.6	0.5			100.0
ZÁRATE						0.8									98.3	0.8		100.0
CAMPANA							1.1		1.1	1.1					6.4		90.4	100.0
EX DE LA CRUZ										72.4							27.6	100.0
MORENO	0.4			1.8					9			5.8	1.1			82		100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Una parte importante de los establecimientos relevados reciben en un 90% a mujeres que residen en el mismo partido en que están localizados; este es el caso de los hospitales Thompson (S. Martín), Tigre, Ex. De la Cruz, M. Argentinas, Pilar, San Isidro, Zárate, Moreno y Campana. Esta es la situación más generalizada, explicable por cuestiones de accesibilidad de distinto tipo, especialmente vinculadas a la existencia de transporte público.

Un segundo grupo, está compuesto por los hospitales E. Perón (S. Martín), de San Fernando, J. C. Paz y S. Miguel que atienden entre un 25% y 15% de población residente en otros partidos, que los hace establecimientos receptores, sea por su localización (estar cercanos a autopistas o ferrocarriles) o por las valoraciones que reciben de parte de la población y/o su capacidad de recepción.

Una situación muy particular es la que presenta la Maternidad Santa Rosa. Se trata del establecimiento que recibe más mujeres domiciliadas en otros partidos (solo un 22% tiene domicilio en V. López) y presenta los mejores desempeños en atención del embarazo: un 60.9% de las puérperas llegaron al control mínimo sobre el promedio regional, solo un 2.4% (6 casos) llegan al parto sin haberse controlado nunca, un 7% tiene niños y niñas con bajo peso al nacer y apenas un 0.8% de las puérperas no superaron los 3 años de escolaridad.

CUADRO V.18

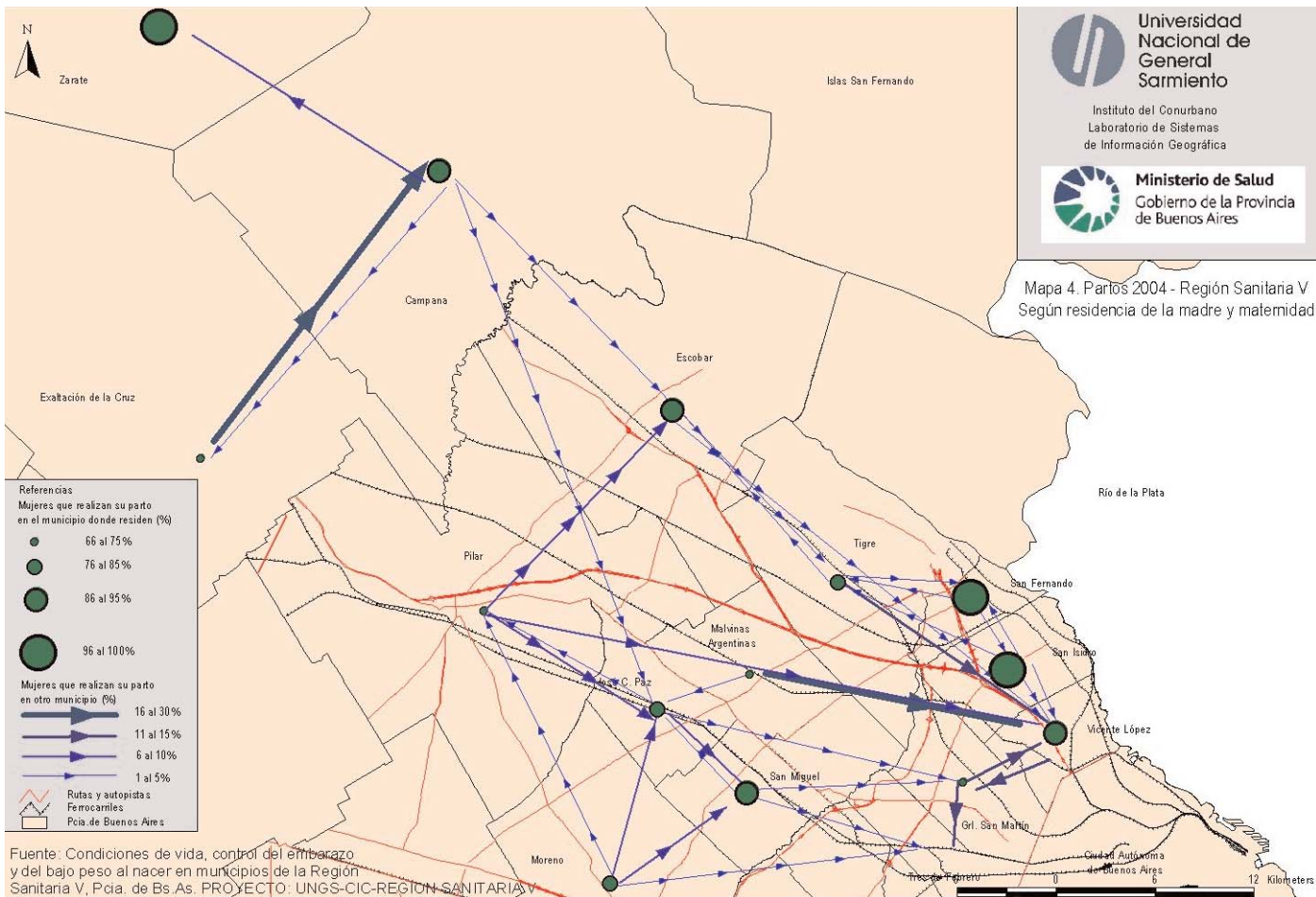
MUNICIPIO DE RESIDENCIA PUÉRPERAS Y HOSPITAL DE LA REGIÓN V EN DONDE REALIZARON SU PARTO. REGIÓN V. AÑO 2004.																		
MUNICIPIO	HOSPITALES																	
	Eva Perón (SM)	Belgrano (SM)	Santa Rosa (VL)	Bocalandro (3 de febrero)	Thompson	San Fernando	Tigre	Escobar	J.C. Paz	Ex. de la Cruz	Malvinas Argentinas	San Miguel	Pilar	San Isidro	Zárate	Moreno	Campaña	Ns/Nc
VICENTE LÓPEZ	0.9	10.5	22															
SAN MARTÍN	75.3	87.7	15.8	22.9	97.7	4.5												
SAN FERNANDO			0.8			81.3	0.8							0.6				
TIGRE	0.9		14.5			10.3	94.8	1.3	0.3		0.8	0.4		0.6				1
ESCOBAR			5			0.6	0.8	89.3			0.8		1.1			0.4		
JOSÉ C. PAZ	6.4		0.8					0.4	77.8		96.9	7.2	3.8	0.6		0.8		
MALVINAS	2.8	1.8	27	0.7			0.4		2.4			1.32		0.6				
SAN MIGUEL	7.3		0.4	7.2	1.2		0.8		2.8		0.8	84				0.4		
PILAR	0.9		8.3	0.7				8.5	7.6			0.4	92.4			0.4		
SAN ISIDRO			0.8			1.9	0.4							97.2	0.8			
ZÁRATE						0.6									93.6	0.4		
CAMPANA									0.3	4.5					4.8		90.4	
EX DE LA CRUZ									8.7	95.5							8.5	
MORENO	0.9			3.3								6.8	1.6			95		
OTROS	4.6		4.6	65.4	1.2	0.6	1.2	0.4					1.1	0.6	0.8	2.5	1.1	
NS/NC																		4
TOTAL	109	22	254	237	184	179	125	240	94	57	241	153	86	155	250	224	288	5
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO V.19

INDICADORES DE CONTROL DE EMBARAZO MATERNIDAD SANTA ROSA - V. LÓPEZ			
INDICADORES QUE PERMITEN DAR CUENTA DEL PERFIL DE PUÉRPERAS QUE ACCEDEN	Nº CASOS	% SOBRE EL TOTAL DE PUÉRPERAS ATENDIDAS	TOTAL PUÉRPERAS ATENDIDAS EN LA MATERINDAD SANTA ROSA
PUÉRPERAS CON CONTROL MÍNIMO	147	60.9	241
PUÉRPERAS CON CERO CONTROL	6	2.4	
PUÉRPERAS CON NIÑOS/ NIÑAS DE BAJO PESO AL NACER	17	7.0	
PUÉRPERAS QUE NO SUPERARON LOS 3 AÑOS DE ESCOLARIDAD	2	0.8	
PUÉRPERAS QUE NO SON DE VICENTE LÓPEZ	188	78.0	

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.



VI

La atención del embarazo

Este estudio tiene por objeto analizar las características que tiene la atención del embarazo en el sub sector público a fin de comprender los problemas en torno a los cuales se debe intervenir desde políticas activas. A ese efecto se analizó la cantidad, momento de inicio y calidad de los controles, así como su relación con la cobertura de los programas alimentarios.

1. La cantidad de controles

En la presente investigación, se consideró con "0" controles durante la gesta a aquellas parturientas que, al momento del parto, no tenían registro alguno de controles de embarazo; presentarse con una o más ecografías, pero sin registro de controles fue considerado también como "0" control.

Aproximadamente un 7% de las madres que residen en municipios de la región, no han controlado nunca su embarazo. Como referencia, debe recordarse que los promedios regionales generados por estudios anteriores realizados por la Región Sanitaria, dan cuenta de un 4.87% (2001), 3.71% (2002) y 5.75% (2003)⁶⁵.

CUADRO VI.1

CANTIDAD DE CONTROLES DEL EMBARAZO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.		
CANTIDAD DE CONTROLES	N	%
0	203	7.0
1 + 4	635	21.9
5 o +	2039	70.2
NS / NC	26	0.9
TOTAL	2903	100%

⁶⁵ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

Fuente: Encuesta de púérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Considerando la distribución del "0" control en los municipios de la región, los mayores porcentajes de 0 control se observan en San Martín (12%) y en Moreno (14%). En una situación mucho más favorable se ubican en Vicente López (1.0%), Zárate (0.5%) y Exaltación de la Cruz (1.0%).

CUADRO VI.2

DISTRIBUCION "0" CONTROL SEGUN MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.			
MUNICIPIO	N	2004	%
Vicente López	2		1,0
San Martín	24		11.9
San Fernando	5		2.5
Tigre	17		8.4
Escobar	14		6.9
José C. Paz	15		7.4
Malvinas Argentinas	18		8.9
San Miguel	14		6.9
Pilar	12		5.9
San Isidro	20		9.9
Zárate	1		0.5
Campana	4		2.0
Ex de la Cruz	2		1.0
Moreno	28		13.9
Otros	27		12.9
TOTAL REGION	203		100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Sin embargo, cuando se analiza el "0" control tomando como referencia el total de madres de cada municipio se observa que los municipios en donde se concentra la mayor cantidad de madres sin controles son aquellos en los que, también, el problema se torna más crítico: 8.1% de la madres que residen en San Martín han llegado al parto sin controlar su embarazo; mientras que en San Isidro y Moreno ese porcentaje asciende al 11% y al 10% respectivamente. Menor incidencia del problema se observa en los Municipios de Zárate (0.8%), y en Vicente López (3.3%) (Cuadro VI.3).

La hipótesis que aquí se sostiene que el "0" control define un sector más vulnerable de la población de gestantes se confirma por distintas correlaciones halladas: un 42.9% de las mujeres que nunca se controlaron residen en villa o asentamiento; un 35.6% son multíparas, y un 14.2% han tenido un recién nacido de bajo peso (> a 2500 gr). Una cuestión a rescatar desde las estrategias de intervención es que un 35.8% de las mujeres que llegan sin ningún control al parto ha recibido algún tipo de programa alimentario, lo cual marca la necesidad de avanzar en acciones intersectoriales para mejorar los niveles de captación de las embarazadas por parte del sistema (Cuadro VI.4).

La distribución en el territorio de la región sanitaria de las parturientas que nunca se controlaron no es aleatoria, concentrándose en su mayor parte en radios censales con altos porcentajes de población NBI.

CUADRO VI.3

INCIDENCIA DEL "0" CONTROL SEGUN MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	N	2004	%
Vicente López	2		3.3
San Martín	24		8.1
San Fernando	5		3.8
Tigre	17		5.7
Escobar	14		6.3
José C. Paz	15		5.7
Malvinas Argentinas	18		5.4
San Miguel	14		6.1
Pilar	12		5
San Isidro	20		11
Zárate	1		0.8
Campana	4		4.2
Ex de la Cruz	2		6.8
Moreno	28		10.1
TOTAL REGION	203		7

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: Los % se calculan sobre el total de puérperas de cada municipio.

CUADRO VI.4

CARACTERISTICAS DEL "0" CONTROL

	0 CONTROL	1 o MAS CONTROLES
Residen en villa y asentamiento	42.9%	42.1%
Bajo peso	14.2%	7.2%
Múltiparas	35.6%	29.8%
Reciben apoyo alimentario	35.8%	59.4%

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

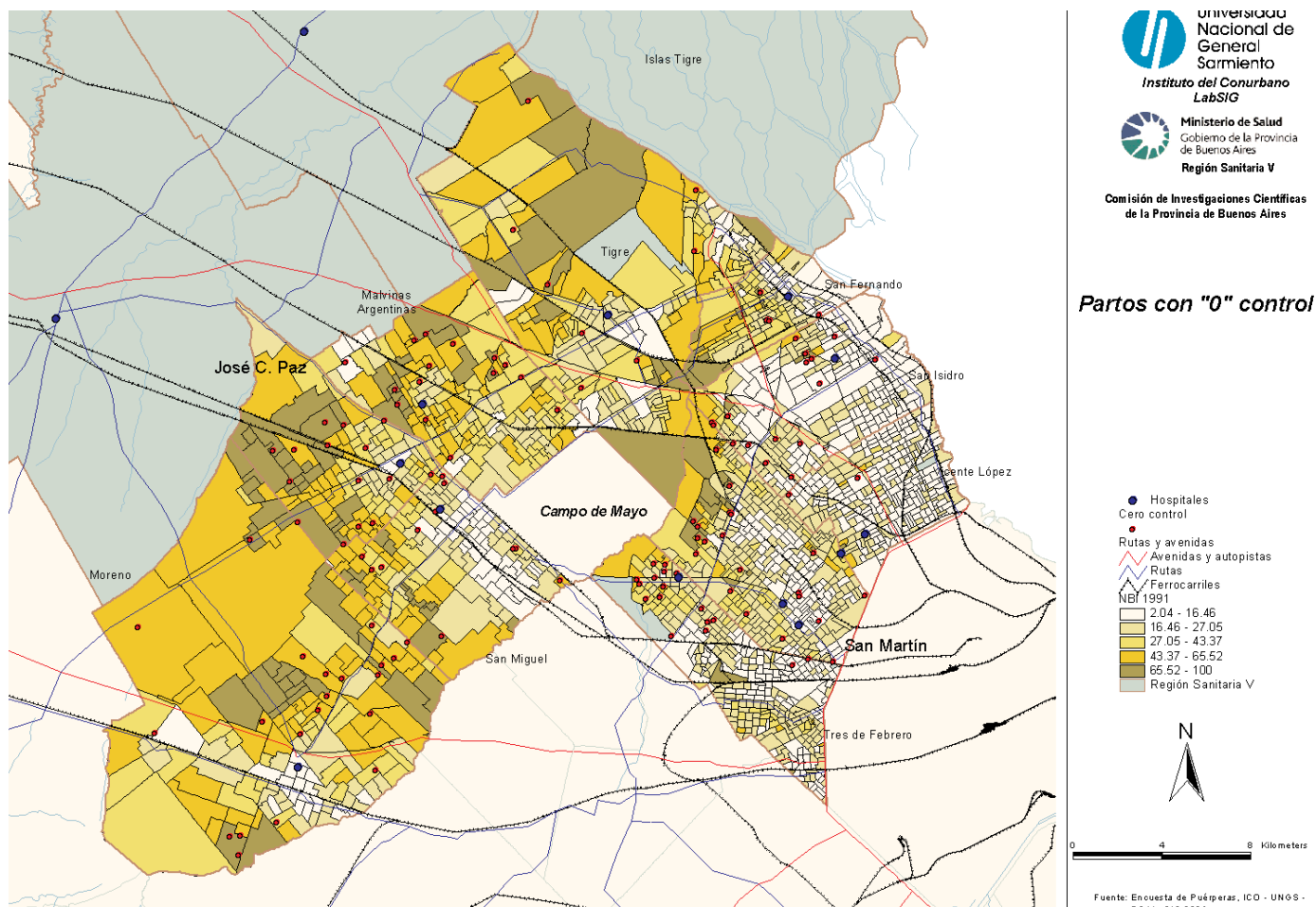
Los mapas por municipio⁶⁶ avanzan en analizar la correlación con hacinamiento crítico en tanto indicador que permita una aproximación a pobreza. Sin embargo, no parecen darse correlaciones entre ambos indicadores (Ver mapa del 0 control).

Los municipios que registran mejores proporciones de más de cinco controles son Zárate (84.9%), San Fernando (80.2%) y Exaltación de la Cruz (79.3%). Le siguen Vicente López, San Isidro, San Miguel, San Martín, Campana y Pilar con porcentajes que oscilan entre el 75% y el 71%.

Un tercer grupo de municipios, entre los que se encuentran Escobar, José C Paz, Malvinas Argentina y Moreno, registra proporciones que oscilan entre el 68.7% y el 62.2%.

En esta tipología, San Isidro presenta un cuadro de importante pola-

⁶⁶ Este análisis se realizó para los municipios de V. López, Tigre, Malvinas Argentinas, J. C. Paz, San Miguel, Tres de Febrero, San Martín, San Isidro, San Fernando y Moreno.



rización en los niveles de acceso al sistema de salud; es decir, conviven estándares altos de más de cinco controles con un grupo importante de mujeres (11%) que llega al parto sin ningún tipo de control.

Los municipios que más se alejan del promedio regional en relación a la cantidad de controles durante el embarazo son San Martín, Moreno, Campana y Pilar con promedios que no alcanzan a los 6 controles. Zárate y San Fernando son los municipios que exhiben mejor desempeño en relación a la cantidad de controles durante el embarazo. San Isidro, tal como mencionáramos anteriormente, muestra promedios altos pero con fuertes heterogeneidades internas.

2. Momento de inicio de los controles

La mayoría de las madres inician el control de su embarazo entre el 1er. y 2do trimestre de embarazo. Como referencia, recordemos que los promedios regionales por estudios anteriores realizados por la Región Sanitaria, dan cuenta de un 4.71% (2001), 5.40% (2002) y 4.56% (2003) de mujeres que comienzan a controlarse en el tercer trimestre del embarazo, mientras que el 58.38% (2001), 60.79% (2002) y 58.57% (2003) los iniciaban en el transcurso del primer trimestre⁶⁷.

El municipio que muestra mejores desempeños en cuanto a la atención precoz del embarazo, es Vicente López en donde el 61.7% de las puérperas realiza su primer control durante el 1er. trimestre del embarazo. Le siguen San Miguel, Malvinas y José C. Paz en donde más del 50% de las

⁶⁷ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

CUADRO VI.5

**CANTIDAD DE CONTROLES DEL EMBARAZO SEGUN MUNICIPIO.
REGION SANITARIA V. AÑO 2004.**

MUNICIPIO	0 %	1 A 4 %	5 O + %	NS/NC %	TOTAL %
Vicente López	3.3	21.7	75.0	-.-	100.0
San Martín	8.1	18.9	72.3	0.7	100.0
San Fernando	3.8	16.0	80.2	-.-	100.0
Tigre	5.7	21.1	73.2	-.-	100.0
Escobar	6.4	28.2	65.5	-.-	100.0
José C. Paz	5.7	24.0	67.3	3.0	100.0
Malvinas Argentinas	5.5	25.5	68.7	0.3	100.0
San Miguel	6.1	19.2	73.8	0.9	100.0
Pilar	5.0	23.5	71.1	0.4	100.0
San Isidro	11.0	14.3	74.2	0.5	100.0
Zárate	0.8	14.3	84.9	-.-	100.0
Campana	4.3	23.4	72.3	-.-	100.0
Ex de la Cruz	6.9	13.8	79.3	-.-	100.0
Moreno	10.1	26.6	62.2	1.1	100.0
TOTAL REGION	5.9	19.3	64.6	10.2	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO VI.6

**VALOR MEDIANO DE CONTROL DEL EMBARAZO SEGUN MUNICIPIO.
REGION SANITARIA V. AÑO 2004.**

MUNICIPIO	0 %	1 A 4 %	5 O + %	NS/NC %	TOTAL %
Vicente López	3.3	21.7	75.0	-.-	100.0
San Martín	8.1	18.9	72.3	0.7	100.0
San Fernando	3.8	16.0	80.2	-.-	100.0
Tigre	5.7	21.1	73.2	-.-	100.0
Escobar	6.4	28.2	65.5	-.-	100.0
José C. Paz	5.7	24.0	67.3	3.0	100.0
Malvinas Argentinas	5.5	25.5	68.7	0.3	100.0
San Miguel	6.1	19.2	73.8	0.9	100.0
Pilar	5.0	23.5	71.1	0.4	100.0
San Isidro	11.0	14.3	74.2	0.5	100.0
Zárate	0.8	14.3	84.9	-.-	100.0
Campana	4.3	23.4	72.3	-.-	100.0
Ex de la Cruz	6.9	13.8	79.3	-.-	100.0
Moreno	10.1	26.6	62.2	1.1	100.0
PROMEDIO REGIONAL	5.9	19.3	64.6	10.2	100.0

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

madres inician la atención de su embarazo durante el primer trimestre. Las situaciones más críticas se observan en San Isidro, Exaltación de la Cruz y Escobar, en donde la proporción de mujeres atendidas en el primer trimestre oscila entre el 31.3% y el 37.7%.

CUADRO VI.7

**PORCENTAJE COMPARATIVO SEGÚN TRIMESTRE DE INICIO DEL CONTROL
POR MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.**

MUNICIPIO	1er. Trimestre %	2do. Trimestre %	3er. Trimestre %	NS / NC %	TOTAL 100%
Vicente López	61.7	33.3	1.7	3.3	100%
San Martín	44.9	35.5	10.1	9.5	100%
San Fernando	49.6	39.7	6.9	3.8	100%
Tigre	50.3	38.3	5.7	- . -	100%
Escobar	37.7	42.7	12.7	6.8	100%
José C. Paz	52.1	34.2	5.3	8.4	100%
Malvinas Argentinas	55.3	29.8	8.5	6.4	100%
San Miguel	57.2	27.9	7.9	7.0	100%
Pilar	49.5	43.3	11.8	5.5	100%
San Isidro	31.3	39.0	17.6	12.1	100%
Zárate	46.4	36.0	6.8	10.8	100%
Campana	43.6	46.8	5.3	4.3	100%
Ex de la Cruz	34.5	41.4	17.2	6.9	100%
Moreno	46.4	36.0	6.8	10.8	100%
TOTAL	46.7	36.5	8.7	8.1	100%

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

3. Calidad de controles

La libreta sanitaria constituye una herramienta importante en el proceso de control de embarazo, el 82% de las puérperas de la Región poseen libreta sanitaria o sustituto.

Los municipios que presentan mejores niveles de cobertura en relación a la posesión de libreta sanitaria son Zárate (99.1%), Campana (93.6%), Vicente López y Malvinas Argentinas (91.7%). San Isidro es el municipio que registra menor proporción de madres con libreta sanitaria con el 75.8%.

En relación a las prestaciones cumplidas durante el embarazo, se observa que la ecografía es la prestación más extendida (96.5%), le siguen Vacunación Antitetánica con el 91.8%, el Grupo y Factor y el VDRL con el 90.1%. Aunque con porcentajes algo menores, es importante destacar los estudios de HIV (86.9%) que ha crecido respecto a estudios anteriores. Los valores derivados de estudios anteriores para HIV fueron 55.11% (2001), 71% (2002) y 74.83% (2003). Esta evolución ha modificado la cantidad de recién nacidos sin diagnosticar de 90 en 2001 a 28 en 2003⁶⁸. Las prestaciones menos extendidas son la Colposcopia (48.4%) y el PAP (56.3%).

Como se recordará, desde estudios anteriores se avanzó en la definición consensuada con los Jefes de Servicios de Obstetricia de los hospitales del indicador "control mínimo", conteniendo en esa categoría a: la existencia de 5 ó mas controles prenatales, la existencia de libreta sanitaria o sustituto con anotaciones, la constatación de las siguientes prestaciones en el transcurso del embarazo: vacuna antitetánica, grupo y factor, ecografía y análisis de glucemia, orina completa, HIV, sífilis, chagas y toxoplasmosis.

⁶⁸ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

CUADRO VI.8

POSESIÓN DE LIBRETA SANITARIA O SUSTITUTO AL MOMENTO DEL PARTO SEGÚN MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	2004		% POSESION
	SI	NO	
Vicente López	55	5	91.7
San Martín	232	57	80.3
San Fernando	114	13	89.8
Tigre	244	51	82.7
Escobar	182	31	85.4
José C. Paz	201	36	84.8
Malvinas Argentinas	200	20	91.8
San Miguel	178	23	88.6
Pilar	209	23	90.1
San Isidro	135	43	75.8
Zárate	116	1	99.1
Campana	88	6	93.6
Ex de la Cruz	26	3	89.7
Moreno	227	43	84.1
TOTAL REGION	2383	404	82

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

CUADRO VI.9

PRESTACIONES CUMPLIDAS EN EL CONTROL DEL EMBARAZO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.

PRESTACIONES	2004	
	N	%
Chagas	2521	80.5
Colposcopia	1363	48.4
Ecografía	2736	96.5
Glucemia	2239	70.5
Grupo y Factor	2553	90.7
HIV	2424	86.9
Orina Completa	2449	87.9
PAP	1584	56.3
Toxoplasmosis	2512	80.3
Vacunación	2587	91.8
VDRL	2539	90.1

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Con similar metodología de consenso con los actores, se definió el indicador "control completo" en el que se suma el Papanicolau a la presencia de los atributos anteriores.

Cuando se analiza en este estudio la extensión del control mínimo se observa que casi la mitad de las madres llegan al parto con estándares mínimos de control de embarazo (47,6%) y un grupo muy reducido (27.2%) logran cumplimentar la totalidad de los requisitos en el proceso de atención del embarazo ("control completo").

Estos valores muestran una mejora respecto a estudios anteriores. En ellos, el control mínimo significó un 13.40% (2001), 33.20% (2002) y 44.30% (2003) y el control completo 7.2% (2002), 17.10% (2002) y 24.4% (2003)⁶⁹.

CUADRO VI.10

CONTROL MÍNIMO Y CONTROL COMPLETO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.		
RESULTADO	N	2004 %
Control Mínimo	1382	47.6
Control Completo	789	27.2

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Nota: Los % se calculan sobre el total de puérperas de la Región

Los municipios en donde el *control mínimo* se encuentra más extendido son Zárate (79.8%) y San Fernando (73.3%). En contraposición, las situaciones más críticas se observan en San Miguel (28.8%), Moreno (35%), San Martín (37.5%) y José C. Paz (41.4%).

Los municipios que registran los mejores estándares en relación al control completo son Vicente López con el 48.3% y San Isidro con el 43%. Los menores porcentajes de control completo se encuentran en Exaltación de la Cruz (10.3%) Pilar (13.4%) y Campana (13.8%).

CUADRO VI.11

CONTROL COMPLETO (CC) y CONTROL MÍNIMO (CM) SEGÚN MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.		
MUNICIPIO	CM %	CC %
CAMPANA	61.7	13.8
ESCOBAR	55.5	32.7
EX DE LA CRUZ	44.8	10.3
JOSÉ C PAZ	41.4	25.5
MALVINAS ARGENTINAS	43	30.1
MORENO	35	22.3
PILAR	54.2	13.4
SAN FERNANDO	73.3	15.3
SAN ISIDRO	64.3	42.9
SAN MARTÍN	37.5	32.1
SAN MIGUEL	28.8	18.3
TIGRE	51.7	37.6
VICENTE LÓPEZ	58.3	48.3
ZÁRATE	79.8	31.1

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

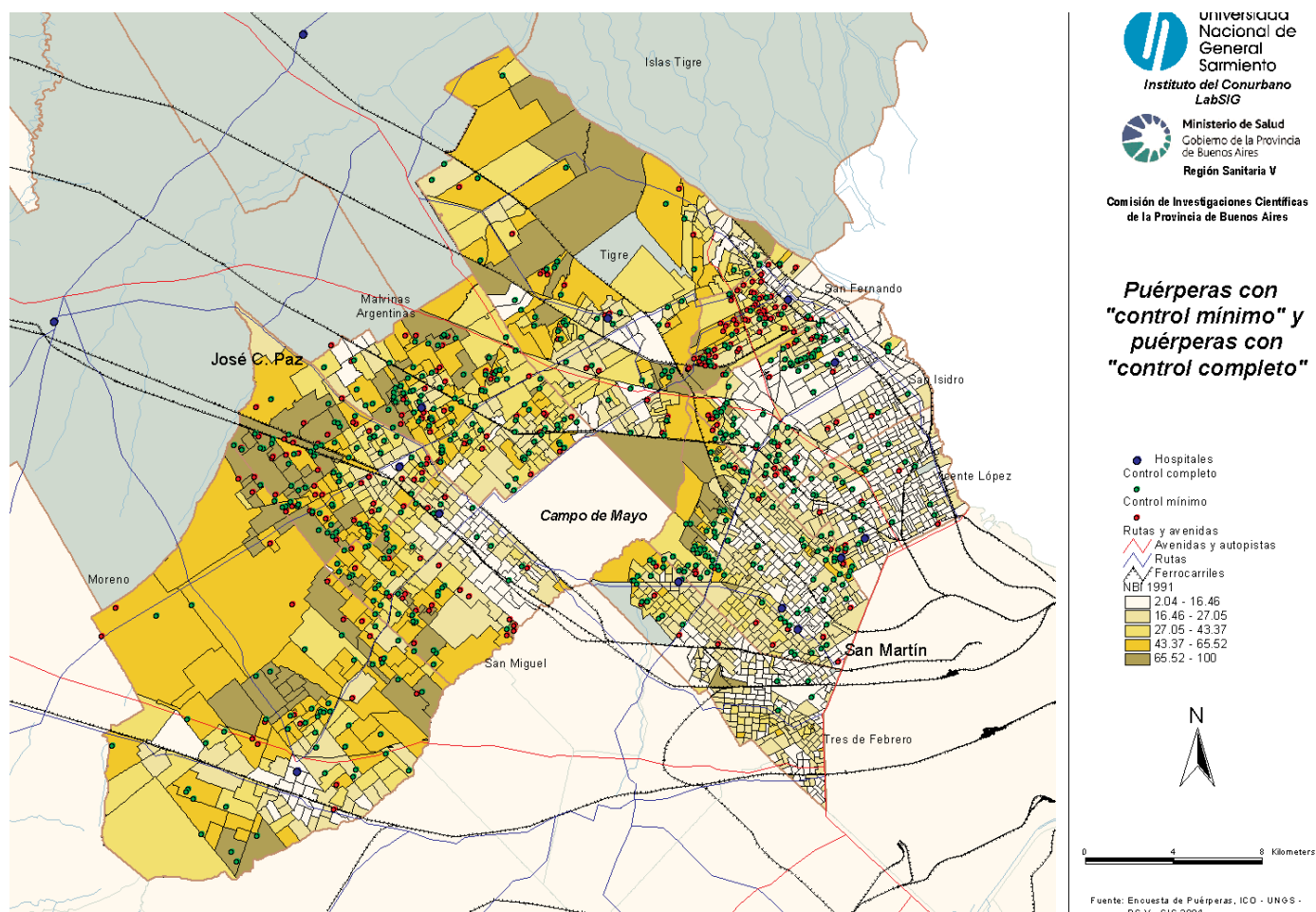
Nota: Los % se calculan sobre el total de puérperas del municipio.

La distribución en el territorio de la región sanitaria de las parturientas que llegaron al parto con -"control mínimo" respecto a aquellas que lle-

⁶⁹ Región Sanitaria V "Calidad del Control de Embarazo en el sector público", Beca Ramón Carrillo 2003.

garon al parto con el "control completo" se concentra mayoritariamente en radios censales con altos porcentajes de población NBI, mientras que las segundas se distribuyen más aleatoriamente.

Los mapas por municipio⁷⁰ presentan ambos indicadores ("control mínimo" y "control completo") para los 10 partidos permitiendo, desde las instancias locales, realizar distintos análisis que combinen con información relativa a las características particulares del territorio y recuperen las estrategias locales de captación y seguimiento de la embarazada adoptadas o las deficiencias a escala de cada uno de los efectores.



4. Condiciones de vida y atención del embarazo

Las posibilidades de cuidado en la atención del embarazo parecen estar influidas por distintos aspectos que hacen a las condiciones de vida de las mujeres. Como ya se enunció, el nivel de hacinamiento es reconocido en la bibliografía como una variable que logra captar de manera simple situaciones de pobreza, frecuentemente se asocia con imposibilidad de acceder a servicios urbanos básicos y a condiciones habitacionales deficitarias.

⁷⁰ Este análisis se realizó para los municipios de V. López, Tigre, Malvinas Argentinas, J. C. Paz, San Miguel, Tres de Febrero, San Martín, San Isidro, San Fernando y Moreno.

En este caso, mientras entre las mujeres que llegan con "control completo" al parto sólo un 20.4% se encuentra bajo condiciones de "hacinamiento crítico", aquellas que llegan sólo con "control mínimo" habitan en un 42.9% en hogares con hacinamiento crítico.

CUADRO VI.12

CALIDAD DE CONTROL Y HACINAMIENTO.			
CALIDAD DE CONTROL	No Hacinamiento	Hacinamiento	Hacinamiento Crítico
Control Mínimo	49.8	47.9	42.9
Control Completo	30.6	27.0	20.4
TOTAL	1433	766	678

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

El capital cultural de las mujeres, medido en *cantidad de años de estudio*, parece incidir también en las condiciones con que las mujeres llegan al parto. Mientras las mujeres que llegan con sólo el "control mínimo" un 40.2% cuentan con menos de 3 años de estudio, entre aquellas que llegan al parto con "control completo" sólo un 22% se encuentra en ese rango de formación.

CUADRO VI.13

CALIDAD DE CONTROL Y HACINAMIENTO.		
CALIDAD DE CONTROL	0 a 3 años de estudio	4 y más años de estudio
Control Mínimo	40.2	48.2
Control Completo	22.0	27.5
TOTAL	82	2769

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

En este estudio, se consideró "apoyo alimentario" a la pertenencia de la parturienta a cualquiera de los programas de suplemento alimentario (leche en polvo o leche fortificada desde el centro de salud, Plan Más Vida, o planes alimentarios locales). Una cuestión que llama la atención es el alto porcentaje (50,3%) de mujeres que, recibiendo algún apoyo alimentario, inicia su control recién en el 2do y 3er trimestre del embarazo. Estas correlaciones ponen en evidencia la necesidad de generar mayores articulaciones intersectoriales con los programas alimentarios, cuestión debatida en los talleres locales y regionales, tal como se hará referencia más adelante.

CUADRO VI.14

TRIMESTRE DE INICIO DEL EMBARAZO Y RECEPCIÓN DE APOYO ALIMENTARIO.		
INICIO CONTROL EMBARAZO	Recibe Apoyo Alimentario	No Recibe Apoyo Alimentario
Primer Trimestre	49.7	52.1
Entre el 2do. y 3er. Trimestre	50.3	47.9
TOTAL	1591	1144

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Recapitulando:

El análisis de las condiciones de atención del embarazo muestran que:

- Un 7% de las madres que residen en municipios de la región, no han controlado nunca su embarazo.
- El 42,9% de las mujeres que nunca se controlaron residen en villa o asentamiento, un 35,6% son multíparas y un 14,2% han tenido un recién nacido de bajo peso (> a 2500 gr).
- Un 35,8% de las mujeres que llegan sin ningún control al parto ha recibido algún tipo de programa alimentario.
- Los municipios que registran mejores proporciones de más de cinco controles son Zárate (84.9%), San Fernando (80.2%) y Exaltación de la Cruz (79.3%). Le siguen Vicente López, San Isidro, San Miguel, San Martín, Campana y Pilar con porcentajes que oscilan entre el 75% y el 71%. Un tercer grupo de municipios, entre los que se encuentran Escobar, José C Paz, Malvinas Argentina y Moreno, registra proporciones que oscilan entre el 68.7% y el 62.2%.
- La mayoría de las madres inician el control de su embarazo entre el 1er. y 2do trimestre de embarazo.
- La libreta sanitaria constituye una herramienta importante en el proceso de control de embarazo, el 82% de las puérperas de la Región poseen libreta sanitaria o sustituto.
- En relación a las prestaciones cumplidas durante el embarazo, se observa que la ecografía es la prestación más extendida (96.5%), le siguen Vacunación Antitetánica con el 91.8%, el Grupo y Factor y el VDRL con el 90.1%. Aunque con porcentajes algo menores, es importante destacar los estudios de HIV (86,9%) que ha crecido respecto a estudios anteriores.
- La extensión del control mínimo alcanza a casi la mitad de las madres llegan al parto con estándares mínimos de control de embarazo (47.6%) y un grupo muy reducido (27.2%) logran cumplimentar la totalidad de los requisitos en el proceso de atención del embarazo ("control completo").
- La distribución en el territorio de la región sanitaria de las parturientas que llegaron al parto con -"control mínimo" respecto a aquellas que llegaron al parto con el "control completo" se concentra mayoritariamente en radios censales con altos porcentajes de población NBI, mientras que segundas se distribuyen aleatoriamente.
- El capital cultural de las mujeres, medido en cantidad de años de estudio, parece incidir también en las condiciones con que las mujeres llegan al parto. Mientras las mujeres que llegan con sólo el "control mínimo" un 40,2% cuentan con menos de 3 años de estudio, entre aquellas que llegan al parto con "control completo" sólo un 22% se encuentra en ese rango de formación.
- Es alto el porcentaje (50,3%) de mujeres que, recibiendo algún apoyo alimentario, inicia su control recién en el 2do y 3er trimestre del embarazo.

VII

Bajo peso al nacer y condiciones de vida

Los mejores pesos al momento del nacimiento se observan en Escobar (3364) y en Exaltación de la Cruz (3377). Interesa destacar que estos municipios son también los que presentan los valores más bajos de desviación respecto del promedio, situación que indicaría menores heterogeneidades en la población de recién nacidos en relación a su peso.

Los peores pesos se registran en San Martín (3216) y San Fernando (3225), siendo San Fernando uno de los municipios que muestra importantes desviaciones con respecto al promedio distrital (3261).

CUADRO VII.1

PROMEDIO DE PESO AL NACER SEGÚN MUNICIPIO.
REGION SANITARIA V. AÑO 2004.

MUNICIPIO	Media	Desvío Estándar
Vicente López	3272	578
San Martín	3216	554
San Fernando	3225	647
Tigre	3335	583
Escobar	3364	487
José C. Paz	3261	532
Malvinas Argentinas	3233	619
San Miguel	3275	549
Pilar	3236	532
San Isidro	3269	545
Zárate	3293	522
Campana	3229	521
Ex de la Cruz	3377	419
Moreno	3228	634
TOTAL REGION	3261	566

Fuente: Encuesta de púerperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Interesa destacar que a nivel regional, el porcentaje del bajo peso al nacer asciende al 8.2%; en tanto, la de los nacidos con menos de 1500 gramos alcanza al 1.5%.

CUADRO VII.2

PREVALENCIA (EN LA MUESTRA CONSIDERADA) DE BAJO PESO Y MUY BAJO PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.		
PESO DEL RECIEN NACIDO	2004	
	N	%
<1500 G	43	1.5
<2500 G	194	6.7
< 1500 G + < 2500 G	237	8.2
> 2501 G	2.631	90.6
Ns/Nc	35	1.2

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

Los Municipios de Malvinas Argentinas (13.5%), de San Martín (12.6%) y de Moreno (11.2%) poseen los mayores porcentajes de niños nacidos con peso menor o igual a 2500 gramos. Los menores porcentajes se registran en Zárate (1.3%) y Escobar (2.7%).

CUADRO VII.3

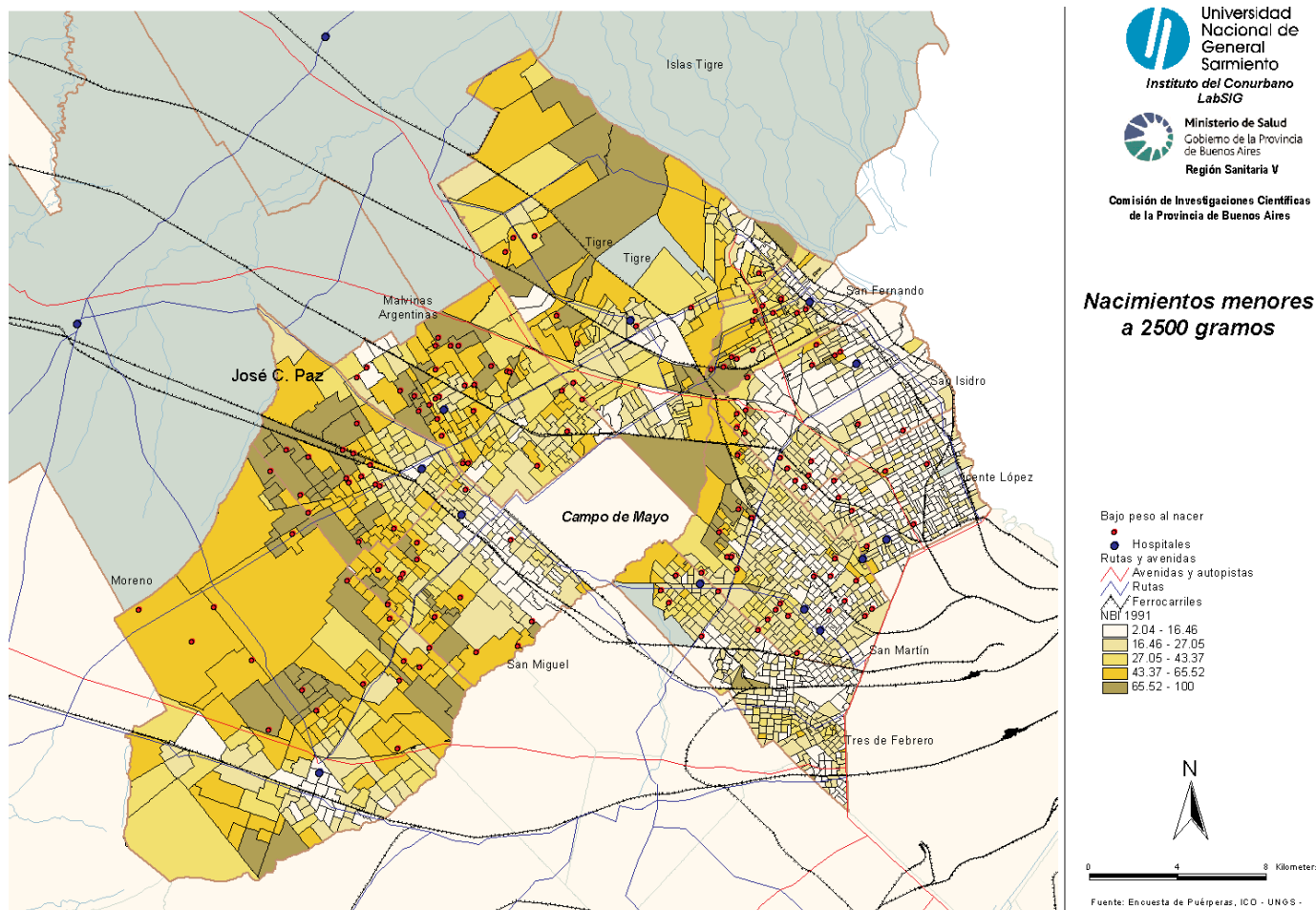
PORCENTAJE DE BAJO PESO AL NACER (<2500G) POR MUNICIPIO. REGION SANITARIA V. AÑO 2004.	
MUNICIPIO	2004 %
CAMPANA	2.7
ESCOBAR	4.0
JOSÉ C PAZ	7.2
MALVINAS ARGENTINAS	13.5
MORENO	11.2
PILAR	7.6
SAN FERNANDO	7.6
SAN ISIDRO	7.6
SAN MARTÍN	12.6
SAN MIGUEL	6.7
TIGRE	9.4
VICENTE LÓPEZ	3.1
ZÁRATE	1.3

Fuente: Encuesta de puérperas, ICO/UNGS - RS V - CIC 2004.

No se encontraron correlaciones entre situaciones de bajo peso del recién nacido y el hacinamiento. Lo mismo sucede con la cantidad de gestas (las multíparas tienen menor probabilidad de tener un niño de bajo peso).

Por su parte, las mujeres que reciben programas alimentarios de algún tipo tienen menos probabilidad de tener un niño de bajo peso (6.7% VS 9.8%). Esta correlación puede hablar también del sesgo a auto cuidado presente en aquellas mujeres que buscan y reciben los planes.

La distribución en el territorio de la región sanitaria de los recién nacidos con peso menor a 2500 gr no parece ser aleatoria, concentrándose en su mayor parte en radios censales con altos porcentajes de población NBI. El análisis más detallado de estos datos a escala de partido (ver Anexo de este informe)⁷¹ permite reconocer particularidades de las características del territorio por parte de los actores de la gestión no reconstruibles desde este análisis macro.



Recapitulando:

Acerca del bajo peso al nacer, el estudio muestra que:

- El porcentaje del bajo peso al nacer (menor a 2500 Gr) asciende al 8.2%; en tanto, la de los nacidos con menos de 1500 gramos alcanza al 1.5%.
- No se encontraron correlaciones entre situaciones de bajo peso del recién nacido y el hacinamiento. Lo mismo sucede con la cantidad de gestas (las multíparas tienen menor probabilidad de tener un niño de bajo peso).
- Las mujeres que reciben programas alimentarios de algún tipo tienen menos probabilidad de tener un niño de bajo peso (6,7% VS 9,8%). Esta correlación puede hablar también del sesgo a auto cuidado presente en aquellas mujeres que buscan y reciben los planes.

⁷¹ Este análisis se realizó para los municipios de V. López, Tigre, Malvinas Argentinas, J. C. Paz, San Miguel, Tres de Febrero, San Martín, San Isidro, San Fernando y Moreno.

VIII

El análisis de la información como estrategia de fortalecimiento de la gestión

Este proyecto avanzó en la generación de información oportuna y confiable que permitió indagar en hipótesis explicativas de los factores que dan lugar a los déficits de los servicios de salud públicos para realizar los controles de las embarazadas.

Tal como se ha enunciado anteriormente, el sub sector público de la provincia de Buenos Aires, en general, y de la Región Sanitaria V, en particular, está formado por una red de efectores del primer y segundo nivel, "centros de salud" y "hospitales", los primeros de jurisdicción municipal desde 1995 y los segundos de jurisdicción provincial y municipal según el caso. Conforme las diferencias demográficas, socioeconómicas y de la conformación de los sistemas de salud locales, se configura particularmente el problema focal en cada una de las jurisdicciones municipales; a la vez que adquiere niveles diferentes de criticidad.

La multijurisdiccionalidad de los establecimientos que forman parte de la red (municipal y provincial) y las propias dificultades de articulación interna que la constituyan como tal, condiciona fuertemente la estrategia a adoptar para mejorar las políticas de prevención.

Esta razón, entre otras⁷², ha dado lugar a la puesta en marcha de este mecanismo ad hoc que, sin alterar la dinámica de relevamiento sistemático y periódico de la información (SIP, SIPA⁷³), permite contar con información oportuna, válida y confiable que pueda ser analizada por los actores que la generan y también (y muy especialmente) por aquellos que tienen capacidad de gobierno sobre los factores que inciden en la mejora de los servicios de salud en función de optimizar -en cantidad y calidad- los controles de las embarazadas en la región.

La metodología adoptada recupera la dinámica de trabajo que viene llevando adelante la Región Sanitaria en sus espacios regulares de planificación⁷⁴ y de gestión del Programa Materno Infantil con los siguientes *objetivos generales*, a saber:

- Propiciar el análisis conjunto, entre los efectores de salud, autoridades municipales y regionales, de las deficiencias halladas en el control del embarazo, proponer acciones y evaluarlas en las nuevas condiciones de atención en que se encuentra la Salud Pública en la actualidad.
- Contribuir con el desarrollo de un sistema de monitoreo y registro de

⁷² Estos atributos se potencian en su complejidad en territorios (como las regiones metropolitanas) en los que se verifican profundas externalidades derivadas de población que, habitando en un partido, se desplaza hacia otro vecino (o no tanto) para ser atendida en un establecimiento que por distintas razones considera más adecuado a sus necesidades.

⁷³ Sistema de Información Perinatal (SIP) y Sistema de Información Perinatal Ambulatorio (SIPA).

⁷⁴ El Consejo Regional de Salud es el más importante.

la calidad del control del embarazo que pueda ser utilizado por las dependencias de sub sector público de salud.

Sus *objetivos específicos* orientan la dinámica de trabajo en cada uno de los espacios de gestión:

- I Dar a conocer los datos resultantes del estudio a los actores del sistema de salud.
- II Reflexionar acerca de las condiciones generales y del sistema de salud local que explican esos comportamientos.
- III Avanzar en la definición de lineamientos de propuestas de acción en cada municipio y a nivel regional.

Esta estrategia está inspirada en la pedagogía de la problematización en la que se sostiene la propuesta de la "educación permanente en salud"⁷⁵; la misma se orienta hacia:

- I aprender nuevas prácticas;
- II fortalecer el trabajo en equipo;
- III cambiar la percepción de la direccionalidad del trabajo, con enfoque de población, de prevención y promoción de la salud;
- IV adjudicar relevancia al marco conceptual que orientará la capacitación en servicio;
- V direccionar los diferentes procesos ya sea en las áreas, departamentos, municipios o en el efector local.

Los destinatarios de esta actividad fueron: el equipo del proyecto y los responsables del trabajo de campo (obstétricas y estudiantes de la UNGS); el equipo del Programa Materno Infantil de la RSV y central; los Secretarios de Salud de los municipios; los Directores de Centros de Salud; los Jefes de obstetricia; las obstétricas del Programa Materno Infantil; las referentes de los Programas Más Vida⁷⁶. Sin embargo, no se logró contar con representantes de estos últimos programas en los talleres.

A fin de ir avanzando en las reflexiones y generando capacidades y viabilidad para el desarrollo de los momentos siguientes se identificaron tres *niveles de devolución* de los datos:

- I Proyecto y equipo regional
- II Región Sanitaria: Consejo Regional
- III Municipio

En cada instancia, se trabajó en dos partes, la primera orientada a la presentación de la información resultante del estudio y la segunda, orientada a la explicación y análisis de las actuaciones.

⁷⁵ Davini, M. C. (1995), Educación Permanente en salud. Serie PAL-TEX para ejecutores de programas de salud, Nro. 38, OPS, Washington DC.

⁷⁶ El Plan Más Vida está coordinado por los Ministerios de Desarrollo Humano, Salud y la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia, siendo su población beneficiaria las familias en condición de pobreza con población materno-infantil hasta el ingreso escolar.

► La **primera**, o de "información", consistió en la exposición de los datos de parte del equipo del proyecto a cargo de cada componente apoyado en recursos didácticos (presentaciones en power point), material que fue entregado impreso a los participantes para su tratamiento posterior. Cada entrega contó con una información muy breve de los resultados del proyecto; se prestó especial atención a presentar la información sin avanzar en identificación (desde el equipo de proyecto) de problemas, aspecto en el se avanzaría luego desde la mirada de los actores.

► La **segunda**, "explicación y análisis de las actuaciones", se trató de un momento dialogado que apuntó a problematizar las causas que dan lugar a este comportamiento de variables, especialmente a aquellas vinculadas al desempeño del sistema de salud en relación al "control de embarazo". La problematización de los datos fue parte de la dinámica y no punto de partida del trabajo grupal.

El propósito de esta dinámica es promover una reflexión acerca de las estrategias que se están desarrollando y las que se deberían realizar en los distintos niveles.

1 Primera reunión de presentación y análisis de resultados al equipo de proyecto y al conjunto del equipo del Programa Materno Infantil de la RS V.

Participaron los profesionales del PMI de la región, del equipo del proyecto, autoridades de la RS, investigadoras de la UNGS, estudiantes que participaron del trabajo de campo, obstétricas.

Sus objetivos fueron:

- a) Dar a conocer los datos resultantes del estudio a todo el equipo del proyecto;
- b) Conocer la dinámica prevista para la devolución de los datos;
- c) Identificar hipótesis en torno a las cuales reflexionar en cada municipio;
- d) Organizar la actividad de devolución.

Fecha: 2 de setiembre de 2005.

2 Reunión de presentación y análisis de resultados en el Consejo Regional de Salud.

Participaron aproximadamente 50 personas, entre los cuales puede mencionarse, los Secretarios de Salud de los Municipios, Directores de los Hospitales provinciales y municipales, Autoridades del Ministerio en las áreas pertinentes (PMI y otras). El taller se realizó el 9 de setiembre de 2005 en las aulas del Campus de la UNGS.

Sus objetivos fueron:

- a) Dar a conocer los datos resultantes del estudio a nivel regional a los miembros del Consejo de Salud Regional y a las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires;
- b) Reflexionar acerca de las condiciones generales del sistema de salud a nivel regional que explican esos comportamientos;
- c) Contribuir con la definición de la agenda del CRS en este campo de acción.

Las reflexiones estuvieron centradas en focalizar acciones en torno a la disminución de "0" control descriptor de un problema que, acotado,

reviste suma criticidad y requiere de articulaciones intersectoriales para abordarlo. Asimismo, se enfatizó la necesidad de abordar los problemas relativos a la calidad de los controles perinatales desarrollando estrategias en el primer nivel (centros de salud). Desde la reflexión en torno al funcionamiento actual del sistema se enfatizó la necesidad de profundizar el trabajo con un enfoque de riesgo orientado por diagnósticos confiables.

Desde el equipo regional se enfatizó la necesidad de complementar estos resultados en el nivel local con otros estudios que los municipios vienen desarrollando y definir planes de mejora con base a estas reflexiones.

3 Reunión de presentación y análisis de resultados para cada uno de los municipios.

Dadas las particularidades de cada municipio (sanitarias y político institucionales, así como de las características de la relación que mantiene con la Región Sanitaria), la actividad fue acordada previamente con cada uno de los Secretarios de Salud. Se tendió a facilitar la participación del Secretario de Salud, el Referente del PMI, el equipo del PMI, el Director de Atención Primaria, la Responsable de Obstétricas, el Jefe de Obstetricia del Hospital, la Coordinadora de Obstétricas de la Región Sanitaria, los Referentes del Programa Más Vida y Comadres (aunque esta última participación no fue posible).

Sus objetivos fueron:

- a) Dar a conocer los datos resultantes del estudio a nivel de cada municipio a los actores del sistema de salud local;
- b) Identificar los problemas relevantes y pertinentes;
- c) Reflexionar acerca de las condiciones del sistema de salud local que explican esos comportamientos;
- d) Contribuir con la definición de una agenda de trabajo compartida entre la región y el municipio.

Dada la configuración del sistema de salud en la provincia, su fragmentación y el desarrollo de la descentralización, esta instancia resulta crítica para generar condiciones que hagan posible modificar en sus distintas dimensiones (normativo, recursos humanos, procedimientos, cultura institucional, relaciones intersectoriales) las dinámicas que hacen a la configuración crítica del problema focal en la región.

Se realizaron reuniones con los municipios de San Isidro, San Fernando, Tigre, Escobar, Pilar, Exaltación de la Cruz, Malvinas Argentinas, San Miguel, J. C. Paz, San Martín y Moreno. Las reuniones con Vicente López, Zárate y Campana están programadas para la primera semana de diciembre.

En cada uno de los talleres se hicieron presentaciones de los datos a escala de cada municipio con una acotada presentación de datos georreferenciados. A pedido de la Región Sanitaria, se trabajó comparando con los datos de los relevamientos anteriores.

Los talleres se realizaron en su mayoría en los municipios o auditorios de los hospitales.

Los mapas en su versión definitiva serán entregados en la primera quincena de diciembre y el equipo regional tiene previsto realizar otro encuentro de trabajo a nivel de los municipios para trabajar con base a

los mapas definitivos. Esta situación no excluye la posibilidad de hacer nuevos cruces en función de las demandas específicas que surjan de los talleres.

Participaron los actores principales del sistema de salud: responsables de programas, representantes del primero y segundo nivel, funcionarios y profesionales de las Secretarías de Salud. Cabe destacar la participación de los Secretarios y Subsecretarios de Salud en una parte importante de los talleres. Sin embargo, lamentablemente no se alcanzó a las responsables de la gestión de los programas alimentarios.

Los aspectos salientes de cada uno de los encuentros realizados fueron:

► San Isidro

- Con relación al alto porcentaje de 0 control, el referente municipal consideró que podría estar sesgado el dato por la pérdida de la HC entre el CAPS y el Hospital y por la baja utilización de la Libreta sanitaria Materno Infantil.
- Se reconoce el cobro de bonos a las pacientes provenientes de otros municipios.
- En razón del alto porcentaje de cobertura del programa alimentario, se propuso georreferenciar "0 control", "bajo programa alimentario" y "residentes en villas de emergencia", tarea que será realizada próximamente.

El espacio de encuentro estuvo acotado al responsable del PMI.

► Exaltación de la Cruz

- La baja en la tasa de embarazo adolescente fue explicada por el impacto del programa de salud reproductiva iniciado en el año 2003.
- El aumento de los controles en CAPS coincide con la incorporación de RRHH y la apertura de nuevos servicios de 1º Nivel.
- La posibilidad de que el 0 control se explique, en parte, por la elevada cantidad de población migrante reciente.
- Se está mejorando la resolución de la serología para Chagas y HIV.
- Respecto al cobro, la carencia de ecógrafo propio, hace que la cooperadora del Hospital cobre bonos por ecografía.
- Se destacó la implementación de la anticoncepción durante el puerperio inmediato.

Participó el Jefe de Obstetricia del Hospital.

► San Fernando

- El cobro referido se debe a la realización de ecografías "voluntarias y en privado" dado que todas las prestaciones del municipio son gratuitas.
- Se procederá a evaluar el funcionamiento del programa alimentario en lo que hace a controles de salud.
- Se expresó preocupación por situaciones de inestabilidad y precariedad laboral que dificultan acciones programáticas.
- Se realizarán reuniones para mejorar la atención del embarazo de alto riesgo.

Fue importante la participación de los distintos actores del sistema (Secretaría, primer y segundo nivel).

► Malvinas Argentinas

- Se destacó que, efectivamente, el control de embarazo se realice, por norma municipal, en los CAPS.
- Se reconoció la necesidad de mejorar las prácticas de PAP y colposcopia.
- Se expresó la voluntad de mejorar la articulación con el Área de Acción Social de quien dependen los programas alimentarios.

Participaron representantes de los efectores del primer y segundo nivel así como también de distintas instancias de la Secretaría de Salud.

► Escobar

- Se analizó el aumento de la tasa de embarazo adolescente y la insuficiente calidad de estos controles que refleja la muestra. Se habló de la implementación de educación sexual en las escuelas.
- Respecto a la información sobre insuficiencia de controles, se destacó que el municipio está fortaleciendo el uso de fichero cronológico y realizando mayor búsqueda activa a partir del año 2005, por lo que se espera una mejoría en la próxima encuesta.
- Asimismo la actual incorporación de mayor personal incidirá en la mejora de la atención del embarazo.

La participación de representantes del primer nivel de atención (efectores, programas y secretaría) fue dominante.

► San Miguel

- Se reconocen las dificultades que presenta el tema del cobro (en aumento) principalmente por la acción de la cooperadora del Hospital. Se planteó la necesidad de intervenir en el tema. Asimismo se expresó que la futura incorporación de RRHH, a través del Seguro Público Provincial permitirá, en el corto plazo, dar cobertura gratuita a la totalidad de las embarazadas del distrito.
- Se analizó la necesidad de lograr una mayor coordinación con los programas alimentarios que se desarrollan en el municipio.

La participación estuvo sesgada hacia los responsables de la Secretaría, responsables de programas y responsables del hospital.

► Pilar

- Se analizaron las consecuencias que el nuevo emplazamiento del Hospital Meisner sobre la demanda local y los municipios vecinos. Se evaluó especialmente el aumento de atención de pacientes con domicilio en J. C. Paz y el traslado de demanda de Pilar a Escobar.

Fue muy importante la participación de los distintos actores del sistema local (Secretaría, primer y segundo nivel, programas).

► Moreno

- Se evaluó la elevada tasa de 0 control y control insuficiente.
- En relación al cobro, se hizo referencia a problemas con las ecografías.
- Se destacó que la situación de gran cantidad de paros de personal que se verificaron en el hospital afectó la prestación de laboratorio lo que llevó a contratar los servicios del Hospital Sommer para atender esta situación.
- Se analizó la elevada cobertura de los programas alimentarios y la necesidad de mejorar los controles de dicha población.
- Se comentó la futura incorporación de tocoginecólogos y obstétricas y el impacto esperado en la cobertura de atención.
- Se convino en cruzar la información de la encuesta con la que proviene de la base propia de Historias Clínicas que trabaja el Municipio.

Participaron representantes de la Secretaría, del hospital y fue importante la participación de las obstétricas municipales.

► J. C. Paz

- Se destacó como problema el alto porcentaje de población que, recibiendo algún programa alimentario, tiene controles insuficientes. En ese sentido, se destacó la necesidad de redoblar esfuerzos de articulación con el programa Más Vida desde las acciones de la Secretaría.
- Se reconoció que, dadas las características del municipio, el "0" control o control insuficiente esta disperso de modo que las acciones deben ser sistemáticas teniendo como espacio estratégico a los centros de salud.
- Se destacó la necesidad de analizar las condiciones de acceso al programa de anticoncepción a fin de actuar sobre ellas para facilitar la distribución de los insumos.

Participaron del taller representantes de la Secretaría y fue muy nutrida la representación de actores de los centros de salud, especialmente de las obstétricas tanto municipales como del PMI. No participaron representantes del Hospital.

► San Martín

- Se destacó que el hospital es efector jerarquizado por la población como primer nivel, con fuerte desarticulación con el resto del sistema.
- Se destaca la prevalencia del embarazo adolescente en la población residente en villa o asentamiento. Lo mismo parece suceder con el "0" control.
- La reflexión se centra en pensar de que modo una oferta considerable de servicios puede mejorarse para generar resultados acordes a su dimensión. Se señala la necesidad de torcer la cultura asistencialista centrada en la oferta que limita la posibilidad de generar los impactos deseados.
- Se pone en evidencia los déficits para poner a los programas alimentarios en línea con una mejora de los controles de embarazo. Se destaca la necesidad de aumentar los programas y mejorar su orientación y articulación.
- Dados los modos que asume la segregación urbana en el partido, la posibilidad de focalizar en villas y asentamientos desde un enfoque de riesgo parece ser una de las líneas de trabajo a seguir.
- Se destacan algunas experiencias orientadas a fortalecer el primer nivel

y mejorar la accesibilidad centradas en la formación (de promotores y manzaneras, y en el fortalecimiento de los efectores para mejorar la accesibilidad). La rotación de profesionales ha sido otra de las estrategias adoptadas así como la de concentrar los nuevos nombramientos en el primer nivel de atención.

Participaron responsables del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, responsable del programa, y actores del primer nivel de atención.

IX

Contribuciones a la formación

Esta propuesta se asienta en un supuesto -más general- que postula que las políticas sociales terminan de configurarse en el momento de su implementación. Esta afirmación tiene fuertes consecuencias que marcan profundas diferencias con las perspectivas más instrumentales.

- a) se modifica de la noción tradicional de planificación y gestión y de sus relaciones recíprocas;
- b) el ciclo de las políticas es concebido como un espacio privilegiado de reproducción/transformación en tanto "todo el tiempo se formula-implementa-redefine", así como también los actores y sujetos que involucra "formulan-implementan-redefinen".

Así los espacios de intervención y los procesos en ellos implicados, son concebidos como expresión y espacio de realización de procesos más globales y por ende espacios privilegiados de constitución de las políticas. Desde esta perspectiva, la formación para la gestión de políticas sociales debe apuntar a desarrollar competencias complejas que permitan a los profesionales (los licenciados en Política Social, y de carreras vinculadas a la gestión de la política social) ser sujetos activos en ese proceso de formulación-implementación-redefinición.

En este marco, el proyecto se propone -adicionalmente- complementar al Plan de Estudios de la Licenciatura de Política Social en el desarrollo de las siguientes competencias:

- identificar y rescatar de cara a la acción, la perspectiva de los distintos actores (sociedad y gubernamentales) en relación a la problemática sobre la cual se pretende intervenir tendiendo en cuenta de manera privilegiada los intereses de las poblaciones destinatarias de las políticas;
- conocer y ser capaz de dialogar con el contexto (legal, organizacional, cultural, social, económico, político) en el cual se despliega la estrategia de intervención social;
- participar en procesos de intervención social, en escenarios multiactores;
- diseñar y desarrollar acciones de seguimiento (o monitoreo) de la intervención social con el objetivo de garantizar la producción y la entrega de prestaciones en tiempo y forma⁷⁷.

⁷⁷ Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2005) Documento de Trabajo sobre competencias. Proyecto: Estrategias pedagógicas orientadas a la articulación entre teoría y práctica en la formación de los profesionales de la ciudad. Dir. A. Catenazzi y P. Pogrè. UNGS.

El trabajo en el seno de un equipo interdisciplinario (sociólogo/as, obstétricas, médico/as, licenciados/as en enfermería, antropólogo/as), tanto en situación de aula (se realizan cuatro actividades sistemáticas de capacitación en el marco del proyecto) como en los hospitales y espacios institucionales de devolución, exponen a los estudiantes a situaciones reales⁷⁸ en torno a las cuales se problematiza la práctica, tanto desde los espacios del proyecto como desde los espacios de aula.

Las actividades desarrolladas con los estudiantes fueron:

a Taller de presentación del proyecto, análisis del instrumento y capacitación para el trabajo de campo

■ Propósitos

Dar a conocer los objetivos del proyecto tanto en relación a la generación de información en relación al tema cuanto al desarrollo de espacios de reflexión sobre la propia práctica que disparen los datos. Presentar la metodología a adoptar así como entrenar a estudiantes y obstétricas en el uso del formulario y definir reglas de juego básicas para la realización del trabajo de campo en los hospitales.

■ Desarrollo

El encuentro se desarrolló en tres partes. En una primera parte, se hizo una presentación sistemática a cargo de la Directora del Proyecto y del Dr. A. Schwarcz en torno al sentido y propósitos del proyecto. En una segunda parte M. M. Di Virgilio y M. Villar presentaron el formulario y analizaron las preguntas. En una tercer parte, se trabajó en parejas (obstétrica y estudiante avanzado de la UNGS) analizando el formulario y estableciendo los acuerdos operativos básicos para la realización del trabajo de campo.

■ Participación de los estudiantes

13 estudiantes avanzados (en su mayoría) de la Licenciatura en Política Social, y algunos de las Licenciaturas en Administración Pública y Comunicación y el profesorado de Historia.

Fecha: noviembre de 2004.

b Apoyo para el desarrollo del trabajo de campo

■ Propósitos

Colaborar con la resolución de las dificultades con que los estudiantes se enfrentan en el trabajo de campo contribuyendo a la resolución de los problemas así como a la problematización de las situaciones de conflicto que se suceden en el desarrollo del campo.

■ Desarrollo/en qué consistió

La tarea estuvo a cargo de M. I. Díaz de Guijarro y de M. Di Virgilio y consistió en analizar los cuestionarios, responder interrogantes de

⁷⁸ Las situaciones reales son: los espacios de gestión de los servicios (el hospital y el servicio de obstetricia en particular) y los espacios intraburocráticos (Secretarías de Salud) en el momento de la devolución y análisis de los datos.

los responsables del trabajo de campo y resolver cuestiones relativas al acceso a los establecimientos.

■ Participación de los estudiantes

13 estudiantes avanzados de las carreras de la UNGS.

Fecha: del 10 de noviembre hasta el 30 de diciembre de 2005.

C Aspectos metodológicos y conceptuales de política sanitaria

■ Propósitos

Contribuir con la formación de los estudiantes en aspectos relativos a la problemática de la mortalidad infantil y a la generación y uso de información estadística.

■ Desarrollo

Consistió en una presentación dialogada a cargo del Prof. A. Schwarcz.

■ Participación

Participaron 8 estudiantes que estuvieron a cargo del trabajo de campo.

Fecha: 26 de mayo de 2005.

d Taller de discusión del proyecto con investigador visitante (J. Scarpaci)

■ Propósitos

Discutir la metodología y los instrumentos utilizados en el estudio con el Dr. J. Scarpaci⁷⁹.

■ Desarrollo

Se trató de una actividad abierta y consistió en una presentación del Instituto del Conurbano de la UNGS, del equipo del proyecto, del proyecto y sus dimensiones: condiciones de vida y desempeño del sistema; el papel de la georreferenciación de los datos.

El Dr. Joe Scarpaci realizó un conjunto de comentarios al proyecto básicamente orientados a optimizar el estudio en relación a la problemática del acceso a los servicios como cuestión más crítica del estudio.

■ Participación de los estudiantes

Participaron 5 estudiantes de la actividad.

Fecha: 4 de julio de 2005

⁷⁹ Professor, Department of Geography, 2003-present. Professor, Urban Affairs + Planning, College of Architecture + Studies, School of Public + International Affairs, 1989 - 2002 Associate Professor 1991-97; Assistant Professor 1989-9.

e Taller de presentación y discusión de metodología de devolución

■ **Propósitos**

Presentar y discutir con los estudiantes que participarían en los talleres de devolución la metodología de devolución de los datos.

■ **Desarrollo**

Se presentó y discutió la metodología y se entregó una síntesis en PPT.

■ **Participación de los estudiantes**

Participaron 6 estudiantes de los 13 que participaron del trabajo de campo. Esta capacitación los habilitaría a participar de los talleres de devolución en los municipios.

Fecha: 5 de setiembre de 2005.

f Participación en los talleres locales de análisis de datos

■ Los **propósitos** y **desarrollo** de los talleres se ha presentado en el capítulo anterior. En este caso, tiene por objetivo facilitar la participación de los estudiantes en situaciones cercanas a la práctica profesional.

■ **Participación de los estudiantes**

6 estudiantes capacitados en la metodología de devolución de los datos participaron del taller de devolución a nivel regional y de los talleres de Malvinas Argentinas, J. C. Paz, Moreno, S. Miguel, Tigre y San Fernando.

X

A modo de síntesis final

Los hallazgos de este estudio pueden ayudar a caracterizar las cuestiones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de producir en mejoras en el control del embarazo por parte del sub sector público de salud en los municipios comprendidos en la Región Sanitaria V.

Sobre el acceso a los servicios:

1. Una primera aproximación muestra un alto porcentaje de madres que conocen algún servicio de salud próximo a su domicilio. Esta observación es convergente con el dato de que la mayoría de las madres atendió su embarazo en el centro de salud de manera exclusiva o bien en combinación con el hospital.
2. Indagando en las condiciones que inciden en el acceso diferencial a los servicios de primero y segundo nivel, la cantidad de gestas es una de las variables que muestra cortes evidentes. Del total de mujeres que controlaron su embarazo en centro de salud exclusivo, las primíparas están por debajo del promedio general, mientras las multíparas están por encima del promedio. Esta distancia muestra que la cantidad de gestas (y por ende la existencia de otros menores que dejar al cuidado) influye positivamente en la elección del centro de salud como lugar para el control del embarazo. Esta observación jerarquiza aún más la importancia de atender al primer nivel, dada la vulnerabilidad de las multíparas en el cuidado de su embarazo.
3. Tal como sucede con el control del embarazo, la mayor parte de las mujeres proyectan controlar al recién nacido y su propia salud en el centro de salud más cercano a su barrio. Sin lugar a dudas, estos valores promedio encierran distintos valores municipales; su comportamiento está condicionado por distintos factores: fortaleza del primer nivel y condiciones de accesibilidad, dotación de recursos hospitalarios diferencial, y/o normas de atención.
4. Como ya se ha señalado, la preocupación (particularmente expresada por las autoridades de la Región Sanitaria en este estudio) en torno a la condición de gratuidad configura una de esas "cuestiones" de políticas inscriptas en el plano de los fines: la salud debe ser considerada un derecho y, en tanto tal, debe poder accederse a ella de manera gratuita. El proceso de mercantilización que vie-

nen sufriendo los servicios del sub sector público dio lugar a diversos arreglos público privados que, orientados hacia diversos fines, generaron distinto tipo de prestaciones que tienen distinto nivel y modo de arancelamiento. Los resultados de este estudio "hablan" más de los alcances de la mercantilización del sistema y de sus impactos en la demanda de la población (en particular en relación a las ecografías) que de la "mercantilización como barrera al acceso a los servicios".

5. Desde distintas aproximaciones al problema, el estudio muestra que (con la excepción de las ecografías) el primer nivel parece ser más vulnerable a las formas de mercantilización que el segundo nivel y dada su historia de conformación, el que requiere de estrategias más complejas de abordaje.
6. Otro aspecto destacado y que jerarquiza las acciones en el primer nivel, tiene que ver con las características que desde el punto de vista socioeconómico tiene la población que se atiende en los centros de salud. Según se observa con base en los resultados del estudio, las madres que viven en villas y asentamientos recurren en mayor proporción al centro de salud para la atención del embarazo que aquellas puérperas que residen en barrios con trazado urbano. Asimismo, el uso exclusivo del hospital es más frecuente en estas últimas. Tendencias similares se constatan en relación al hacinamiento. En este marco, la priorización de acciones orientadas a fortalecer el primer nivel de atención es esperable impacte positivamente en la salud de la población de menores ingresos.
7. El estudio del capital cultural, medido en cantidad de años de estudio, muestra también a la población en situación menos favorecida accediendo al primer nivel para atender su embarazo. Las mujeres que tienen menos de 8 años de estudio acceden en mayor proporción al centro de salud como lugar exclusivo de control, mientras que los valores descienden por debajo del promedio al referirse a mujeres que tienen 8 años o más de estudio.
8. Según está organizado el sistema de salud, las mujeres están (al menos teóricamente) en condiciones de elegir el establecimiento en el que va a tener lugar el parto. Como se acaba de señalar, este proceso está determinado por las condiciones de vida de las mujeres tanto en relación al capital cultural que disponen (y en consecuencia las posibilidades de conocer los atributos diferenciales en términos de calidad de la atención de los establecimientos), las condiciones de habitabilidad y accesibilidad de los mismos establecimientos y, también relacionadas con las anteriores, sus propias condiciones socioeconómicas.
9. Esto se pone claramente en evidencia en el análisis de flujos de población que residiendo en un partido decide dar a luz en un establecimiento localizado en otro partido. Esta situación expresa la existencia de externalidades de las cuales necesariamente debe dar cuenta el sistema de salud de modo explícito en el plano de las políticas para que evitar mecanismos y barreras que tiendan a controlar regresivamente estos procesos. Esto llevaría a analizar las condiciones de accesibilidad de los establecimientos, tanto positiva (es el caso de los establecimientos que reciben un porcentaje importante de pacientes de otros municipios) como negativa (en el caso de los establecimientos que están localizados

en partidos cuya población opta por otros establecimientos para realizar su parto).

Sobre la atención del embarazo:

10. En relación a la atención, una cuestión que resulta de este estudio es que un 7% de las madres que residen en municipios de la región, no han controlado nunca su embarazo. La hipótesis que en este estudio se sostiene es que el "0" control define un sector más vulnerable de la población de gestantes: casi la mitad de las mujeres que nunca se controlaron residen en villa o asentamiento y un tercio son multíparas.
11. Una cuestión a rescatar desde las estrategias de intervención es que más de un tercio de las mujeres que llegan sin ningún control al parto ha recibido algún tipo de programa alimentario, lo cual marca la necesidad de avanzar en acciones intersectoriales para mejorar los niveles de captación de las embarazadas por parte del sistema. La distribución en el territorio de la región sanitaria de las parturientas que nunca se controlaron no es aleatoria, sino que se concentra en su mayor parte en radios censales con altos porcentajes de población NBI.
12. La mayoría de las madres inician el control de su embarazo entre el 1er. y 2do trimestre de embarazo.
13. En relación a las prestaciones cumplidas durante el embarazo, se observa que la ecografía es la prestación más extendida, le siguen Vacunación Antitetánica, el Grupo y Factor y el VDRL. Aunque con porcentajes algo menores, es importante destacar los estudios de HIV que ha crecido respecto a estudios anteriores.
14. Cabe recordar que desde estudios anteriores se avanzó en la definición consensuada con los Jefes de Servicios de Obstetricia de los hospitales de la Región del indicador "control mínimo", conteniendo en esa categoría a: la existencia de 5 ó mas controles prenatales, la existencia de libreta sanitaria o sustituto con anotaciones, la constatación de las siguientes prestaciones en el transcurso del embarazo: vacuna antitetánica, grupo y factor, ecografía y análisis de glucemia, orina completa, HIV, sífilis, chagas y toxoplasmosis. Y con similar metodología de consenso con los actores, se definió el indicador "control completo" en el que se suma el Papanicolau a la presencia de los atributos anteriores.
15. La extensión del control mínimo que este estudio constata, pone en evidencia que casi la mitad de las madres llegan al parto con estándares mínimos de control de embarazo y un grupo que no llega al tercio logran cumplimentar la totalidad de los requisitos en el proceso de atención del embarazo ("control completo").
16. El análisis georreferenciado muestra que la distribución en el territorio de la región sanitaria de las parturientas que llegaron al parto con "control mínimo" respecto a aquellas que llegaron al parto con el "control completo" se concentra mayoritariamente en radios censales con altos porcentajes de población NBI, mientras que segundas se distribuyen más aleatoriamente.
17. Asimismo, el capital cultural de las mujeres, medido en cantidad

de años de estudio, parece incidir también en las condiciones con que las mujeres llegan al parto.

18. Nuevamente, es el alto porcentaje de mujeres que, recibiendo algún apoyo alimentario, inicia su control recién en el 2do y 3er trimestre del embarazo. Estas correlaciones ponen en evidencia la necesidad de generar mayores articulaciones intersectoriales con los programas alimentarios, cuestión que fuera largamente debatida en los talleres locales y regionales.