

Cómo garantizamos el Derecho a la Salud

Dr. Ginés González García - Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

Entre los derechos del hombre y de la mujer proclamados por todas las naciones del mundo, nadie dudaría que uno de los más importantes es el derecho a la salud. Tan pregonado pero escasamente ejercido por los más pobres, este derecho nos mueve a reflexionar sobre una realidad oscura que ha venido viviendo nuestra Argentina. Una historia de desigualdades, de injusticia e inequidad que, no podemos dejar de señalarlo, afecta a las familias de bajos recursos, a los que están por debajo de la línea de pobreza, escasamente escolarizados, sin vivienda digna y sin alimentación adecuada.

El derecho a la salud es sinónimo de derecho a la vida. ¿Puede entonces haber una injusticia mayor que la que afecta a muchas madres cuya vida y la de sus hijos por nacer corren graves riesgos? La mortalidad materna ha descendido en casi todas las jurisdicciones, aunque con grandes diferencias entre ellas, pero aún así continúa en niveles que no podemos aceptar. Las causas que las provocan son en su mayoría prevenibles, si cuidamos a la madre y al niño desde la concepción.

Decimos que la salud es un derecho, y todo derecho implica obligaciones. Nuestra obligación, nuestro compromiso, es cuidar de la madre y del niño, especialmente de aquellos que están en situaciones de riesgo social y biológico. Con ese objetivo, el Plan Federal de Salud ha priorizado la atención materna infantil.

Programas de maternidad e infancia existentes han sido revitalizados y se desarrollan otros nuevos, como el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable; éste no sólo distribuye anticonceptivos en forma gratuita, sino que promueve la "Consejería" en los servicios de salud, tanto a mujeres como a varones; también realiza una permanente asistencia técnica, capacitación y acciones de promoción destinadas a los equipos de salud y a organizaciones de la comunidad. Estas acciones permitieron que, a poco más de un año de implementación del Programa, los hospitales y centros con prestaciones de salud sexual y procreación responsable pasarán de 644 a 3.050 en todo el país, mientras que los beneficiarios directos ya alcanzan

Objetivos de esta publicación

En el Boletín Nro 17 se trata, como tema central, el cuidado de la salud de la mujer embarazada. El *Editorial* enfatiza la importancia que la salud como derecho –y en especial la de las embarazadas– tiene para nuestro Ministerio y cuales son las políticas centrales con las que se busca garantizar este derecho. En *El embarazo y el uso de drogas en el primer nivel de atención* se muestran los resultados del Programa Remediare en relación al control del embarazo normal, al uso de hierro con ácido fólico y a la hipertensión en el embarazo. *Evaluación del cuidado del embarazo en el primer nivel de atención* concluye que en los CAPS enfrentamos tres grandes problemas: el diagnóstico, la variabilidad en la práctica clínica y las dificultades en el acceso de las embarazadas al cuidado en el primer nivel. *Mortalidad materna en Argentina* realiza un análisis de una de las situaciones más dolorosas que nos toca enfrentar: la muerte de las mujeres durante la gestación y el parto. Se exponen algunas cifras de importante conocimiento: *Resumen de la situación perinatal en Argentina* y *Primeros resultados del programa de salud sexual y procreación responsable*. Con el propósito de transmitir los contenidos basados en evidencias relacionados con el cuidado de la embarazada, que se deben cumplir en el primer nivel de atención –para obtener los mejores resultados– se publican tres Guías de Práctica Clínica: *La salud de las mujeres en edad fértil*, *Situación nutricional de hierro en las mujeres embarazadas y Estados hipertensivos del embarazo*.

En el Concurso Nacional "Experiencias en APS" hubo 200 ganadores (el listado fue publicado en el Nro 16 de este Boletín). El valor de estos relatos es demostrar que los principios de la APS –como participación comunitaria, integralidad, intersectorialidad, red de atención, promoción de la salud, etc– no son declamativos. Su publicación tiene como objetivo que las valiosas experiencias de un CAPS pueden ser replicadas en otros. Se seleccionaron tres relatos en el este número del Boletín. El trabajo de Iruya muestra los excelentes resultados que se obtienen cuando se respeta –y se aprende de– la cultura de la población con la que se trabaja. El de Río Negro es un ejemplo de la estrategia de APS puesta al servicio del control del embarazo. El relato de Entre Ríos introduce –desde una visión preventiva– a una problemática clave en la salud de la mujer: el maltrato.

Por último, en sucesivos números se irá publicando Evaluaciones del Programa Remediare, en este caso se tratan: *¿Conocemos al beneficiario del Programa Remediare?* y *Los precios de adquisición de los medicamentos por el Programa*, que generan importantes ahorros al estado y a los beneficiarios.

· AUTORIDADES DEL MINISTERIO ·

Señor Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
- Dr. Ginés González García -

Señora Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias

- Dra. Graciela Zulema Rosso -

Señora Subsecretaria de Políticas, Regulación y Fiscalización

- Dra. Claudia Madies -

· AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR ·

Coordinación General del Programa

- Dra. Graciela Ventura -

· Boletín PROAPS-REMEDIAR ·

Director del Boletín PROAPS-REMEDIAR

- Dr. Ricardo Bernztein -

Comité Editorial

Dr. Carlos Pacheco

Dr. Armando Reale

Dra. Rosamaría Durante

Lic. Lucas Godoy Garraza

Lic. Mauricio Monsalvo

Prof. Silvia Pachano

Diseño Editorial

Pablo Conte

Catalina Lucas

Comité Revisor:

- Dra. Perla Mordujovich de Buschiazio -

Profesora Titular Cátedra de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata

- Dr. Jorge Aguirre -

Profesor Adjunto de Farmacología Aplicada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba

- Dr. Guillermo Williams -

Director del Programa Nacional de Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación

- Dra. María Luisa Ageitos -

UNICEF - Argentina

- Dr. Mario Meuli -

Profesor Titular de Farmacología, Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Tucumán

Dirección postal:

Proaps - RemediAR - Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54

(C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina

Tel: 0-800-666-3300

mail: boletinremediAR@proaps.gov.ar

ISSN 1668-2831

Propietario: **Programa PROAPS - REMEDIAR**

Suscripción gratuita:

suscripcionesremediAR@proaps.gov.ar

a 900.000 personas.

El Programa REMEDIAR provee medicación gratuita en todos los centros de atención primaria (CAPS) del país. Ha contribuido favorablemente al modelo de Atención Primaria de la Salud, incentivando la demanda directa en los CAPS; a partir de este año, intensifica sus acciones para su fortalecimiento y la promoción de políticas saludables con gestión participativa.

El Plan Nacer ha sido consensuado con todas las jurisdicciones con el compromiso de disminuir la mortalidad materno infantil, cuya población objetivo son las mujeres embarazadas y los niños sin obra social. Las primeras, desde la concepción hasta los primeros 45 días después del parto, y los niños hasta los 6 años. Ha comenzado en los lugares donde la mortalidad materna e infantil muestran tasas que obligan a una acción inmediata.

Asimismo, en apoyo a todas estas acciones, se ha iniciado un importante programa de capacitación del recurso humano: el de Médicos Comunitarios.

Una estrategia central de acción es la de Atención Primaria de la Salud, iniciada por Ramón Carrillo y Carlos Alvarado, que hoy retoma su camino con firmeza, precisamente para borrar las inequidades existentes. Los centros de salud, las salitas, los CAPS, cobran una nueva dimensión. En ellos no sólo se trata la enfermedad, se desarrollan también actividades de promoción de la salud y de prevención, orientadas principalmente al control de embarazadas y niños de los grupos de mayor riesgo. Son lugares de fácil acceso en los que se crean vínculos con el equipo de salud y a la vez son espacios donde se generan acciones que involucran a toda la comunidad.

Con estas iniciativas, el Estado desempeña su función de consejero, que constituye la modalidad más eficiente para promover la salud, proponiendo modelos de gestión y calificación, incentivando prácticas preventivas y promoviendo conductas y

Los números anteriores de Atención Primaria de la Salud; Boletín PROAPS-REMEDIAR están en la página web: www.remediar.gov.ar en la sección Boletines RemediAR.

Boletines publicados:

1. Infección Respiratoria Aguda Baja.
2. Hipertensión Arterial.
3. Políticas de Medicamentos.
4. Anemia Ferropénica.
5. Faringitis. Uso de Trimetroprima-Sulfametoxazol.
6. Diarrea Aguda.
7. Infección Urinaria. Uso inapropiado de antibióticos.
8. Participación Social en Salud.
9. Diabetes Mellitus Tipo 2.
10. Bronquiolitis/BOR.
11. Bases del Plan Federal de Salud.
12. Fiebre.
13. Riesgo Cardiovascular - Prescripciones en HTA
14. Parasitosis
15. Dos Años de REMEDIAR
16. Epilepsia
17. El Cuidado del Embarazo

Publicación revisada por pares. El Boletín se indiza para la base de datos Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud - BINACIS, que se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en la dirección <http://www.bvs.org.ar>. También está indizada en el Index Medicus Latinoamericano LILACS. Tirada de esta edición: 25.000 ejemplares.

estilos de vida saludables. De esta manera también recupera el Estado su papel de rectoría, orientando a la sociedad civil y condicionando sus acciones al cumplimiento de las metas del Plan Federal de Salud. Lo hace en el convencimiento de que la mejor estrategia de salud es impulsar la equidad y transformar los estilos de vida de las personas.

Por eso impulsa la estrategia de Atención Primaria, que es la que mejor promueve la participación comunitaria, herramienta indispensable para mejorar el control social sobre las políticas y para promover la transformación de los estilos de vida. Así se transforma a la comunidad en protagonista activa de la construcción de un modelo de salud más justo y más equitativo. Así se garantiza el derecho a la vida de todos los argentinos.

Reglamento de Publicaciones

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, BOLETÍN PROAPS-REMIAR publica trabajos de salud pública destinados especialmente a quienes se dedican a la atención primaria de la salud (APS). Son de especial interés aquellos temas relacionados con la atención primaria, ya sea atención médica o APS: uso racional de medicamentos en el primer nivel de atención, experiencias en APS, modelos de atención para los diversos problemas de salud, epidemiología, gestión, políticas de salud. Los artículos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes. Los trabajos deben presentarse acompañados de una carta firmada por todos los autores y en la que se aclare cuál de ellos se encargará de mantener comunicación con el Boletín. Los autores deberán ceder al Boletín los derechos de publicación.

I. Trabajos originales: los componente deberán mantener el siguiente orden:

1) Portada: incluirá el título del trabajo, nombre(s) y apellido(s) del autor(es) en orden correlativo y con un asterisco que permita individualizar al pie la Institución donde se ha efectuado el trabajo, la dirección y teléfono del autor principal o de aquel a quien deberá dirigirse la correspondencia. **2) Resúmenes:** acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 200 palabras. Se ordenarán con sus correspondientes subtítulos de la siguiente forma: a) Introducción con su/sus objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados; d) Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar las **palabras clave**, 5 como máximo. **3) Desarrollo del informe:** no deberá exceder de 8 hojas, numeradas, escritas con procesador de texto a doble espacio y respetando el siguiente formato: a) Introducción: en ésta no deberá faltar el problema de la investigación: (¿Por qué se realizó el trabajo?), con su marco teórico, debidamente avalado por la bibliografía. Al finalizar este apartado deberán darse a conocer los objetivos de la investigación: (qué se iba a hacer, con quiénes y para qué. b) Población: Criterios de Inclusión, Exclusión y eliminación empleados. Lugar y fecha de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, consignar la técnica. Reparos éticos. c) Material y Métodos: variables estudiadas, técnicas empleadas para medirlas. Materiales empleados. Análisis estadístico. Valor de la prueba de significación. Nombre del programa estadístico. d) Resultados: conjunto de datos conexos con los objetivos y fundamentados por el análisis estadístico. Medida de dispersión, Media y DS, mediana, rango y modo. Porcentaje e IC, etc. Tablas y gráficos: No deberá ser la repetición de lo redactado en el texto. e) Conclusiones: afirmaciones breves y precisas, responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos. f) Discusión y Comentarios: especulaciones y nuevas hipótesis, surgidas de la investigación. Podrá incluir recomendaciones. g) Bibliografía: se citará consecutivamente al orden de aparición en el texto siguiendo el estilo propuesto por el CIERM en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"(N Eng J Med 1991; 324: 424-8). (JAMA 1993, May 5; 269: 2282-86). h) Abreviaturas o siglas: se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada.

II. Trabajos de Actualización: con apartados de Introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. El texto tendrá una extensión máxima de 8 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema. **III. Comunicaciones breves:** tendrán una extensión máxima de 1 hoja de texto. La bibliografía no tendrá un número mayor de 10 citas. El texto debe prepararse con una breve introducción, presentación de lo observado y discusión o comentario. **IV. Cartas al editor:** estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor de 1 hoja. Es necesario que tengan un título. Pueden incluirse hasta un máximo de 5 citas bibliográficas. El Comité Editorial someterá los trabajos enviados al Boletín a un arbitraje externo que los aprobará, sugerirá modificaciones o rechazará. El Comité Editorial se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. El Boletín no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado. Los trabajos, comentarios y cartas deben dirigirse al Comité de Redacción del Boletín: Av. 9 de Julio 1925 P:8- Casillero 54, (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina o a

En este número:

Editorial: Cómo garantizamos el derecho a la salud	1
<i>Dr. Ginés González García - Ministro de Salud y Ambiente de la Nación</i>	
Reglamento de publicaciones	2
El embarazo y el uso de drogas en el primer nivel de atención	4
<i>Subgerencia de Operaciones - Programa Remediador</i>	
Evaluación del cuidado del embarazo en el primer nivel de atención	10
<i>Dr. Ricardo Bernztein - Programa Remediador</i>	
Mortalidad materna en Argentina	11
<i>Dra. Rosa María Durante - Programa Remediador</i>	
Bibliografía recomendada sobre mortalidad materna	12
La salud de las mujeres en edad fértil	13
<i>Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación</i>	
Situación nutricional de hierro en las mujeres embarazadas	19
<i>Dra. Elvira B. Calvo - Dirección Nacional de Salud Materno Infantil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación</i>	
Primeros resultados del programa de salud sexual y procreación responsable	21
Resumen de la situación perinatal en Argentina	21
Estados hipertensivos del embarazo	22
<i>Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación</i>	
"Experiencias en APS", a propósito del Concurso de experiencias	25
<i>Dr. Carlos Pacheco - Programa Remediador</i>	
Un largo camino para lograr un parto seguro	25
<i>Dr. Edmundo Díaz - Iruya - Salta</i>	
El control del embarazo, un desafío, una propuesta de organización	27
<i>Dra. Garcés Blanca y col. - Bariloche - Rio Negro</i>	
Acciones de prevención y promoción de la salud integral de la mujer en edad fértil	29
<i>D' Agostino Marta y col. - Paraná - Entre Ríos</i>	
¿Conocemos al beneficiario del Programa Remediador?	30
<i>Auditoría y Control de Gestión</i>	
Los precios de adquisición - evaluación del programa Remediador	32
<i>Área de programación - Subgerencia de Operaciones - Programa Remediador</i>	

El Embarazo y el uso de drogas en el Primer Nivel de Atención

Subgerencia de Operaciones, Programa REMEDIAR.

El **propósito** de este artículo es exponer los principales resultados del Programa REMEDIAR en relación al cuidado del embarazo en el primer nivel de atención. Se muestra la frecuencia de consultas por control de embarazo en el primer nivel de atención. La distribución por edad y jurisdicción. Se describen las alternativas medicamentosas que ofrece REMEDIAR para el cuidado de la salud de la mujer en edad fértil y sus costos, tanto en las farmacias como para el programa. Se analiza la prescripción y stock de hierro con ácido fólico en el primer nivel de atención en todas las provincias de la Argentina. También se evalúan los registros relacionados con la atención de la hipertensión gravídica en los CAPS. Todos estos resultados son obtenidos de la información primaria generada por el Programa REMEDIAR.

Metodología

La **información primaria de REMEDIAR** utilizada en este análisis proviene de los formularios que los CAPS remiten regularmente: Formulario Único de Receta "R" y Formulario "B".

El **Formulario R** o **receta** es utilizado para acreditar la dispensa al paciente en los casos en que la consulta médica implica la prescripción de un medicamento incluido en el botiquín. Este registro tiene una importancia fundamental para la identificación de los beneficiarios del

programa y la evaluación de los resultados del mismo, así como para registrar el diagnóstico, con su código, y el medicamento prescripto. El Formulario Único de Receta (R) es el instrumento básico de recolección de información por parte de REMEDIAR. El mismo permite evaluar los resultados del programa, adecuar los medicamentos que componen el botiquín y efectuar las mejoras necesarias.

El **Formulario "B"** ha sido diseñado para el registro mensual de consumo de medicamentos y consultas. Mensualmente, con el fin de llevar un registro y para el control de la UEC, el CAPS debe entregar la información consolidada al último día del mes acerca de: número de consultas y recetas realizadas, cantidad de medicamentos dispensados y en stock (remanente). Esto se hace sobre la base de los medicamentos del Programa recetados diariamente en el CAPS en el Formulario Único de Receta (R) y el registro de la cantidad de consultas realizadas en el mes (que llevan los CAPS).

Al momento de la entrega del Botiquín, el operador logístico del Programa es responsable de retirar del CAPS los Formularios B y las Recetas (Formulario R) del mes anterior, con el objetivo de mantener la base de datos actualizada. La tabla 1 muestra la metodología utilizada para el análisis de la información.

Tabla 1. Metodología.

FUENTE	CONTENIDO	UNIDAD DE ANÁLISIS	PRINCIPALES INDICADORES
Formulario R (Receta Remediar)	<ul style="list-style-type: none"> •Diagnóstico Codificado; •Tratamiento Prescripto; •Datos Básicos del Paciente (Edad, Sexo, etc.). 	Universo de recetas: septiembre y octubre de 2003; enero y febrero de 2004.	<ul style="list-style-type: none"> •Frecuencia de Diagnósticos (*); •Frecuencia de Tratamientos Prescriptos, por diagnósticos (*); •Frecuencia de datos básicos de beneficiarios.
Formulario B (Registro Mensual de Consumo de Medicamentos y Consultas)	Datos mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> •Consumo por medicamento (prescripción); •Stock por medicamento (en meses); •Consultas (totales); •Recetas Remediar. 	Total de Formularios rendidos por CAPS, actualizados al presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo: Tasa de prescripción del medicamento cada 100 Recetas Remediar; • Stock: Meses de consumo promedio cubierto con el remanente de medicamento disponible en CAPS; •Consultas y Recetas promedio mes; •Tasa de Receta Remediar por consultas.

(*) Aperturas por datos básicos de beneficiario, por provincia y partidos del conurbano.

Los datos sobre sexo y edad se hacen en base a todos los Formularios R, independientemente de si tienen un diagnóstico o más. Los datos de prescripción sí se calculan en base a, solamente, los Formularios R con el código correspondiente como código único.

Un **sesgo** es la falta de información sobre medicamentos provistos por otros programas.

Hay que aclarar que el **Formulario R determina frecuencia y no incidencia o prevalencia**, ya que el denominador de la tasa son 100 recetas REMEDIAR, sin una base poblacional. La frecuencia podría orientar, de manera indirecta, acerca de la prevalencia.

Codificación:

Para la codificación de los problemas de salud en la receta REMEDIAR, al prescribir medicamentos del programa, se utiliza la CLASIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE PROBLEMAS DE SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CEPS-AP) realizada por la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades dependiente de la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud 2001. Los médicos prescriptores de REMEDIAR han sido capacitados para la codificación, y el índice alfabético del Manual CEPS-AP fue distribuido a todos los CAPS. La CEPS-AP se estructuró a partir de la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud-Décima Revisión (CIE-10)- y condensó las 2036 categorías de la CIE-10 en 268 categorías. El objetivo de la CEPS-AP es clasificar los problemas de salud atendidos en la atención primaria de la salud de una manera más breve y simple que la CIE-10. Se puede recurrir a la clasificación tabular o al índice alfabético. En la **clasificación tabular** los **códigos** que nos ocupan son:

600 - 624 XV. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O99)

Se incluyen en este capítulo las enfermedades clasificadas en otra parte que complican el Embarazo, el Parto y el Puerperio

Excluyen: enfermedad por VIH (O63), necrosis de la glándula hipófisis en el postparto (159), osteomalacia puerperal (504), supervisión del embarazo normal (823) y de alto riesgo (824) tétanos obstétrico (O20), trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio (224), traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (750-799).

600 Aborto y complicaciones consecutivas al aborto (O00-O08)

Incluye: embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido o incompleto; aborto espontáneo, médico, intento fallido de aborto; aborto incompleto, hemorragia, sepsis, insuficiencia renal, salpingitis, ooforitis, endometritis y otras complicaciones consecutivas al aborto.

601 Trastornos hipertensivos del embarazo, del

parto y del puerperio (O10-O16)

Incluye: hipertensión esencial, cardíaca, renal y cardio-renal, preexistente NE, preeclampsia; edema y proteinuria gestacionales sin hipertensión; hipertensión gestacional; eclampsia, hipertensión materna NE.

602 Hemorragia precoz del embarazo (O20)

Incluye: amenaza de aborto

Excluye: embarazo terminado en aborto (600)

603 Vómitos excesivos en el embarazo (O21) o Hiperemesis.

604 Complicaciones venosas en el embarazo (O22) (tromboflebitis; flebitis; hemorroides; varices vaginales; vulvares y las NE)

605 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo (O23)

606 Diabetes mellitus en el embarazo (O24)

607 Desnutrición en el embarazo (O25)

608 Atención materna relacionada con el feto, la cavidad amniótica y posibles problemas del parto (O30-O48)

Incluye: gestación múltiple y problemas de la gestación múltiple; presentación anormal del feto; desproporción fetopelviana especificada y la NE; anomalías de los órganos pelvianos y anomalías del feto; lesión fetal no especificada; polihidramnios y otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas; rotura prematura de membrana; trastornos de la placenta; placenta previa; desprendimiento prematuro de la placenta; hemorragia anteparto; falso trabajo de parto; embarazo prolongado.

609 Complicaciones relacionadas con el puerperio (O85-O90)

Incluye: infecciones puerperales, embolia obstétrica, demás complicaciones puerperales y la NE

Excluye: mastitis y otros trastornos de la mama asociados con la lactancia (610)

610 Mastitis y otros trastornos de la mama con el embarazo, parto y puerperio (O91-O92)

Incluye: los mencionados en la categoría (541) y las asociadas con la lactancia.

623 Complicaciones del trabajo de parto y parto (O60-O75; O80-O84)

Excluye: complicaciones del aborto, embarazo ectópico y molar (600) y del puerperio (609)

624 Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio (O26-O29; O98; O99)

800 - 899 XXI. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD (Z00-Z99)

820 Atención para la anticoncepción (Z30)

Incluye: planificación familiar; inserción y supervisión de dispositivo anticonceptivo; consejo y asesoramiento; supervisión del uso de drogas anticonceptivas y repetición de la prescripción de dichas drogas; demás atenciones para la anticoncepción.

821 Atención para la procreación (Z31)

Incluye: consejo y asesoramiento general para la procreación y otras atenciones relacionadas con ésta.

Excluye: complicaciones asociadas con la fertilización artificial (599)

822 Examen y prueba del embarazo y estado de embarazo (Z32-Z33)

Incluye: embarazo confirmado, no confirmado y NE.

823 Supervisión [control] de embarazo normal (Z34)

Incluye: supervisión de primer embarazo [normal], otros embarazos normales y embarazo normal NE

824 Supervisión [control] de embarazo de alto riesgo (Z35)

Incluye: de embarazo con historia de esterilidad o de aborto y con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva; de embarazo con gran multiparidad, de primigesta añosa o muy joven de alto riesgo debido a problemas sociales, de otros embarazos de alto riesgo y de riesgo NE.

829 Otras razones de contacto con los servicios de salud relacionados con la reproducción (Z36- Z39)

Incluye: pesquisa prenatal [Ej. anomalías cromosómicas]; supervisión de la lactancia; seguimiento postparto de rutina;

Excluye: atención prenatal de rutina (823; 824); por complicación del posparto (609) y por trastorno de la lac-

tancia (610)

Resultados

El Módulo de Salud de la Encuesta de Condiciones de Vida, realizada en 2001 por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) -programa del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación- mide la tasa de consultas a servicios, entre ellos del Sector Público y, allí a CAPS y, la frecuencia de prescripciones¹. De cada 100 consultas realizadas en el primer nivel de atención, 60 pacientes se retiran con una prescripción medicamentosa y 40 de ellos son provistos del medicamento por el Programa REMEDIAR. En la actualidad -2005- se están prescribiendo en los CAPS aproximadamente 1.500.000 Formularios R (recetas) por mes. Los tratamientos se entregan completos en las consultas. El índice de tratamientos prescritos por receta es 1,2.

Fueron estudiadas 1.823.385 recetas correspondientes a septiembre/octubre de 2003.

El Botiquín REMEDIAR

En la tabla 1 se expone el contenido del Botiquín Remediar en relación a los medicamentos necesarios para el cuidado de la salud de la mujer en edad fértil y se comparan los precios de mercado y de Remediar por tratamiento.

Tabla 1. Contenido de un botiquín estándar¹ de utilidad en el cuidado de la salud de la mujer en edad fértil. Precios minoristas y precio al que compra REMEDIAR por tratamiento.

	Unidades en el botiquín	Tratamientos por botiquín	Precio de mercado por tratamiento ⁽²⁾	Precio REMEDIAR por tratamiento ⁽³⁾
Hierro (Sulfato ferroso: 60-130 mg de hierro elemental) + Ácido Fólico 400-1.200 microgramos. ⁽⁴⁾	60 comprimidos	2	20,02	2.19
Metronidazol: óvulos 500 mg.	24 unidades	3	12.64	1.27
Metronidazol: comprimidos ranurados 500 mg	10 unidades	1	9.50	0.53
Nistatina: tabletas vaginales 100.000 U.	24 unidades	3	7.04	2.05
Nistatina: suspensión oral 100.000 UI/ml, frasco 24 ml.	1	1	19.35	2.08
Atenolol comprimidos 50 mg. ⁽⁵⁾	120 unidades	4	9.63	0.86

Fuente: Área Programación REMEDIAR.

(1) el botiquín presenta modificaciones en cada entrega según el stock y el consumo de los medicamentos en los CAPS.

(2) Manual Farmacéutico Argentino. Datos a julio de 2004.

(3) Incluye un 10% correspondiente a gastos de distribución.

(4) A partir de febrero 2005 se duplicará la provisión.

(5) Se puede utilizar en la HTA de la embarazada como droga de segunda elección. En la Unidad Ejecutora Central (UEC) de Remediar se encuentra en estudio la incorporación de metildopa al Botiquín, que es el medicamento con la mejor relación eficacia/seguridad para la mujer embarazada hipertensa. Es el medicamento más amplia y extensamente usado, con carencia de efectos deletéreos en el feto. En este momento nuevamente en la OMS se está revisando este tema (reunión del 7 al 11 de marzo de 2005).

¹http://www.siempro.gov.ar/productos/encuesta/ecv2001/encuesta_ecv2001.htm

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable -Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- provee anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables, DIU´s, kits de instrumental para colocación de los DIU´s.

Control de embarazo normal

En 729 recetas -0.04 %- se registró el diagnóstico control de embarazo normal, código 823. Al analizar las edades, en el 94 % correspondieron a mujeres en edad fértil -10 a 49 años de edad-. En el 80.7% de los casos hubo un único diagnóstico, en el 19.3% hubo diagnóstico múltiple. En la tabla 2 se muestran los principales medicamentos prescritos.

Tabla 2. Medicamentos prescritos para control de embarazo normal.

Medicamento	%
HIERRO (S. FERROSO) + A. FÓLICO Comp.	67.57
HIERRO Fco.	9.19
HIOSCINA Comp.	5.14
PARACETAMOL Comp.	4.59
POLIVITAMINICO Fco.	4.32
NISTATINA Óv.	2.70
CEFALEXINA Comp.	1.08
METRONIDAZOL Ov.	1.08
IBUPROFENO Comp.	1.08

Prescripciones de hierro con ácido fólico

En el 2,1% de los Formularios R se presenta prescripción de hierro con ácido fólico. Las prescripciones totales de hierro con ácido fólico del cuarto trimestre de 2003 equivalen a 19.511 mensuales.

El 54,7% de dichas recetas presenta un único problema de salud, el 45,3% dos problemas. El 60,2% tienen una única prescripción y el 39,8% dos medicamentos prescritos.

Los diagnósticos relacionados con la prescripción de hierro con ácido fólico, cuando en la receta hay un único diagnóstico y una única prescripción figuran en la tabla 3.

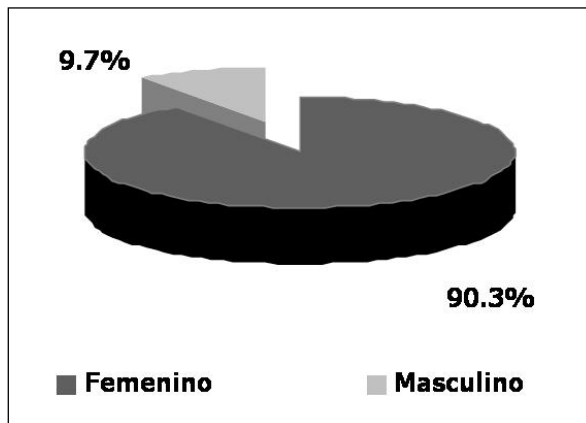
Tabla 3. Diagnósticos presentes cuando se prescribe hierro con ácido fólico.

Problema de Salud	%
ANEMIAS NUTRICIONALES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO	42.90
OTRAS ANEMIAS	34.38
DOLOR	17.26
DESNUTRICION	0.36
HTA	0.31
ENF. DENTAL	0.27
FARINGITIS	0.18
ASTENIA	0.17
VULVOVAGINITIS	0.15
DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	0.13
OTROS	0.13
TOTAL	3.76
	100.00

Fuente: Formularios R.

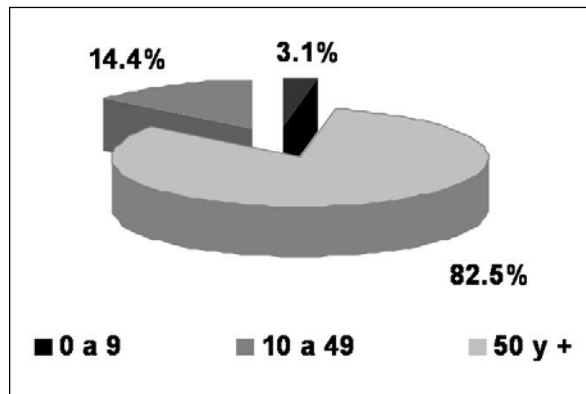
En el gráfico 1 se observa la distribución por sexo y en el gráfico 2 por edades.

Gráfico 1. Distribución de la prescripción de hierro con ácido fólico por sexo.



Fuente: Formularios R.

Gráfico 2. Distribución de la prescripción de hierro con ácido fólico por edad.



Fuente: Formularios R.

En la tabla 4 se muestra la distribución etárea de las prescripciones en la mujeres en edad fértil.

Tabla 4. Distribución etárea de las prescripciones de hierro con ácido fólico en la mujeres en edad fértil.

Mujeres en Edad fértil							
10 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50
2.6%	16.8%	24.2%	19.3%	13.8%	9.7%	6.9%	6.7%

Fuente: Formularios B.

Stock y prescripción

En la tabla 5 se muestran los stock y prescripciones distribuidos por cuartiles. El 1er cuartil corresponde al 25% de CAPS con menor stock o uso del medicamento (percentilo 25), y el 3er cuartil al 25% de mayor stock o uso (percentilo 75). Debido a esta información el Programa REMEDIAR duplicará a partir de febrero 2005 la provisión de hierro con ácido fólico a 120 comprimidos mensuales (4 tratamientos). Es necesario remarcar que percentilo 25 de stock significa alto consumo, lo opuesto que percentilo 25 de prescripción.

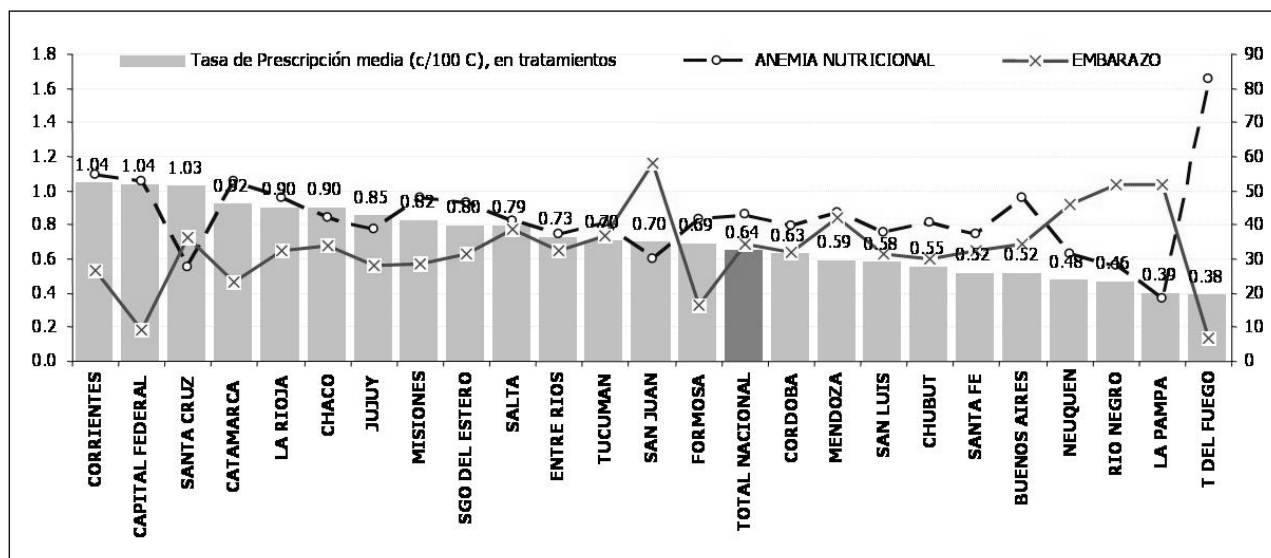
Tabla 5. Stock y Prescripción de hierro + ácido fólico distribuido por cuartiles.

En el gráfico 3 se desagregan las provincias según tasa de prescripción y diagnósticos consignados y en el gráfico 4 según stock y diagnóstico.

	Percentilo 25	Mediana	Percentilo 75
Stock en meses	0.2	1.3	4.4
Prescripción mensual promedio (tratamientos)	1.5	3.4	7.4
Tasa de prescripción (c/ 100 Consultas, tratamiento)	0.2	0.5	0.9

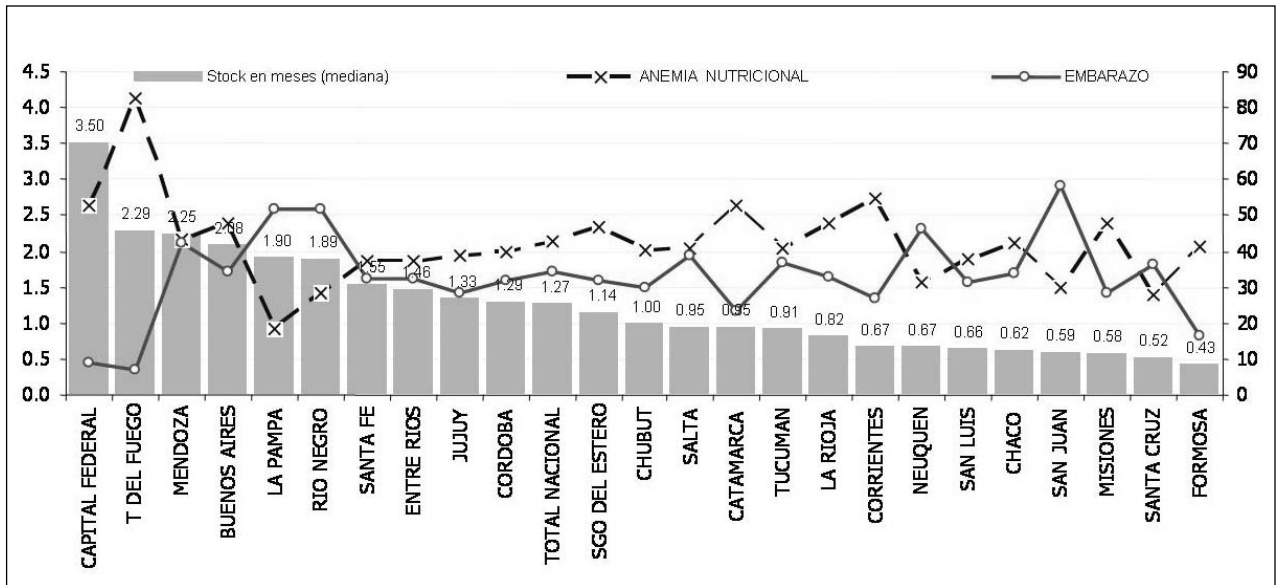
Fuente: Formularios B.

Gráfico 3. Tasas de prescripción y diagnósticos según provincia.



Fuente: Formularios R y B.

Gráfico 4. Stock y diagnósticos según provincia.



Fuente: Formularios R y B.

Hipertensión en el embarazo

En el 0.044% de los Formularios R (848 recetas) se presenta el código 601, correspondiente a HTA del embarazo. En el 45% de los casos se trata de código único y en el 55% de los casos el código es múltiple.

Hay claros errores de codificación, ya que en un 27% de las recetas con código 601 figura sexo masculino y, de las recetas correspondientes al sexo femenino, sólo el 41% corresponden a mujeres en edad fértil. El medicamento más prescrito es el enalapril (38,2%) - con efectos teratogénicos demostrados-, seguido por el atenolol (23,1%). En casi el 2 % de las recetas con código 601 aparece la prescripción de glibenclamida. Pero debido a los claros errores en la codificación, no se pueden evaluar las prescripciones en la HTA en el embarazo.



Es imprescindible controlar periódicamente la tensión arterial a todas las embarazadas.

Desde febrero de 2005 REMEDIAR duplicó la provisión de hierro con ácido fólico, con lo cual los cada botiquin pasó a tener 102 comprimidos o 4 tratamientos.

Evaluación del cuidado del Embarazo en el Primer Nivel de Atención

Dr. Ricardo Bernztein - Programa Remediard

Del análisis del artículo anterior surgen varios problemas. El primero es **el diagnóstico**. La adecuada definición del problema del paciente es el primer paso del tratamiento personal, base del uso racional de medicamentos¹. Las codificaciones diagnósticas de los problemas menos frecuentes presentan evidentes errores:

- subdiagnóstico de control del embarazo normal (cod. 823) -5 veces menos frecuente que la prescripción de hierro con ácido fólico-,
- diagnóstico de anemia (cod. 125; 126; 128) en la mayor parte de las prescripciones de hierro con ácido fólico –aún cuando en el 74% de los casos se realiza a mujeres en edad fértil-,
- diagnóstico de hipertensión del embarazo (cod. 601) a un significativo porcentaje de varones y a mujeres fuera de edad fértil.

En relación a las prescripciones, en el control del embarazo normal, el hierro con ácido fólico –y donde no hay stock de ese medicamento se prescribe hierro sólo- representan casi el 80% de ellas. En cambio, en la hipertensión del embarazo, cuando el diagnóstico es correcto, preocupa que el enalapril sea el medicamento más prescripto -38.2%- siendo un antihipertensivo terminantemente contraindicado en el embarazo por su acción teratogénica², ya que puede producir serios problemas renales y en el esqueleto del feto, así como también oligohidroamnios. El atenolol puede producir restricción de crecimiento intrauterino, hipoglucemia y bradicardia neonatal, con mayor riesgo en la hipertensión severa. Las mujeres diabéticas, en el embarazo, se deben tratar con insulina y no con glibenclamida.

La frecuencia de diagnóstico de control de embarazo es muy baja -0,04%- en relación a la frecuencia de prescripción de hierro + ácido fólico -2,1%-. A pesar de que en las recetas con prescripción de este medicamento, la anemia es el diagnóstico preponderante, la prescripción es realizada en un 74,5% a mujeres en edad fértil, por lo tanto la prescripción de hierro + ácido fólico es el verdadero indicador de los controles de embarazos en el primer nivel de atención.

El análisis del stock de hierro + ácido fólico (Tabla 5 del anterior artículo) permite una aproximación a un segundo problema, presente en todos los análisis de uso de medicamentos publicados en los boletines anteriores: **la variabilidad en la práctica clínica**. La probabilidad de que una embarazada reciba en el CAPS hierro con ácido fólico varía en más de 20 veces, según el sitio donde rea-

liza la consulta. Hay un 25% de CAPS donde el medicamento no alcanza para la primera semana y, otro 25% donde el stock supera los 4 y ½ meses. Es poco probable que la frecuencia de embarazo varíe según la región geográfica del CAPS, seguramente las variaciones tienen relación con la relevancia que el control del embarazo tiene en la atención primaria de la zona en cuestión.

El tercer problema es **el acceso**. En el cuarto trimestre de 2003 se controlaron casi 20.000 embarazadas por mes en los CAPS de la Argentina, que recibieron hierro con ácido fólico provisto por REMIADIAR -es probable que con la duplicación de la provisión del medicamento, aumente el registro del número de embarazadas seguidas en los CAPS, sobre todo en aquellos en los cuales el stock es menor a 1 mes-.

La población objetivo de los CAPS es de 280.000 mujeres, si se producen casi 700.000 partos anuales en la Argentina y más del 40% de las madres son pobres y no tienen cobertura. Dicha población representa un promedio de 116.000 consultas mensuales –aplicando el criterio de un mínimo de 5 consultas por embarazo de bajo riesgo³-. Con la hipótesis de que a la fecha las embarazadas seguidas en el sector público se controlan en su mayoría en los hospitales, se concluye que queda un largo camino de captación y control de las mujeres embarazadas en el primer nivel de atención.

Se describen cinco estrategias básicas que han posibilitado el cambio en los indicadores de salud perinatal⁴: la mayor accesibilidad a los cuidados prenatales, la mejora de los establecimientos de atención obstétrica, la generalización del parto atendido en estas instituciones, la educación maternal; y la detección y tratamiento del riesgo obstétrico. Los procesos de reforma de la salud, con el eje en el fortalecimiento de la APS, han mostrado la sensibilidad de los indicadores como mortalidad materna o infantil al acceso a servicios sanitarios. Por ejemplo, Andalucía pasó a tener uno de los mejores indicadores de salud de Europa a partir de la reforma del nivel primario en la década de los 80, que ha llevado a la participación de los Centros de Salud en la atención obstétrica. La evaluación del programa de control de embarazo realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública a los 10 años de su puesta en marcha (período 1984-1994) puso de manifiesto que el 97% de los Centros de Salud andaluces ofertaban control de embarazo, el 86% educación maternal y el 96% atención puerperal⁵.

En ese sentido apunta nuestro Plan Federal de Salud: fortalecer el primer nivel de atención en el cuidado del

embarazo de bajo riesgo es el modo de facilitar el acceso a los necesarios controles.

¹T.P.G.M. de Vries, R.H. Henning, H.V. Hogerzeil and D.A. Fresle. Guía de la buena prescripción. Organización Mundial de la Salud (OMS). Programa de acción sobre Medicamentos Esenciales, 1998.

²COMRA. Formulario Terapéutico Nacional 9na edición. 2003.

³Ver: La salud de las mujeres en edad fértil, en este mismo boletín.

⁴Wall E. Assessing obstetric risk. A review of obstetric risk-scoring systems. J Family Practice 1988; 27:153-163.

⁵García Calvente MM. Evaluación de programas. Salud Materno-Infantil Andalucía 1984-1994. Granada .Escuela Andaluza de Salud Publica serie monografías n° 16.1996.p 87-123.

Mortalidad Materna en Argentina

Dra. Rosa María Durante - Programa Remediar

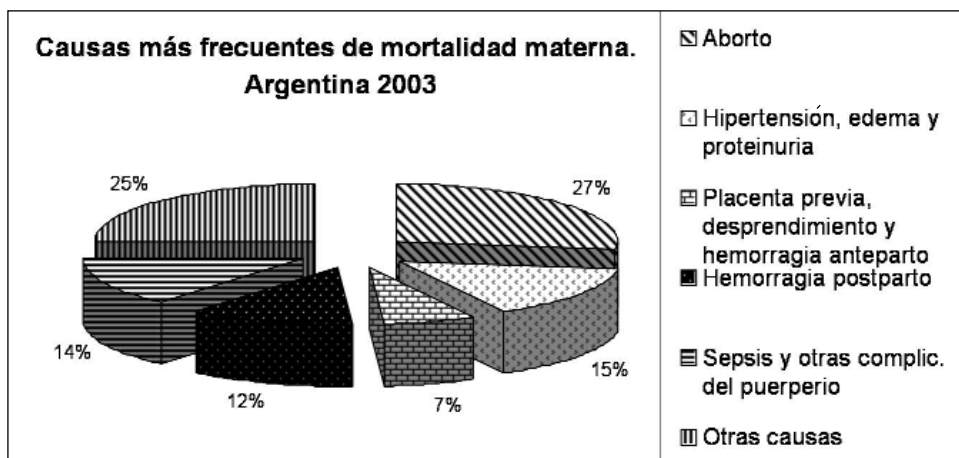
El campo donde parece más tangible la utilidad de los cuidados sanitarios ha sido en la atención materno-infantil. Es de todos conocida la vulnerabilidad de la madre y el niño a las influencias del medio ambiente, hecho que se refleja en la sensibilidad de indicadores como la mortalidad materna a factores relacionados con el desarrollo socioeconómico, como también con el acceso y calidad de los servicios de salud.

Puede verse en la Tabla N° 1 que, a pesar del descenso de la Tasa de MM para el total del país en 2003 (4,4 0/000) con relación al 2002 (4,6 0/000), las diferencias entre jurisdicciones se mantienen, registrándose las tasas más elevadas en las regiones más pobres (NEA y NOA). Si bien en la mitad de las jurisdicciones las tasas de mortalidad descendieron en el 2003 con relación al 2002, aumentaron en Corrientes (7,5 0/000), Chaco (8,1 0/000), Jujuy (15,5 0/000), Misiones (6,2 0/000) y Tucumán (7,3 0/000), para mencionar sólo aquellas jurisdicciones con número importante de defunciones donde las variaciones no pueden ser atribuidas a la escasa cantidad de óbitos. Estos datos nos indican que la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública, además, los "Indicadores Básicos, Argentina 2004", publicación del Ministerio de Salud de la Nación y OPS/OMS, muestran, en 2002, un índice de Gini de 0,30, clara demostración de inequidad en la distribución del riesgo de morir de las madres

según donde residan.

El análisis de la estructura de causas de muerte agrega gravedad a la situación ya que el 27% de las muertes registradas son producidas por "embarazos terminados en aborto" y de éstos el 8,4 % ocurrieron en menores de 20 años. Le siguen las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos, edema y proteinuria (15%), las sepsis y otras complicaciones del puerperio (14%), las provocadas por hemorragias postparto (12%) y el 7 % por placenta previa y hemorragias anteparto, todas causas de fácil prevención con programas de control adecuado del embarazo, parto y puerperio, y acceso oportuno a los servicios. Es importante señalar que del total de muertes 35 corresponden a menores de 20 años de edad. Por otra parte la proporción de muertes por aborto, toxemia del embarazo y hemorragias se mantiene igual a la que presentaba en 1995.

Los egresos hospitalarios nos aproximan al conocimiento de la morbilidad. En el año 2000 -de los egresos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, registrados en establecimientos generales y especializados del sector oficial- la tercera parte correspondió a abortos (32,6%) y el 19,7% (47.666) a mujeres entre los 10 y 19 años de edad, de éstos el 24% (11.570) fueron abortos.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Anuario 2003. Acceso libre en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5n°47.pdf>

Tabla 1. Tasas de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos, según jurisdicción de residencia. Argentina, años seleccionados

Jurisdicciones	1982	1986	1990	1994	1998	2002	2003
Total del País	7	5,5	5,2	3,9	3,8	4,6	4,4
Capital Federal	2,1	2,6	4,1	0,8	0,3	1,4	1,2
Buenos Aires	6,1	3,1	2,7	2,4	2,5	3,2	2,5
Catamarca	12,8	7,6	10,5	6,8	2,5	6,2	2,6
Córdoba	4	2,6	2,9	2,3	3	2,9	1,4
Corrientes	7,6	12,2	9,4	4,3	4,4	7,2	7,5
Chaco	10,4	13	10,7	9,9	13	7,8	8,1
Chubut	6	1,1	2,3	2,3	3,6	1,3	8,6
Entre Ríos	4,8	4,7	2,2	2,6	1,3	1,8	6,3
Formosa	14,2	19	19,5	14,1	16,4	16,6	13,5
Jujuy	10,1	10	15,1	7,3	13,1	10,9	15,5
La Pampa	2	1,8	3,6	3,5	1,8	5,7	5,2
La Rioja	2	1,9	5	1,5	1,6	11,1	16,9
Mendoza	12,1	4,9	6,4	7,2	2,5	7,2	3,8
Misiones	3,7	9,5	8,3	3,2	1,5	4,6	6,2
Neuquén	12	3,2	1,8	3,8	2,9	0	5,1
Río Negro	0,9	1,7	4	0	5,7	4,5	1,9
Salta	21,3	10,4	11,6	9,2	5,5	6,9	6,9
San Juan	6,7	8,5	9,8	6,7	8,6	6,1	4,9
San Luis	6,7	3,6	2,9	6,1	2,5	8,4	8,2
Santa Cruz	28,6	5,1	7	4,7	12	2,4	11,1
Santa Fe	4,6	6,2	6,4	3,6	4,4	4,9	3,5
Santiago del Estero	14,1	8,7	8,7	8,8	5	6,8	5,5
Tucumán	7,2	10,3	4	4,7	3,9	5,3	7,3
Tierra del Fuego	0	5,6	0	0	0	0	4,4

La magnitud y persistencia del problema de morbi-mortalidad relacionada con la maternidad, la estructura de sus causas, la mayoría de ellas pasibles de prevención, el grado en que afecta a mujeres en edades tempranas, y la demostrada relación con la pobreza, justifican ampliamente la prioridad otorgada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a la salud materno-infantil, a la erradicación de la pobreza y a la necesidad de incluir el programa de salud reproductiva y procreación responsable en etapas tempranas de la educación.

Por otra parte la situación torna absolutamente necesario, además del combate a la pobreza y del desarrollo de actividades de promoción y prevención, el aumento de la cobertura efectiva de los servicios de atención materno-infantil, el seguimiento precoz del embarazo, y la mejoría de la calidad de la atención de las embarazadas en los Centros de Atención Primaria, así como la implementación de mecanismos de derivación oportuna y atención adecuada en los centros especializados.

MORTALIDAD MATERNA: Bibliografía recomendada

El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), con la colaboración del CLAP/OPS, y gracias a los apoyos de la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud, el Fondo de Población de Naciones Unidas y la OPS/OMS realizó una investigación durante el período noviembre 2002- octubre 2003 titulada *"Mortalidad materna en la Argentina. Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud"*. Se propuso realizar un diagnóstico y análisis de situación de la mortalidad materna en la Argentina que pueda ser utilizado para reorientar las políticas y los programas de salud, así como también para identificar nuevas líneas de investigación. Aborda en forma integral *el camino de la muerte materna*: desde la dinámica de los factores personales, familiares y comunitarios donde ocurre el embarazo y el parto, la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de las prestaciones brindadas por el sistema de salud a la mujer, hasta la modalidad de notificación, codificación y registro de las muertes maternas. La metodología fue de carácter cuali-cuantitativo. Se organizó en cuatro componentes: a) un diagnóstico de situación en seis provincias argentinas; b) un estudio de casos y controles para analizar causas y factores asociados; c) autopsias verbales para reconstruir las muertes; d) indicadores de contexto. Del trabajo surgen importantes propuestas, tanto respecto de la necesidad de vigilancia, como de la prevención y promoción de la salud necesarias para reducir esta tragedia.

¹Publicado en su versión completa en http://www.msal.gov.ar/hm/site/conapris_home.asp

La salud de las mujeres en edad fértil

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Las mujeres en edad fértil son, según la definición de la OMS, aquellas entre 10 y 49 años de edad.

Todas las mujeres de ese grupo etáreo que lleguen a los Centros de Salud por cualquier motivo de consulta, deberán poder acceder a una atención integral que contemple su salud reproductiva incluyendo: **prevención de cáncer génitomamario, cuidado preconcepcional, control prenatal** en el caso de las embarazadas y **asesoramiento en procreación responsable**.

1. Prevención del cáncer génitomamario:

Toda mujer en edad fértil sexualmente activa debiera tener un control anual de Papanicolau y colposcopia.

Se debe realizar un examen clínico de las mamas y enseñar el auto examen mamario a todas las mujeres. La mamografía como tamizaje no es recomendada antes de los 40 años, salvo antecedentes familiares importantes.

2. Cuidado preconcepcional:

La etapa para implementar las actividades de promoción y protección de la salud en la mujer parte desde la adolescencia pero cobra especial importancia en aquellas **mujeres en edad fértil que desean quedar embarazadas**.

El conocimiento de la fecha de las menstruaciones antes de embarazarse es de importancia para disminuir el porcentaje de mujeres que la desconocen o tienen dudas. También es recomendable que se suspendan los anticonceptivos orales 3 meses antes de la fecha que la mujer pretenda quedar embarazada para que se regularicen sus ciclos menstruales. Conocer la fecha de última menstruación es fundamental para el seguimiento del control prenatal, así como para adoptar conductas frente a una interrupción de la gestación por un presunto embarazo cronológicamente prolongado o para la atención de un parto de pretérmino.

Es importante informar que idealmente los embarazos debieran ocurrir entre los 20 años y los 35 años. Los intervalos intergenésicos deberían ser mayores a 24 meses.

Es fundamental comunicar y educar a las mujeres en edad fértil sobre una importante lista de factores que aumentan el riesgo materno-perinatal y que pueden ser reducidos o controlados en esta etapa:

a) Prevención de algunas infecciones

1. Virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA): debe informarse sobre los riesgos de contagio, de la transmisión vertical y acerca del tratamiento, en especial en caso de embarazo. El tamizaje (prueba de VIH) debe ser ofrecido a todas las mujeres en edad fértil (previo consentimiento informado) especialmente a aquellas con alto riesgo, por ejemplo:

- con síntomas presuntivos de infección por VIH/SIDA,
- con múltiples compañeros sexuales sin protección.
- contacto sexual con individuos infectados por VIH.
- que hayan recibido transfusiones de sangre.
- que usen drogas intravenosas.
- que su compañero sexual tenga algunas de las características anteriormente citadas.

- historia previa y/o actual de enfermedades de transmisión sexual.

2. Rubéola: Alrededor del 15% de todas las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad para la rubéola. El ideal es determinar los anticuerpos en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquellas con resultado negativo. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 3 meses para iniciar el embarazo.

A pesar de tratarse de una virosis benigna para la madre, su pasaje transplacentario produce en el feto diferentes formas de embriopatías (20% a 35%).

3. Toxoplasmosis: Es aconsejable que las mujeres conozcan su estado serológico. Si esto no es posible deben informarse medidas de profilaxis primaria que incluyan:

- a. Comer carne bien cocida.
- b. Lavar vegetales y comer frutas peladas.
- c. Usar guantes durante la preparación de los alimentos y al realizar tareas de jardinería.
- d. Evitar el contacto con deyecciones de gatos y efectuar limpieza diaria de su lugar de defecación con agua hirviendo.

e. Evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada

4. Virus de inclusión citomegálica: Se ha comprobado mayor probabilidad de infección en mujeres que están en contacto con niños que usan pañales. Una prevención eficaz es el lavado de manos cada vez que se cambien los mismos.

Esta recomendación tiene especial pertinencia para aquellas mujeres que deseen embarazarse y trabajen en guarderías, salas de neonatología o tengan niños pequeños.

5. Tétanos: Controlar el esquema de vacunación y si no es completo vacunar.

6. Sífilis: Como toda enfermedad de transmisión sexual debe solicitarse la prueba de tamizaje (VDRL) a la mujer y a su compañero sexual.

7. Chagas: Conocer su estado serológico, para realizar eventuales controles y tratamiento adecuado.

8. Infecciones buco-dentales: Deben tratarse preferentemente antes de que la mujer se embarace.

b) Control de enfermedades previas

1. Hipertensión crónica: Cuando se planifica el embarazo es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas.

2. Diabetes mellitus: La prevalencia estimada es entre 0,5 a 1,5%. Una forma de reducir la prevalencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de hemoglobina glicosilada, dado que si éste es alto indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.

3. Anemia: La prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl) en mujeres en edad fértil no embarazadas es muy alta en nuestro país por lo que es importante el control. Tratamiento acorde al diagnóstico etiológico tanto por deficiencia de hierro como por ácido fólico.

c) Asesoramiento para reducir enfermedades congénitas.

Las enfermedades congénitas son frecuentes, afectando del 5 al 10% de los embarazos, especialmente en mujeres con:

- niños afectados en embarazos previos
- antecedentes familiares de enfermedad genética
- edad avanzada
- exposición a tóxicos ambientales
- características étnicas especiales: Beta talasemia: italianas y griegas, anemia a células falciformes, raza negra
- Prevención de defectos del cierre tubo neural: se ha demostrado que la suplementación con ácido fólico a la mujer en la etapa preconcepcional y durante el primer trimestre protege al embrión de padecer estos defectos en un 72% de los casos. La recomendación es que todas las mujeres deben recibir un suplemento en su dieta diaria de 0,4 mg de ácido fólico desde que discontinúan su práctica anticonceptiva hasta las 12 semanas de embarazo. En mujeres con antecedentes de hijos con defecto del cierre del tubo neural, la indicación es de 4 mg por día durante un periodo similar. La misma intervención debe ser recomendada a mujeres con diabetes insulino dependiente y con epilepsia tratadas con ácido valproico o carbamazepina.

d) Medicación

Durante la visita preconcepcional se debe advertir sobre drogas teratogénicas que pueda estar consumiendo la mujer por padecer enfermedades crónicas, como por ejemplo el litio, antagonistas de los folatos, ácido valproico, prednisona, warfarina y cualquier otra en la que no esté demostrado la ausencia de efectos teratogénicos.

e) Hábitos y estilos de vida.

1. Nutrición: la futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal. Durante la adolescencia el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia, pues si se embaraza los requerimientos son mayores que los de una mujer adulta.
2. Fumar: Alertar a la mujer que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto que produce serias alteraciones, siendo la más importante el bajo peso al nacer .
3. Consumo de alcohol: es desaconsejable el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo, pero durante la gestación éste debe evitarse en forma absoluta, en particular en el primer cuatrimestre por asociarse con malformaciones fetales.
4. Consumo de drogas: cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. Se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que éstas producen en la descendencia.
5. Laborales y ambientales: La realización de trabajos pesados, utilización de plaguicidas, solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación. En las mujeres en edad fértil, si es necesario realizar un estudio radiográfico, el mismo se efectuará en etapa postmenstrual inmediata recomendando

anticoncepción en ese ciclo.

3. Control Prenatal

Se entiende por Control Prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas que hasta hoy se disponen, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo (control prenatal), es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal.

En la Argentina, muchas mujeres, especialmente las adolescentes, ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómica baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal. Además, estos contactos con las mujeres y su familia son fundamentales para promover la salud, la educación para padres, para la crianza, y para el establecimiento de un vínculo con los recursos de atención primaria de la comunidad.

No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos

En la Argentina, alrededor del 20% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo. De éstas son muchas las que se beneficiarían directamente del cuidado prenatal si la captación fuese amplia y precoz. Actualmente, alrededor del 80% de las embarazadas reciben algún tipo de control prenatal en nuestro país, pero debe mejorarse la precocidad y especialmente la CALIDAD del mismo. Indicadores indirectos revelan esta deficiencia en la calidad: aumento de la sífilis congénita, bajo tamizaje de VIH en el embarazo, muy poca utilización de hierro, etc.

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

El control prenatal debe tener las siguientes características:

- Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

- Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

- Completo: Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

- Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbi-mortalidad perinatal.

Actividades y Objetivos para el Control Prenatal (Resumen)

Actividades	Objetivo
Fijar un cronograma para las visitas prenatales	Agendar las visitas prenatales de acuerdo a la edad gestacional en la primera consulta.
Administración de ácido fólico en período periconcepcional	Reducir la frecuencia de defectos del tubo neural, y de malformaciones cardiovasculares y renales
Categorizar a la embarazada según riesgo, examen físico, y llenado de HCPB	Clasificar a las embarazadas de acuerdo a las necesidades específicas, registro de la información
Evaluación en cada consulta de factores de riesgo.	Detectar embarazadas con necesidad de cuidados especiales y prevenir complicaciones.
Determinar Grupo sanguíneo y factor Rh	Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal
Medir el peso pregestacional, la talla, la ganancia de peso durante la gestación y el nivel de hemoglobina.	Evaluar el estado nutricional materno
Identificar el embarazo inesperado y/o no deseado	Prevenir el abandono del control prenatal y el poco autocuidado durante el embarazo
Preparar a la mujer para la maternidad	Informar y lograr la participación de la embarazada y su familia en la identificación de signos de alerta, protagonismo en el parto, cuidados del puerperio, recién nacido.
Detectar tabaquismo y otras adicciones.	Intervención educativa para reducir el bajo peso y el parto de pretérmino.
Medir la presión arterial	Detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo, reducción de preeclampsia, eclampsia.
Determinar el nivel de hemoglobina	Detectar anemia y necesidad de dosis más altas de hierro, mejorar la salud materno y oxigenación fetal
Suplemento con hierro y ácido fólico	Evitar la anemia.
Medida seriada de la altura uterina	Identificar los fetos con crecimiento normal, embarazos múltiples, y RCIU.
Medir Glucemia	Detectar diabetes gestacional
Diagnóstico de sífilis, VIH, Chagas, Hepatitis B, Toxoplasmosis	Identificar estas infecciones para su tratamiento y/o control.
Urocultivo	Diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática para reducir pielonefritis y parto de pretérmino.
Vacunar contra el tétanos	Prevenir el tétanos materno y neonatal.
Detectar presentación pelviana a término	Intentar versión externa, para evitar la cesárea por presentación pelviana y en caso de ser irreversible programar la operación cesárea al término.
Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal	Participación de las embarazadas para el autocuidado e identificación precoz de sintomatologías de riesgo.
Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva	Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir la morbilidad infantil.
Informar sobre métodos anticonceptivos	Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y la mortalidad materna.
Estudio Ecográfico	Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida.
Recomendar el lugar para la asistencia del parto	Brindar una atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno perinatal.

Modificado de Schwarcz R, Fescina R y col. 1995

Cronología de las Actividades para el Control Prenatal de Bajo Riesgo

Modificado de Schwarcz R y col. 1995

Consultas					
	Edad gestacional en semanas				
	Antes de las 20 ⁽¹⁾	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Prueba de embarazo	*				
Cálculo de amenorrea	*	*	*	*	*
Historia Médica y evaluación de riesgo	*	*	*	*	*
Examen clínico completo	*				
Peso corporal	*	*	*	*	*
Talla	*				
Suplementación con ácido Fólico + hierro	*	*	*	*	*
Examen Ginecológico, Papanicolau y colposcopia ⁽²⁾	*				
Detectar ETS y vaginosis	*			*	
Detectar otras ETS – Sífilis	*		*		
Detección de VIH con consentimiento informado	*			*	
Examen odontológico	*				
Medida de la tensión arterial	*	*	*	*	*
Medida de la altura uterina	*	*	*	*	*
Diagnóstico de vida fetal		*	*	*	*
Vitalidad fetal y cantidad de líquido amniótico		*	*	*	*
Grupo sanguíneo y factor Rh	*				
Determinar hemoglobina	*		*		
Detectar toxoplasmosis.	*				
Detectar Chagas	*				
Orina completa	*		*	*	
Cultivo de orina	*		*		
Vacunación antitetánica ⁽³⁾	*			*	
Detectar diabetes	*			*	
Detectar embarazo múltiple			*	*	*
Descartar presentación pelviana					*
Preparación para la maternidad		*	*	*	*
Educación. Recomendaciones para detectar síntomas de alarma	*	*	*	*	*
Examen mamario y recomendaciones para la lactancia	*	*	*	*	*
Consejería sobre métodos anticonceptivos			*	*	*
Actividades para reducir el tabaquismo	*	*	*	*	*
Estudio ecográfico cuando se dispone de equipo	*			*	
Evaluar capacidad pelviana y relación feto pélvica					*

⁽¹⁾ Lo más precoz posible

⁽²⁾ En los Centros Asistenciales donde sea posible se realizará colposcopia conjuntamente con el PAP.

⁽³⁾ Si no dispone de toxoide tetánico solamente y si de acuerdo al Plan Nacional de Vacunaciones recibe dTa, utilícela en el segundo y tercer trimestre.

Importancia del correcto llenado del Carné y la Historia Clínica Perinatal

El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos, y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. No siempre los clínicos toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas o manejan de manera apropiada la información de los carnés prenatales. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la historia clínica perinatal base ha mostrado un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información.

Para realizar un relevamiento de las acciones del control prenatal se ha convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí. Estas preguntas representan una minuciosa y completa anamnesis, y sus respuestas consignadas en forma de cruz, se vuelcan en la Historia Clínica Perinatal Base. Este formulario integra el Sistema Informático Perinatal junto con el Carné Perinatal, y los programas de computación para el ingreso de las historias y procesamiento de los datos.

4. Salud Reproductiva

Una de las novedades en materia de derechos humanos de mediados del siglo XX -que surgió primero como una necesidad de asegurar el reconocimiento, ejercicio y goce del derecho a la salud y a la vida de la mujer en particular- es el derecho humano a la planificación familiar.

Los importantes y amplios roles de la mujer en la sociedad contemporánea conllevan a un nuevo desafío que consiste en no limitar su salud reproductiva a lo puramente materno infantil sino abarcar el cuidado de su sexualidad y salud en forma integral.

Para ello, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a información en sexualidad y consejería, la utilización de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/SIDA y de patología genital y mamaria; así como la prevención del aborto, incluyendo el tratamiento de sus complicaciones.

Se requieren servicios de salud de calidad que brinden amplia cobertura desde la atención primaria a los mayores niveles de complejidad.

Por estas razones el Ministerio de Salud, a través de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, asume el desarrollo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable con el enfoque integral antes mencionado, enfatizando la prevención para la salud de las mujeres, los hombres, los niños y los adolescentes.

Las prestaciones estarán dirigidas, no sólo a la prescripción de un método anticonceptivo solicitado, sino con una mirada integradora desde las particularidades y necesidades de cada usuario.

A los fines organizativos en cada efector se propiciarán:

1- Actividades de información:

Estarán dirigidas al asesoramiento a efectores y basadas en la utilización de herramientas que permitan un mayor acercamiento y relación con los usuarios de los Programas jurisdiccionales. Para ello se desarrollan las siguientes estrategias:

- a. Concientización, educación y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva.
- b. Consejería en Salud Reproductiva.
- c. Comunicación Social.

a. Concientización, educación y promoción de la salud sexual y reproductiva

Esta actividad se realizará desde un enfoque individual, grupal y comunitario.

Individual: es un proceso de interacción educativa que ocurre durante cualquier consulta realizada entre el integrante del equipo de salud y la mujer o varón que recibe la atención.

Objetivos

1. Dar oportunidad a la mujer/ varón para:
 - tomar conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos.
 - analizar características de la anticoncepción y los métodos disponibles
 - identificar conductas que constituyan riesgos para su situación actual
 - definir acciones para prevenir estos riesgos en el uso del método anticonceptivo seleccionado
 - identificar los derechos legales que les correspondan para la toma de decisiones individuales y grupales en defensa de su ejercicio.

2. Dar oportunidad al integrante del equipo de salud para:
 - establecer una adecuada comunicación empática con la mujer/ varón a fin de comprender mejor sus derechos, necesidades y problemas para orientarlos en la búsqueda de soluciones.

Acciones

1. Obtener la mayor información posible del usuario antes de la atención
2. Definir objetivos de acuerdo con las necesidades detectadas
3. Preparar la educación individual
4. Educar a través de un diálogo permanente con la mujer /varón durante su atención
5. Evaluar la comprensión de la mujer / varón a través de preguntas o devolución de demostraciones

Educación de Grupo y Comunidad:

Es el proceso de interacción educativa que ocurre en un lapso de tiempo dado, a través del cual los integrantes de un grupo intrainstitucional o comunitario participan, inter-

cambian experiencias y deciden, adoptan o conservan comportamientos saludables, orientados por un facilitador capacitado.

Es importante en este punto tener presente las articulaciones intersectoriales necesarias para la orientación a nivel educativo formal (currículas escolares) e informal, a fin de conseguir respuestas saludables a edades más tempranas.

Objetivos:

1. Igual a educación individual
2. Dar oportunidad al integrante del equipo de salud para:
 - reconocer los conocimientos, creencias, hábitos, actitudes y sentimientos que conforman la conducta favorable o desfavorable de los participantes grupales.
 - identificar a los participantes del grupo en su rol de integrantes de una familia y comunidad y con potencialidad para revertir los factores adversos en su medio.
3. Dar oportunidad a otros sectores sociales, públicos y privados (especialmente sector escolar) para:
 - reconocer la importancia de la perspectiva de género y promover una sexualidad sana.
 - definir la necesidad de acciones conjuntas para disminuir el embarazo no deseado.

Acciones:

Previo al desarrollo de las actividades se realizará un diagnóstico educativo local, preparación de la unidad de trabajo, definición de objetivos, selección de actividades de aprendizaje y determinación de la forma de evaluación.

Desarrollo de la actividad:

- preparación de los asistentes.
- presentación de experiencias.
- análisis y síntesis del intercambio grupal.
- evaluación.

Contenidos educativos sugeridos para la promoción y educación de la salud sexual y reproductiva

1. Importancia de la familia, la escuela, los medios de comunicación social. Variaciones de los roles a lo largo de la historia y de las culturas.
2. Los roles femenino y masculino actuales. El aprendizaje de los roles.
3. Desarrollo psicosexual en la niñez, en la adolescencia, en la vida adulta, en la vejez. Aspectos socioemocionales.
4. Anatomofisiología de los aparatos genitales femenino y masculino.
5. Las relaciones sexuales: aspectos biológicos, psicológicos, culturales y jurídicos.
6. Embarazo y parto: aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
7. El aborto. Riesgos psíquicos y físicos.
8. Anticoncepción. Aspectos bio-psico-sociales.
- 9. Infecciones de transmisión sexual, incluido HIV/ SIDA . Su prevención y promoción de la importancia del testeo de HIV.**
10. Exámenes periódicos de salud para la mujer. PAP, serología en ITS, examen de mamas, controles ginecológicos.
11. Información sexual que necesita un niño menor de cinco años, un escolar, un púber, un adolescente, un adulto.
12. Los padres como educadores sexuales. Las necesidades de los niños y los adolescentes.

13. Derechos sexuales y reproductivos.

14. Prevención de la violencia y de los delitos contra la integridad sexual.

b. Consejería en salud sexual y reproductiva

Es la atención individual proporcionada al usuario demandante con el fin de brindar información clara, completa y oportuna que le permita tomar sus propias decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva, planificación familiar y utilización de métodos anticonceptivos.

Objetivo General

Informar y orientar mediante técnica de participación activa acerca de la Salud Sexual y Reproductiva

Objetivos específicos

- Considerar la exposición al riesgo de ITS/HIV/SIDA, promoviendo su prevención.
- Orientar acerca de cómo acceder a servicios de planificación familiar.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado y sus posibles consecuencias (aborto, rechazo materno, abandono y maltrato infantil, violencia intra familiar, deserción escolar)
- Contribuir a evitar la reincidencia abortiva en mujeres con sospecha y/o antecedentes de aborto provocado.
- Pesquisar, tratar y/o referir disfunciones sexuales.

Acciones:

La consejería es un proceso de diálogo activo entre quien orienta y quien solicita la prestación en un marco de respeto a sus derechos, privacidad y confidencialidad.

- Crear un clima de confianza y empatía para ayudar a la/el consultante o pareja a considerar cada situación personal, sentimientos y preocupaciones con respecto a la práctica de sus relaciones sexuales y regulación de su fecundidad.
- Comprender y respetar los valores y actitudes de la mujer y/o su pareja en relación con su sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.
- Informar sobre beneficios de la planificación familiar:
 - . Satisfacción de necesidades básicas a la familia.
 - . Vida afectiva, sexualidad.
 - . Relación familiar (padres e hijos)
 - . Hijos deseados.
- Evaluar exposición al riesgo de contraer VIH/SIDA.
- Ofrecer testeo HIV con consentimiento informado y escrito.
- Orientar sobre métodos anticonceptivos:
 - . Demostración de cada método y su correcto uso.
 - . Mecanismos de acción.
 - . Eficacia.
 - . Disponibilidad.
 - . Costos.
 - . Contraindicaciones.
 - . Efectos secundarios.
 - . Mecanismo de control y seguimiento.

Con esta información básica, la / el usuario recibe ayuda para decidir si desea planificar su familia y elegir el método que más le conviene (decisión informada).

Se podrán realizar reuniones grupales informativas

(Educación para la Salud Sexual y Reproductiva) pero nunca se descartará la posibilidad de la consejería individual.

- Citar para control según norma de método a utilizar.

- Registro de la actividad en ficha, carné o HC.

c. Comunicación Social

La comunicación social es un proceso complejo de naturaleza multidisciplinaria y multisectorial que permite motivar actitudinalmente a la población para el logro de conductas saludables. Constituye, por lo tanto, una importante herramienta de prevención masiva, comunitaria y familiar, ya que sus acciones pueden llegar tanto a un número elevado de integrantes de la sociedad, como a motivar conductas grupales e individuales en todos los grupos étnicos.

El nivel sanitario de la población depende tanto de la oferta de servicios, como de factores culturales, del grado de conocimiento que tiene la población acerca de los servicios disponibles y de la posibilidad de acceso al sistema y a lo que necesita, comprendiendo el acceso a programas de salud reproductiva.

Muchos de estos condicionantes pueden subsanarse o aliviarse promoviendo una mayor participación de la familia y la comunidad, y un cambio de actitud del personal de salud.

Una y otro requieren de líneas de acción definidas, que pueden ser potenciadas por actividades comunicacionales diseñadas y orientadas específicamente.

2. Actividades asistenciales:

Frente a una consulta de planificación familiar y luego de la instancia de información descrita anteriormente se proveerá el método anticonceptivo elegido por la mujer o pareja. La misma consulta, constituirá una oportunidad para la realización de PAP y colposcopia para la prevención y/o diagnóstico de patología genital. Esta instancia no representa una necesidad diagnóstica para la prescripción anticonceptiva.

Por otro lado los centros asistenciales con internación asegurarán frente al egreso del parto o aborto una consulta informativa para la prescripción de un método anticonceptivo que favorezca el intervalo intergenésico correspondiente y/o evite el embarazo no deseado.

Las actividades descritas -desarrolladas en la medida de las posibilidades de los actores involucrados- permitirán asegurar, fortalecer, ampliar y profundizar las acciones desde el ámbito de la salud, tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población.

Situación nutricional de hierro en las mujeres embarazadas

Dra. Elvira B. Calvo - Dirección Nacional de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

¿Qué ha sucedido en los últimos años en nuestro medio que pueda afectar la situación epidemiológica?

En contra:

- El consumo de carne en nuestro país ha descendido en los últimos 20 años de un promedio de 80 Kg/habitante/año a los presentes 60 Kg/habitante/año. Hay que tener en cuenta, además, en la distribución de esta disponibilidad promedio que las familias de los niveles socioeconómicos bajos reciben proporcionalmente menos.
- La situación de crisis en la seguridad alimentaria familiar: si bien no hay mediciones directas de consumo de alimentos, los datos indirectos apuntan hacia una disminución de la calidad de la alimentación.

A favor:

- La Ley N° 25630 estableció en 2002 la obligatoriedad de fortificación de harinas con hierro y folatos. Luego de su reglamentación en 2003, la estrategia se efectivizó a fines del 2003. La cantidad de hierro que provee la harina y sus productos derivados como pan y pastas secas, es insuficiente para cubrir las necesidades de una mujer embarazada, pero permite en el mediano plazo que la población de muje-

res en edad fértil accedan al embarazo con un mejor nivel de reservas de hierro y ácido fólico.

Magnitud del problema:

Los datos disponibles sobre prevalencia de anemia en la mujer embarazada son escasos, pero permiten suponer que la prevalencia de anemia en embarazadas en nuestro país no sería inferior a 30%, nivel considerado por OMS como umbral para indicar la suplementación universal de todas las embarazadas, independientemente de su nivel de hemoglobina.

Prevalencia de anemia en mujeres embarazadas:

Área	Criterio	Prevalencia en 3° trimestre
Tierra del Fuego	OMS	38.6%
Chaco	OMS	35.8 %

CESNI. Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición. Edición Fundación Jorge Macri. Buenos Aires, 1995.

Morasso MC, Molero J, Vinocur P y col. Deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas en Chaco. Abstract XII Congreso Latinoamericano de Nutrición (SLAN). Buenos Aires, 2000.

Consecuencias funcionales de la deficiencia de hierro

La justificación de un programa de prevención de la deficiencia de hierro está basada en la gravedad y permanencia de sus consecuencias sobre la salud. En los niños pequeños y en las embarazadas son potencialmente más serias que en otros grupos.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- aumento del riesgo de mortalidad materna posparto en
- anemias severas (Guillespie S, 2000)
- aumento del riesgo de prematuridad
- retardo del crecimiento fetal
- cansancio, apatía, (que dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido)

Se ha sugerido que las muertes maternas en el puerperio en mujeres anémicas pueden estar relacionadas con la baja capacidad de soportar una pérdida de sangre en el parto o un aumento en el riesgo de infecciones. Hay suficiente evidencia que demuestra que la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada aumenta el riesgo de nacimientos prematuros y bajo peso al nacer. También se ha acumulado información que sugiere una asociación entre el estado nutricional de hierro materno y el estado nutricional de hierro en el niño durante el primer año de vida (Allen LH, 2000).

Consecuencias funcionales de la deficiencia de folatos

Además de causar anemia, la deficiencia de folatos en la primeras semanas de embarazo se asocia con un mayor riesgo de desarrollar:

- Defectos en el cierre del tubo neural: anencefalia, espina bífida, encefalocele.
- Labio leporino y paladar hendido
- Defectos conotruncales
- Anormalidades de vías urinarias

Si bien los defectos de cierre del tubo neural tienen una etiología multicausal, siendo importante el componente genético, distintos estudios demuestran que hasta un 60% pueden ser prevenidos con una adecuada suplementación con ácido fólico (MRC Vitamin Study Research Group, 1991).

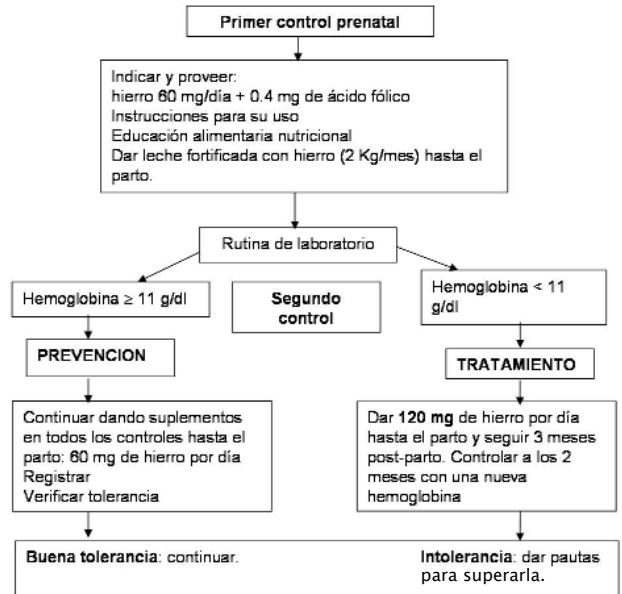
En el caso de las mujeres que ya han tenido un hijo con defectos del tubo neural, la indicación de suplementación con folatos es perentoria para disminuir el riesgo de recurrencia.

Prevención

En una mujer embarazada sin depósitos de hierro la venta-

na de prevención son 9 meses y no se lograría impacto sólo con la educación alimentaria o la fortificación de alimentos. En este caso, la prevención recomendada es la **suplementación medicamentosa con hierro y folatos**, debido a que el requerimiento es inusualmente alto en esta etapa, lo que no puede ser cubierto por la dieta habitual, ni aún cuando incluya alimentos fortificados.

Esquema de prevención y tratamiento de Anemia en Embarazadas



NOTA IMPORTANTE: Si se realiza una prevención adecuada en el total de la población de embarazadas, difícilmente se llegue a cuadros de anemia severa que requieran tratamientos más agresivos. El tratamiento de anemias, aún severas, con hierro inyectable debe ser reservado a casos particulares donde el hierro por vía oral no sea posible. En estos casos excepcionales, el tratamiento con hierro inyectable debe ser indicado y realizarse bajo la supervisión de un médico hematólogo.

Referencias:

- Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. Am J Clin Nutr 2000; 71 (suppl): 1280S-1284S.
- Guillespie S. Major issues in the control of iron deficiency. The Micronutrient Initiative, UNICEF, 1998.
- MRC Vitamin Study Research Group: Prevention of neural tube defects results of the Medical Research Council Vitamin Study. Lancet 1991;338:131-137.
- Calvo E, Longo E, Aguirre P, Britos S. Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud. Ministerio de Salud. Buenos Aires, 2001.

Primeros resultados del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

En el segundo semestre del año 2004 los insumos que se distribuyeron son: 6.000.000 de blisters de anticonceptivos orales combinados; 600.000 ampollas de anticonceptivos inyectables; 253.000 DIU's; 4.230.000 preservativos, a lo que se agregan 396.000 anticonceptivos orales compatibles para el período de lactancia materna y 3.000 kits de instrumental para colocación de los DIU's.

El Programa no sólo distribuye métodos anticonceptivos en forma gratuita, sino que promueve la "Consejería" en salud sexual y procreación responsable en los servicios de salud tanto a mujeres como a varones. También realiza una permanente asistencia técnica, capacitación y acciones de promoción destinadas a los equipos de salud y a organizaciones de la comunidad.

Estas acciones permitieron que a poco más de un año del inicio del Programa, los hospitales y centros de salud con prestaciones de salud sexual y procreación responsable pasaran de 644 a 3.050 en todo el país, mientras la cantidad de beneficiarios directos ya alcanzan a 900.000 personas.

Otro dato respecto al avance logrado muestra que hoy todas las provincias están implementando sus acciones con diferentes grados de desarrollo, cuando un año atrás sólo siete de las veinticuatro jurisdicciones ejecutaban sus propios programas de manera continua.



El control precoz del embarazo es una tarea prioritaria de los CAPS.

Resumen de la situación perinatal en Argentina

Fuentes: Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud y Ambiente y Sistema Informático Perinatal, 2003

- La Tasa de Natalidad es de 18,4 o/oo (nacimientos cada mil habitantes).
- Promedio de hijos por mujer: 2,3.
- Madres adolescentes (menor o igual a 19 años): 13,6 % de los nacidos vivos (Hace 10 años era 15,2%).
- El Control Prenatal, en el sector público, tiene una cobertura del 86% (embarazadas con algún control), pero es precoz (< 20s EG) en el 55%. El promedio de controles por embarazo es de 4,7. Estos datos son bastante adecuados por lo que se presupone que lo que debe mejorarse es la CALIDAD, ya que persisten indicadores desfavorables como sífilis congénita.
- En el año 2003 nacieron 697.952 niños vivos (Nº estable en los últimos 10 años)
- Los Partos Institucionales son el 99, 13% y los Partos Domiciliarios sólo el 0,87 %
- Los Partos del sector Público son algo más del 60%
- La Mortalidad Materna se mantiene sin variantes en los últimos diez años. La Tasa del año 2003 es de 44 por cien mil nacidos vivos. Esto equivale a 304 muertes de mujeres a

causa de un embarazo, parto o puerperio. Hay enormes disparidades: en la Ciudad de Buenos Aires fue de 12 o/ooooo y en La Rioja 169 o/ooooo.

- La primera causa de muerte materna es el aborto (27%), seguida por la hemorragia (19%) y la hipertensión (15%).
- La Mortalidad Infantil (0 a 365 días) es de 16,5 o/oo, pero de ella, el 63 % se debe a Mortalidad Neonatal (de 0 a 28 días)
- Fallecieron 11.494 menores de 1 año en el año 2003. Por causas perinatales 5700, por malformaciones congénitas 2400, por infecciones respiratorias 480, por causas externas 380 y por muerte súbita 300 (primeras cinco causas de muerte)
- El 56 % de las muertes neonatales son reducibles. Más de la mitad de ellas por diagnóstico y tratamiento oportuno en el embarazo.
- **En resumen, en cada día del año 2003 , en nuestro país, nacieron 1900 niños, hubo 1400 abortos (estimados), murieron 31 niños menores de 1 año, de los cuales 20 eran recién nacidos. Murió una madre...**

Estados hipertensivos del embarazo

Resumido de la "Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo", Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - 2004 - disponible en www.msal.gov.ar

Estados Hipertensivos del embarazo:

(resumido de la "Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo", Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004, disponible en www.msal.gov.ar)

Introducción:

Los desórdenes hipertensivos se encuentran entre las complicaciones médicas más comunes del embarazo, con una incidencia reportada entre el 5 y el 10 % de todas las embarazadas. La incidencia varía entre los hospitales, regiones, y países.

La preeclampsia/eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; aún sigue siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se asocia con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal.

En el año 2003 en Argentina fue la 3ra causa de muerte materna, con el 15% de todas las muertes.

Objetivos:

Detección temprana del aumento de la tensión arterial en el embarazo.

Control de la HTA

Disminuir la morbilidad materna y perinatal.

Factores de riesgo asociados a los Trastornos Hipertensivos del Embarazo

- Primer embarazo
- Adolescencia
- Edad materna avanzada
- Cambio de pareja
- Intervalo prolongado entre embarazos
- Nivel socioeconómico bajo
- Historia familiar o personal de preeclampsia
- HTA esencial
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes
- Enfermedades autoinmunes
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Obesidad
- Isoinmunización Rh

Definición y Clasificación

Se define a la hipertensión como una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica.

- Leve a moderada: <160/110 mmhg

- Severa: >160/110 mmhg

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos del embarazo, particularmente la preeclampsia.

Se han propuesto múltiples clasificaciones, proponemos adoptar la siguiente:

Hipertensión Gestacional (HTA inducida por el embarazo)	Aparece después de las 20 sem.
HTA crónica (preexistente)	Diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 sem. de la gestación.
Preeclampsia	Asociación de HTA+Proteinuria.(300mg/día ó >) Implica un desorden multisistémico, donde subyace la isquemia renal, placentaria, hepática, etc.
Preeclampsia sobreimpuesta a la HTA crónica	Cuando al cuadro de HTA se agrega esta falla, el pronóstico materno-fetal es mucho peor
Eclampsia	Una o más convulsiones en asociación a preeclampsia . Es una Emergencia Obstétrica, con alto riesgo materno-fetal

Diagnóstico:

Durante el embarazo, es necesario un control de rutina de la tensión arterial (TA) ya que la mayoría de las mujeres será asintomática inicialmente.

Un aparato de presión mal mantenido puede hacer que usted no diagnostique la Hipertensión en el embarazo, o que diagnostique y trate a alguien in-

cesariamente. Tome la presión con la mujer sentada o recostada sobre su lado izquierdo.

Evaluación de la paciente hipertensa:

- Anamnesis orientada a la patología.
- Control semanal con el médico que realice el control prenatal.
- Exámenes de Laboratorio: Los estudios de laboratorio

recomendados para el manejo de la hipertensión en el embarazo sirven fundamentalmente para distinguir la preeclampsia de la hipertensión crónica. También son útiles para evaluar la severidad de la enfermedad, particularmente en el caso de la preeclampsia, que normalmente se asocia con daño de órganos blanco y por ende, alteraciones del laboratorio. Se deben realizar con la frecuencia necesaria en cada caso particular.

	Determinación	Interpretación	Valores Normales
Función Renal	Creatinina plasmática	Un valor elevado o en aumento, especialmente si se acompaña de proteinuria sugiere PE.	El valor <u>normal</u> en el embarazo es hasta 0.8 mg%
	Uremia	Permite diferenciarla de una nefropatía.	Hasta 35-40 mg %
	Uricemia	Indicador tardío de severidad. Sirve la evaluación de la curva y no un solo valor. Precaución desde 4,5 a 5 mg %.	De 2,5 a 4 mg %
	Proteinuria de 24 hs	La presencia de 300 mg/ día o más se correlaciona con mal pronóstico fetal	Ausente o Trazas (valores <300mg/día)
	Sedimento de orina en fresco	La presencia de cilindros granulosos indica daño renal.	
	Urocultivo		Sin desarrollo de microorganismos
Estudios hematológicos	Hematocrito:	Valora hemoconcentración (35% o + es un signo de alerta) o hemólisis.	Hasta 35% en el 2° trimestre Hasta 37% al término
	Hemoglobina.	Valora hemoconcentración	11 g %
	Recuento plaquetario	La disminución indica agravamiento. Valores menores de 100.000 sugieren consumos elevados en la microvasculatura	150.000 a 300.000 / mm ³
	Coagulograma con fibrinógeno	Hipofibrinogenemia en casos severos, con aumento de los productos de degradación del fibrinógeno (PDF)	Valores normales de fibrinógeno hasta un 50% mayor durante el embarazo normal (200 -400 mg%)
	Frotis de sangre periférica	Pueden aparecer esquistocitos que indican la magnitud de daño endotelial con la presencia de hemólisis	Serie y morfología normal. Discreta leucocitosis.
Función hepática	GOAT y GPT	Su aumento sugiere PE con compromiso hepático	GOAT: 12-46 UI / ml GPT: 3-50 UI / ml
	LDH	Se asocia a hemólisis y daño hepático, puede predecir el potencial de recuperación postparto en pacientes con HELLP	Hasta 230 mg %

Debido a la disparidad en la preeclampsia entre las determinaciones de proteinuria al azar y en la orina de 24 horas, se recomienda que el diagnóstico se base en la recolección de orina de 24 horas.

• **Evaluación cardiovascular:**

- Electrocardiograma (ECG).
- Examen clínico cardiológico.

• **Fondo de ojo:** A veces sus cambios permiten diferenciar a una HTA crónica

• **Ecografía renal:** sólo en casos de alteración de la función renal o infecciones urinarias a repetición o antecedentes de nefropatías.

Manejo:

Medidas No Farmacológicas:

Las medidas no-farmacológicas (incluyendo el reposo en cama, el apoyo psicosocial, y el manejo del stress) no reducen la TA, ni reducen el riesgo de complicaciones en la

hipertensión gestacional ni en la preeclampsia

Tratamiento Farmacológico

El rol de la medicación antihipertensiva en las mujeres embarazadas con hipertensión leve (TA diastólica entre 90 a 109 mmHg) es incierto. Una revisión Cochrane encontró que la medicación antihipertensiva redujo el riesgo de progresión a hipertensión severa, pero no redujo la incidencia de preeclampsia ni mejoró los resultados perinatales. Esto fue corroborado por otros autores.

En el caso de las pacientes que padecen HTA por encima de estos valores recuerde:

El objetivo es evitar una crisis hipertensiva y continuar el embarazo hasta la madurez fetal

El tratamiento precoz no previene el desarrollo de una preeclampsia sobreimpuesta, por lo tanto sólo debe iniciarse cuando está indicado.

Las medicaciones administradas previamente deberán ajustarse a dosis, indicaciones y contraindicaciones de la emba-

razada.

Un principio básico es que el parto es la terapia apropiada para la madre pero puede no serlo para el feto y/o neonato. Para la salud materna, la meta de la terapia es prevenir la eclampsia y las complicaciones severas de la preeclampsia. Pero la interrupción de la gestación no está indicada en un embarazo de pretérmino sin evidencia de compromiso fetal en mujeres con enfermedad leve.

El manejo Obstétrico de la preeclampsia descansa fundamentalmente en el balance entre la salud fetal y/o neonatal y la salud materna.

Recordar

- Todos los antihipertensivos atraviesan la placenta
- La HTA en el embarazo per se tiene riesgo de resultado adverso
- Los Inhibidores de enzima convertidora (IECA) y los antagonistas de angiotensina II están contraindicados

Drogas Recomendadas Para el Manejo Oral – (Ambulatorio o Sin Emergencia)		
Droga	Dosis diaria	Comentarios
<i>Alfa metildopa</i>	500 a 2000 mg/día en 2 a 4 dosis.	Agonista alfa adrenérgico central, que disminuye la resistencia periférica. Tratamiento de referencia, de primera elección para la mayoría de las sociedades científicas. Seguridad bien documentada luego del 1° trimestre.
<i>Labetalol</i>	200 a 1200 mg/día en 2 a 3 dosis	Bloqueador no selectivo de los receptores alfa y beta, con actividad beta-bloqueante predominante. Produce disminución de la resistencia periférica por bloqueo ? en los adrenerreceptores de los vasos periféricos.
<i>Atenolol</i>	50 a 200 mg/día en 1 a 2 dosis. Beta bloqueante cardioselectivo.	Reportes lo han asociado con restricción del crecimiento intrauterino, especialmente cuando es utilizado en el 1° y 2° trimestre
<i>Nifedipina</i>	10-40 mg/día en 1 a 2 dosis de liberación lenta.	Bloqueante de los canales de calcio. Debe utilizarse con cautela por la hipotensión que puede producir, se prefieren los preparados de liberación lenta.

En caso de Eclampsia inminente y Eclampsia, ambas situaciones de máximo riesgo materno-fetal, antes y durante la derivación se deberá:

- **Proteger a la paciente:**
 - asegurar que la vía aérea esté permeable
 - evitar la mordedura de la lengua
 - sostenerla
 - aspirar faringe
 - administrar oxígeno.
 - colocar sonda de Foley para medir diuresis de 24 horas.
- **Administrar Sulfato de Magnesio (SO4Mg)**

Administración del sulfato de magnesio por vía endovenosa

- **Dosis de ataque:** bolo IV lento de 4 a 6 gr de SO4Mg diluido en 10 cc de dextrosa al 5%
- **Mantenimiento:** - 20 gr de SO4Mg en 500 cc de dextro-

- sa al 5% a 7 gotas/min o 21 microg/min (Infusión de 1 gr/hora). Continuar la administración hasta 24 horas posteriores a la desaparición de los síntomas.
- 5 gr de SO4Mg en 500 cc de dextrosa al 5% a 35 gotas/min (infusión 1 gr/hora)
- Si las convulsiones se repiten en el término de 2 horas se puede repetir un bolo IV diluido de 2 a 4 gr.
- Durante la administración del mismo, se debe controlar cada hora, la frecuencia respiratoria y cardíaca materna, y su reflejo patelar, diuresis y salud fetal.
- El sulfato de Mg no se usa para descender la TA, sino solo para prevención y tratamiento de las convulsiones
- Habitualmente no es necesario realizar magnesemia de control.
- Ante la disponibilidad de Sulfato de Magnesio, el uso de la difenilhidantoína y el diazepam para el tratamiento de la eclampsia están contraindicados.
- Es fundamental controlar el estado convulsivo, controlar la TA y lograr la estabilización materna, antes de tomar cualquier conducta.

"Experiencias en APS", a propósito del concurso de experiencias

Dr. Carlos Pacheco - Programa Remediar

Este número del boletín, está dedicado al control del embarazo en el primer nivel de atención de la salud.

Como en esta nueva etapa del boletín, que recién se está gestando, me toca la responsabilidad de reflexionar con ustedes acerca de la salud, (no la enfermedad) su atención, y la Atención Primaria como estrategia, me puse a escribir uno de los tantos bodeques a los que nos hemos acostumbrado los que nos creemos los dueños del saber.

En estos aconteceres, sin una mirada crítica externa, solemos escribir incongruencias varias que nos hacen borrar con el codo, lo que recién habíamos escrito con la mano.

Como ustedes saben, estamos dando las últimas puntadas del concurso de experiencias en APS.

Pues bien.....

Recibimos mil trabajos. Seleccionados doscientos. En las primeras semanas de abril pensamos juntarnos con los seleccionados, intercambiar experiencias y darles el premio prometido.

Y, ¿allí nos quedaremos...???

Esperemos que no. Trataremos de recuperar a partir de lo que ustedes nos contaron, como hicieron las viejas Unidades Sanitarias, las Salitas, las Postas Sanitarias, para sobrevivir ante el histórico olvido del sistema. Como se las arreglaron para emprender la responsabilidad de "ampliar la cobertura". Que hicieron para establecer las redes de atención, las cuales ordenadas nos permitirían diseñar los sistemas de referencia y contrarreferencia.

¿No les suena a soberbia suprema, cuando nosotros los técnicos, en vez de preguntarles a los pobres cómo hacen para comer con \$150 al mes, les damos consejos incumplibles...?

No estuve en el jurado de premiación, pero sí fui el responsable de hacer de jurado de admisión. Leí a mi manera todos

los trabajos presentados.

El responsable de que este boletín esté en vuestras manos con cierta periodicidad, aportó con su visión crítica externa - desde su saber hermenéutico- los instrumentos que me hicieron cambiar el rumbo de lo que yo pretendía:

¿Por qué no rescatás de los trabajos presentados, esos saberes adquiridos sobre APS -praxis mediante- que yo declamativamente había demandado?

Siguiendo los sabios consejos de Ricardo, rescaté de entre los trabajos presentados, a dos que, enfocaron la maternidad y la salud reproductiva como un valor en sí mismo y no como un problema, naturalizaron el hecho despatologizándolo.

Salieron del lugar común de las charlas dadas por los que "saben" en la sala de espera. Se detuvieron a observar lo que pasa en sus comunidades, y actuaron en consecuencia, respetando los saberes populares pero dándoles la racionalidad técnica correspondiente.

El trabajo del CAPS de Iruya, merece ser analizado desde una visión antropológica de la salud. Describe las costumbres populares en cuanto al embarazo y el parto, las explica desde la visión técnica, y con un lenguaje llano e inteligible muestra el cómo se puede optimizar su atención respetando aquellas creencias sin la pretensión colonial de modificarlas. Por su parte, el CAPS de Río Negro, nos describe sintéticamente cómo respetar el principio de trabajar en APS y, con tecnología apropiada, lograr una integración reticular del sistema de atención, que permite el armado local de un sistema de referencia y contrarreferencia.

La experiencia de Paraná introduce -a través de una modalidad de talleres- el problema del maltrato a la mujer.

Un largo camino para lograr un parto seguro

Autor: Edmundo Díaz. Hospital Dr. Ramón Carrillo. Iruya. Salta

Iruya, está bajo el sistema de Atención Primaria de la Salud hace 25 años.

El municipio de Iruya está ubicado al norte de la provincia de Salta, en la región de la puna saltojujeña a 2700 m. s/nm. El Departamento tiene una extensión de 3500 Km² y una población de 4900 habitantes lo que hace que tenga una densidad poblacional de 1.4 hab. /Km². Dista de Salta capital aproximadamente 300 km. de camino carretero de cornisa, atraviesa la provincia de Jujuy, llega a Humahuaca para entrar nuevamente a la provincia de Salta por camino de tierra. Para acceder a las comunidades del interior, no hay caminos carreteros por lo que se debe viajar a pie o a caballo, y medir los recorridos en horas, en lugar de Km., variando entre 2 y 14 hs. de camino. El municipio comprende el pueblo de Iruya con 1200 habitantes y 22 comunidades rurales con el resto de la población. Por su geografía es considerada zona de valles precordilleranos, con cerros

altos y quebradas muy profundas que implican grandes diferencias de alturas sobre el nivel del mar; parajes situados a 2000 m y cerros colindantes que llegan a 4.500m. Su altura condiciona temperaturas muy frías en invierno y templadas en verano. La intensidad de las lluvias produce arrastre de grandes masas de barro que destruyen los caminos.

Cultura

En su mayoría pertenece a la cultura andina, de etnia colla. Esta cultura milenaria rica en costumbres, ritos y creencias religiosas, fue considerada como ignorante por el común de la gente y destruida por la educación formal, llevándola a la marginación y autodesvalorización, sin embargo fue lo que le permitió sobrevivir en condiciones adversas que hubiesen destruido a cualquier otra.

Dentro de esta cultura el niño (mayormente la niña) y la mujer tienen menos valor y escasa participación, quizás

porque no tienen productividad económica. El alcoholismo asociado a las festividades y a la evasión de la realidad es muy generalizado y a veces tomado como normal a pesar de los conflictos familiares que ocasiona, formando parte de la cultura de la zona.

Creen en la pachamama (madre tierra) rostro materno de Dios. La intuición indígena de la pachamama la concibe como un gran seno materno fecundo que cobija a la vez a todos los seres vivientes proporcionándoles el sustento necesario para todos.

Practican el curanderismo, usan los yuyos en la medicina, hay parteras empíricas y comadronas; también creen en los muertos y lo esperan todos los años para la fiesta de todos los santos; cuando se muere un niño se dice que Dios y la madre tierra lo han permitido.

A.P.S. en Iruya

A.P.S. es una estrategia de trabajo para mejorar el nivel de vida de los pueblos.

Es indispensable la participación organizada de la comunidad en la toma de decisiones.

Uno de los objetivos es llevar acciones de salud donde viven y trabajan las personas.

Teniendo conocimiento del alto porcentaje de los partos domiciliarios, a ello aparejado los altos índices de mortalidad infantil y materna, el Hospital entendió la necesidad de trabajar con las parteras empíricas o comadronas en forma conjunta.

- Organizando un taller de capacitación un ambiente en el que se produjo un feed back de experiencias donde nos relataban la forma de asistencia al parto. Cuando un feto no se encuentra en posición cefálica ellas hacen "el manteo" que consiste en acomodar al feto a través de movimiento realizado por dos personas estando la embarazada acostada en la manta. Técnica hasta ahora utilizada.
- En el momento del trabajo de parto colocan recipientes con agua caliente con la finalidad de ayudar a la dilatación.
- Para recibir al recién nacido utilizan trapos limpios, secándoles los ojitos para evitar que penetre líquido a los mismos y la faja hecha de lana para envolverlo desde los hombros a los pies, para evitar "falseaduras".
- Llenan botellas con agua caliente colocándolas al costado del bebé para evitar enfriamientos considerando las bajas temperaturas de la zona.
- Cortaban el cordón umbilical con cuchillos u hojas de afeitar sin esterilizar sin tener en cuenta la prevención del tétano.
- Una vez ligado el cordón umbilical del bebé con lana de oveja sin esterilizar, el resto del cordón adherido a la placenta se lo ataba al dedo gordo del pie de la parturienta para ayudar al alumbramiento.
- Se acostumbraba amamantar al bebé después de las 24 horas de nacido, con el fin de hacerlos "fuertes y sufridos al hambre".
- Si se producía retención de placenta la partera hacía masajes con ojota izquierda sobre el abdomen.
- Una vez producido el alumbramiento recogían la placenta para enterrarla como ofrenda a la pachamama.

La finalidad de la capacitación fue conocer sus costumbres,

respetarlas y hacerles entender qué era necesario modificar para lograr un parto seguro:

- Esterilizar el material que se utilizará en el momento del parto.
- Se entregó a cada una de las parteras o comadronas un equipo de parto: que contenía pinzas Kocher, tijera, hilos estériles para la ligadura del cordón, gasas y compresas como prevención del tétano y otras infecciones.
- Promover la interconsulta con el personal de salud logrando la aceptación del parto asistido o parto Hospitalario.

Número y porcentaje de los partos hospitalarios. Años 1978-2003. Iruya. Salta

AÑO	TOTAL PARTOS	PARTOS HOSP.	%
1978	101	3	3
1988	170	43	25
1998	167	86	41
2002	170	99	58
2003	134	87	65

Se logró aumentar a través de los años el porcentaje de partos Hospitalarios como se observa en la tabla anterior, modificándose las tasas de mortalidad infantil, 216,8 ‰ en el año 1978, 35,7 ‰ en el 2002 y 14,9‰ en el 2003, y mortalidad materna 0 ‰ en los últimos seis años, según registros del programa de APS.

¿Que actitudes tomó el hospital para favorecer el parto hospitalario?

- Mediante el control prenatal y la provisión de hierro con ácido fólico que nos proporciona el Programa REMEDIAR, se alcanza mejor peso en los recién nacidos prematuros y a término.
 - Internación anticipada, aproximadamente a un mes de la fecha probable del parto, en aquellas embarazadas que residen en sectores muy lejanos.
 - Respetar la forma de tener al bebé haciendo partos en cuclillas si la paciente lo desea.
 - Entregar la placenta a aquellas personas que lo solicitan respetando sus tradiciones.
 - Puerperio prolongado, no exigiéndole a las púerperas retirarse a las 24 horas aunque haya sido parto normal, llegando algunas a quedarse hasta la caída del cordón umbilical.
 - Apoyo a la lactancia materna en forma temprana.
- Asegurar el esquema de vacunación del recién nacido.
- En el caso de parto domiciliario asistido o no, realizar la derivación temprana para control del recién nacido y púerpera.
 - Antes del alta se le informa sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar y están disponibles en el hospital.
- Así reflexionamos todos juntos sobre la necesidad de trabajar unidos, actuando sobre las causas, promoviendo el AMOR y la SOLIDARIDAD para cambiar la situación.

El control de embarazo, un desafío, una propuesta de organización

Autores: Garcés Blanca, Cheuquemán Esther, Soria María Esther, Petroff Gloria, Puga María Marta, Ulloa Claudia.
Centro de Salud Las Quintas, Bariloche. Provincia de Río Negro.

Introducción

La atención de la embarazada ha sido, es y será prioridad para nuestro Centro de Salud, así también para el Hospital y todos los demás centros.

Desde hace varios años se viene trabajando este tema y analizando las dificultades para mejorar la captación temprana, el seguimiento y la calidad de los controles.

En el área del sector público (Hospital y Centros de Salud) trabajamos en red, acordando acciones, derivando oportunamente, capacitándonos, etc. Atendemos el 50% de las embarazadas de la localidad y los partos se realizan en el hospital zonal (único en la localidad). La intención de este trabajo es dar a conocer cómo trabajamos, cuáles son las dificultades y cuáles fueron los resultados del año 2003.

¿Quiénes somos y cómo trabajamos?

El Centro de salud "SUMANDO" está ubicado a 16 cuadras del Hospital y tiene a su cargo 8000 personas aproximadamente, pertenecientes a 6 barrios. Contó durante el año 2003 con un equipo de salud formado por:

2 enfermeras, 2 agentes sanitarios, 1 pediatra, 1 médico residente en medicina general, 1 médico generalista del programa nacional médico de cabecera, una administrativa y una odontóloga. Todos trabajaron de lunes a viernes. También contamos con una obstétrica, una asistente social y una psicóloga una vez a la semana.

Se utiliza como sistema de registro el SIP (sistema informático perinatal).

Reglas para la atención de la embarazada

- Todo el equipo de salud está comprometido en la atención del embarazo.
- Ninguna embarazada puede ser rechazada.
- Cualquier integrante del equipo puede solicitar el gravíndex.
- Debe otorgarse un turno programado lo antes posible (no más de 15 días de hecho el diagnóstico) para control de embarazo.
- Debe invitarse a la embarazada al taller de cepillado bucal y a la topicación de flúor.
- Debe otorgarse lo antes posible turno para atención odontológica.
- Embarazada avanzado sin controles anteriores se atiende el mismo día o el primer día que haya médico generalista u obstétrica.
- Toda embarazada debe tener su historia perinatal (SIP) y el carnet perinatal, haciendo hincapié en el domicilio preciso.
- La historia clínica perinatal debe archivar en la carpeta de embarazadas (fichero cronológico).

- Embarazada que no concorra a control debe ser recaptada.
- La historia perinatal es entregada a la mamá a las 34 semanas de gesta.
- Toda embarazada debe tener sus controles de laboratorios (incluido streptococo B) y ecográficos, etc. según normas.

¿Cómo llegan las embarazadas al Centro de Salud?

- Los agentes sanitarios realizan su ronda en los barrios que le fueron asignados, derivando a las embarazadas al centro de salud, con una buena captación precoz.
- Por demanda espontánea.
- Se ha informado a todas las instituciones del barrio (Centro de Articulación territorial formado por las juntas vecinales, municipio, escuelas, etc.) que se está trabajando en mejorar el control de embarazo para que las mujeres y/o parejas concurren lo más precozmente, explicando los beneficios de una captación precoz y un buen seguimiento.
- Desde el Comité de maternidad e infancia del Hospital se ha informado a través de los medios de difusión.

¿Cuándo y cómo nos organizamos para atender a la embarazada?

Los días martes se destinaron a la atención de la mujer embarazada. Ese día se hace el control obstétrico y la atención odontológica. También taller de cepillado y topicación con flúor. Luego del control se entrega la leche y una caja de alimentos en caso de desnutrición.

Cuando la embarazada es de mucho riesgo (vive lejos, adolescente, embarazo avanzado sin control previo, etc.) se trata de controlarla en el momento y/o se toman los datos filiatorios y domicilio para recaptarla lo antes posible.

Las muestras para laboratorio estipuladas según normas se toman en el centro de salud los días martes y jueves para ser enviadas al hospital donde se procesan.

Para derivación a embarazo de alto riesgo y monitoreo fetal se solicita al hospital por radio (handy) el turno correspondiente y se lo entrega a la madre en ese mismo momento. En caso de que la mujer no concorra se nos informa vía radial (handy) para la recaptación.

Embarazadas que no vienen a control: ¿qué hacemos?

Cuando una embarazada no concurre a su control el día asignado, los agentes sanitarios van a su domicilio.

Se evalúa en el domicilio la situación particular y se la vuelve a citar a control.

En caso de ser de riesgo se plantea la situación en las reuniones de todo el equipo de salud tratando de ver cómo abordar a la paciente para poder realizar un seguimiento adecuado y no perder oportunidades.

En caso de no encontrar el domicilio o que la paciente viva muy lejos se la cita a control a través de los medios radiales de comunicación masiva.

¿Cómo nos enteramos si el bebé nació bien o no? y ¿cómo está?

Todas las Historias perinatales son cargadas en el sistema informático perinatal por las obstétricas en el hospital. En caso de que la paciente no tenga su SIP se confecciona uno nuevo. Luego la historia completa (con los datos del niño) es devuelta a cada Centro de Salud.

Esto nos permite saber cómo está el niño, cuáles son de riesgo para ir a visitarlos antes de que tengan su control a los dos meses en nuestro Centro de Salud.

En el hospital, un representante del Comité de Maternidad e Infancia revisa todos los SIP antes de ser distribuidos marcando los datos relevantes (embarazo sin control, bajo peso, pre-termino, madre adolescente, multipara, VDRL, etc.)

¿Qué hacemos cuando el bebé nació y el embarazo no fue controlado?

Cuando se presenta esta situación los agentes sanitarios concurren al domicilio y realizan una pequeña encuesta preguntando porqué no se acercó al centro de salud, dónde se controla el bebé y si fue asesorado sobre procreación responsable.

Estadísticas básicas (1° ene 03 – 31 dic 03)

Variable seleccionada	Total registros (Htal. y Centros de salud)		Centro de salud SUMANDO	
Registros seleccionados	993	100%	101	10.17%
embarazadas	986	100%	101	10.24%
Control prenatal				
1° antes de 20sem	679	73.3%	74	73.3%
1° entre 20-29sem	158	17.1%	21	20.8%
1° luego de 30sem	32	3.5%	3	3%
1° control sin fecha	57	6.2%	3	3%
sin control o sin dato	60	6.1%	sin dato	
Media de controles			6.7	
Parto prematuro	126	13.5%	7	7%
Pequeño para la edad gestacional	69	7.4%	3	3%
Grande para la edad gestacional	66	7.1%	10	10%

Como se puede observar, los datos obtenidos del Centro de Salud "SUMANDO" no difieren mayormente de los datos obtenidos en el total de registros.

Lo más llamativo es que los prematuros y pequeños para la edad gestacional son la mitad de los % del total y los grandes

¿Cuáles son nuestras mayores dificultades?

Para el año 2004

- Imposibilidad de captar embarazadas en los barrios que no cuentan con agente sanitario . Cabe señalar que los embarazos sin control y los recién nacidos de bajo peso provienen de estos barrios que son muy populosos.
- Recurso humano insuficiente : 2 agentes sanitarios (no pueden recorrer todos los barrios de influencia)
- Médico y obstétrica no asignado a este centro de salud (altera la continuidad en la atención)
- 1 administrativa (cuando se necesitan 2)
- 1 enfermera (cuando se necesitan 2)
- No hay nombramientos y los sueldos son bajos
- Insumos : hierro y ac. fólico totalmente insuficiente (no alcanza el REMEDIAR)
- Infraestructura: edificio chico, incómodo. No se pueden hacer charlas ni cursos preparto y la atención gineco obstétrica es muy incómoda.

• Estadísticas Básicas año 2003

Se adjuntan estadísticas básicas del sector público (hospital y Centros de Salud) discriminando nuestro centro a fin de poder comparar .

para la edad gestacional son 3 puntos más altos. Esto puede hablar de que la población del Área Bariloche que se atiende en el sector público no es homogénea siendo la población que se atiende en el Centro de Salud "SUMANDO" de mejores recursos comparando con el total.

Acciones de prevención y promoción de la salud integral de la mujer en edad fértil

Autores: D^a Agostino Marta, Zapata Jorge, Galván Beatriz, Cavallo Silvina, Balcaza Eva, Picchininni Ileana.
CAPS Malvinas Argentinas. Paraná. Provincia de Entre Ríos

Los consultores del Centro de Salud reciben a diario la demanda de atención médica de mujeres de edad fértil. Se realiza atención de la mujer en clínica, ginecológica, enfermería, odontología. Además, las mujeres concurren cuando acompañan a sus hijos al pediatra, a psicopedagogía o cuando son atendidas por el agente sanitario.

Las demandas de la comunidad son muchas y variadas. Los profesionales además de medicar, en caso que fuera necesario, indagan respecto a lo que "no se dice", o lo que "sutilmente se nos demanda" en la intervención.

Pero en muchas situaciones se detecta que si bien la mujer concurre al Centro de Salud en busca de una atención profesional y que "se le de una medicación", lo que necesita es un espacio de contención para poder canalizar las angustias, concurre en busca de otra ayuda.

En la atención profesional se detecta que la mayoría de éstas mujeres presentan problemas en la relación de pareja y que muchas de ellas han aceptado el modo de relacionarse violento, poseen su autoestima baja, por atender a los miembros del grupo familiar han descuidado su salud. Se evidencia que es mayor el maltrato hacia la mujer, que respecto del resto de la familia.

Las personas que conviven en hogares donde está presente la violencia son "familias de alto riesgo". El sistema en que se mueve la familia está enfermo porque han aceptado un modo de relación, de comunicación violenta.

La mujer que recibe el maltrato es incapaz de desarrollar sus capacidades y habilidades, se interfiere el desarrollo de toda su personalidad. Es una persona triste, deprimida, que posee baja autoestima, angustiada.

Son múltiples los factores que pueden incidir en las relaciones intra familiares violentas: falta de escolaridad, situaciones de pobreza, desempleo, disgregación familiar, trastornos en las conductas y adicciones de alguno de sus miembros, etc.

Dichos factores alteran el desarrollo de la vida familiar, con inevitables secuelas en los niños que se verán reflejados en sus trastornos de crecimiento y desarrollo, problemas de adaptación, problemas de aprendizaje, dificultad para relacionarse con los demás, etc.

Las manifestaciones de los factores desencadenantes en la salud de la mujer con problemas de maltrato hacen que sea relevante para el equipo de salud y fundamente una inmediata intervención. En los diferentes casos se requiere una visión integral de la problemática, con un abordaje interdisciplinario.

Como estrategia de intervención se organizan talleres en el Centro de Salud destinados a mujeres y sus parejas, del área de cobertura.

Los mismos están asistidos por el equipo de profesionales del Centro de Salud y con la participación del personal del Consejo del Menor y la Familia; un psicólogo y una Trabajadora Social.

Se planifican reuniones con frecuencia quincenal.

Los objetivos de las reuniones son:

- Promoción y educación de salud integral de la mujer y su pareja.
- Garantizar un espacio de intercambio de experiencias y organizar grupos de referencias locales.
- Abordar la resiliencia como factor fundamental para mejorar la calidad de la vida de las familias.
- Fortalecer la red de comunicación entre el equipo de salud y

la comunidad.

Desarrollo de la experiencia:

- Concurren al taller mujeres en edad fértil.
- Que tienen entre 20 y 45 años.
- De clase media baja.
- Son mamás de hasta cuatro hijos menores de edad.
- Sus hijos concurren a escuelas públicas.
- Algunas son las que sostienen económicamente al hogar.
- Sus esposos trabajan pero sus ingresos son escasos.
- Tienen acceso a la salud pública.
- Han manifestado en alguna consulta el profesional que presentan problemas en la convivencia familiar.
- Indagando sobre su historia familiar: sus padres han sido alcohólicos, han tenido formas violentas de relacionarse.
- Se ven angustiadas, con su autoestima baja.

En el primer taller las mujeres concurrieron sin la compañía de sus parejas.

En el primer encuentro se trabajó sobre quienes eran y quienes les hubiera gustado ser (una mamá que no pudo terminar el secundario hubiera querido ser maestra, una mamá que terminó el secundario y no tuvo recursos para seguir estudiando que sería profesora de plástica...).

Era evidente la necesidad de relatar vivencias, se mostraron ansiosas. Algunos participaron sólo cuando se les solicitaba, otras contaron todo.

En el segundo encuentro se trató el tema de modos de relacionarse con la pareja.

Pudieron expresar las dificultades que tenían en la convivencia familiar, los problemas que tenían en lo cotidiano, las demandas del esposo que no siempre eran las mismas que las de ellas. Los modos violentos de relacionarse, la falta de atención que su pareja les brindaba. El agotamiento que sentían por tratar de que su esposo estuviera conforme con lo que ella hacía en la casa y con el cuidado de los hijos.

Con el desarrollo de los talleres, las demandas se fueron canalizando y se pudieron trabajar aspectos importantes: historia personal, identificación personal con un modelo a alcanzar, autoestima, realización y proyecciones de la vida en pareja, etc.

A partir del tercer taller se fueron incorporando las parejas de las mujeres que ya venían concurrendo e incluso se incorporaron varones que asistían sin sus parejas.

Los hombres participaron más que las mujeres, los aportes se vieron enriquecidos por la perspectiva del varón.

En el cuarto y quinto taller se abordó el tema de la resiliencia y la cooperación de los miembros de la pareja.

En este encuentro se pudieron planificar algunos propósitos de los participantes a corto plazo con el objeto de mejorar la convivencia en el hogar.

Conclusiones:

- El grupo se vio enriquecido por los diversos aportes y se coincidió en la perspectiva de género, la desnaturalización de la violencia en las formas de comunicarse.
- Las mujeres tuvieron acceso a más información sobre su salud integral.
- Se deben propiciar estrategias sobre los beneficios de una comunicación sana y estilos de vida saludables.
- El Centro de Salud brinda un espacio de referencia local para las mujeres en edad fértil.

¿Conocemos realmente al beneficiario de Remediar?

Subgerencia de Auditoría y Control de Gestión

El conocimiento no es algo separado y que se baste a sí mismo, sino que está envuelto en el proceso por el cual la vida se sostiene y se desenvuelve.

John Dewey

Introducción

En incontables oportunidades, la marcha vertiginosa en la que estamos sumergidos los funcionarios del Programa Remediar que ejecuta el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación diluye la visión sobre nuestra meta principal: la entrega gratuita de medicamentos como herramienta para mejorar las condiciones de salud de la población. Interpretar la percepción de los beneficiarios de Remediar y elaborar a partir de ello un perfil de los mismos constituye una información de gran valor para evaluar el funcionamiento del Programa. Debemos reconocer en el beneficiario a su verdadero protagonista.

El siguiente análisis, desprendido de datos relevados por el área de Auditoría y Control de Gestión se propone dar una respuesta a dichas inquietudes.

Metodología

Este artículo es el resultado de la tarea de los encuestadores que representan el sector de entrevistas a beneficiarios del área de Auditoría y Control de Gestión del Programa Remediar. Incluye los datos obtenidos entre Enero y Diciembre de 2004.

Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario dirigido que realizaron los auditores a los beneficiarios del programa en sus domicilios particulares. Este instrumento fue aprobado oportunamente por el BID. El mismo ha sido adecuado en el 2003, debido a la necesidad de mejorar la información relevada por el área.

Se visitaron 7622 domicilios en 13 provincias y la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período en estudio.

Asistencia a los CAPS

En primera instancia resulta destacable que la mayoría de los beneficiarios entrevistados -más precisamente el 94%- no son pacientes ocasionales de los CAPS sino que poseen el hábito de asistir con frecuencia a los centros de salud. Este hecho coincide con uno de los objetivos primordiales del programa: reforzar la concurrencia de los que los visitan habitualmente, captar a aquella franja de la población que consultaba en los hospitales por patologías que deberían resolverse en el primer nivel de atención y aumentar el número de personas que acude a consultas de control de salud. La obligatoriedad de la

consulta médica previa para acceder a los medicamentos REMEDIAR fue, sin duda, uno de los factores que contribuyó a la consolidación de dichas prácticas.

La asistencia de los beneficiarios de REMEDIAR a los centros de salud resultó ser una modalidad establecida en el tiempo: el 46% concurría a su CAPS desde hacía más de 5 años al momento de la entrevista, mientras que el 24% llevaba entre 2 y 5 años haciéndolo. Esta constancia con respecto al centro asistido consolida la relación médico-paciente y facilita el trazado de áreas programáticas por parte de los responsables.

Elección del CAPS

En cuanto a los criterios de selección que utilizaron los beneficiarios para determinar la elección del centro, se destacó la cercanía de los CAPS con respecto a los domicilios: motivación que influyó en casi el 40% de los entrevistados. El dato se explica en parte por los escasos recursos económicos con los que cuentan los beneficiarios: la gran mayoría concurre a los centros de salud caminando o en bicicleta, y sólo unos pocos en transporte público. Este último constituye un aspecto importante entre las desigualdades que caracterizan la problemática argentina y han surgido varios proyectos que intentan paliar semejante flagelo.

Si bien la calidad de la atención médica ocupó el segundo lugar dentro de los motivos por los que los beneficiarios seleccionaron los centros, ello sólo ocurrió en el 11% de los entrevistados.

Frecuencia de consultas

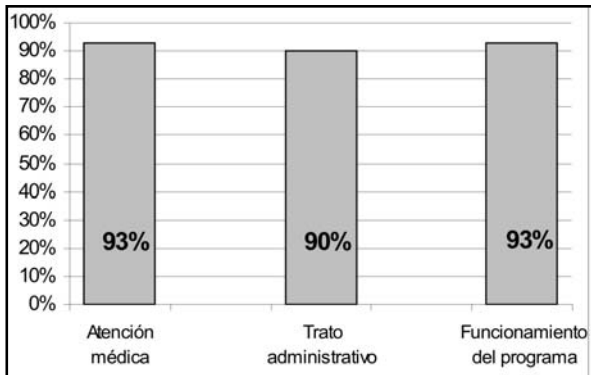
La frecuencia de consultas fue la siguiente: el 76% concurre una vez al mes y el 14% lo hizo en dos oportunidades. Podría inferirse que la concurrencia mensual al CAPS tiene como objetivo la obtención del medicamento en casos de enfermedades crónicas. Cabe destacar que la asistencia del paciente crónico es uno de los principales desafíos de Remediar.

Recordemos aquí que el botiquín REMEDIAR cuenta con enalapril, atenolol, hidroclorotiazida, metformina, glibenclamida, budesonide y aspirina (recientemente incorporada), drogas utilizadas en el tratamiento de enfermedades crónicas prevalentes como la hipertensión, la diabetes y el asma entre otras.

Conformidad

Otro aspecto relevado fue la percepción de los pacientes con respecto a la ejecución del Programa. Ésta resultó ampliamente favorable: más del 90% se encuentra conforme con la atención médica que recibe y con el funcionamiento de Remediar. Lo mismo sucedió con la atención administrativo recibida en los centros.

Grado de conformidad de los beneficiarios Año 2004



FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

Conocimiento de Remediar

En cuanto al grado de conocimiento que mostró la población entrevistada con respecto al Programa, el 72% de los receptores de medicamentos sabía de la existencia del mismo. Una cuestión destacable es el bajo porcentaje de beneficiarios que manifestaron conocer la existencia del 0800 (30%). Considerando que el conocimiento del Call Center por parte de los beneficiarios resulta fundamental para un óptimo aprovechamiento del Programa, tanto los responsables de los CAPS como los funcionarios de Remediar debemos esforzarnos en revertir esta situación .

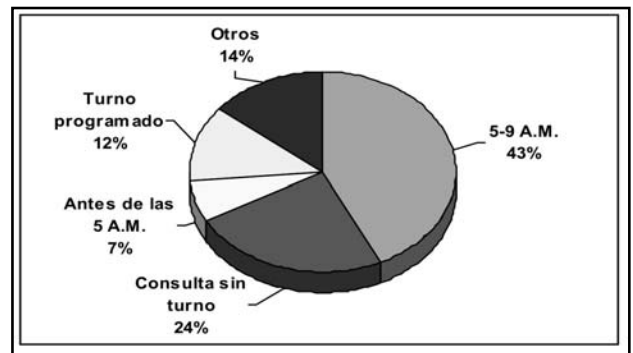
Barreras de acceso

La eliminación de las barreras de acceso a la consulta médica constituye uno de los principales objetivos del Programa. Dichas trabas pueden expresarse de diferentes modos, sin embargo son dos las que cuentan con mayor jerarquía. Una de ellas es el cobro de bonos. La otra, de cual nos ocuparemos en este artículo, tiene relación con la dificultad para la obtención de turnos por parte de los beneficiarios. Dos problemáticas se identifican bajo este último ítem: El horario en que los beneficiarios deben presentarse para obtener un turno y luego el tiempo que tardan en ser llamados. La distribución del horario de asistencia del paciente al CAPS con el fin de obtener un turno se concentró principalmente

entre las 5 y 9 de la mañana (el 43%, ver gráfico). Según refirieron los beneficiarios, en particular los que habitan en el conurbano bonaerense , concurrir a la madrugada a los CAPS implicó exponerse al riesgo de robos e inseguridad en general.

Por otra parte, el tiempo de espera para acceder a la consulta a partir de la obtención del turno fue de menos de una hora en el 35% de los casos y de más de tres en el 22%. Esto evidentemente resulta perjudicial para el beneficiario que no puede diferir sus obligaciones laborales y familiares.

Hora de concurrencia al CAPS para la obtención de un turno - Año 2004



FUENTE: Sub Gerencia de Control de Gestión y Sistemas de Información

Cambios en el Programa

Por último, y coincidiendo con los altos niveles de conformidad con respecto al Programa expresado por los beneficiarios, cabe destacar que el 87% de los entrevistados no consideró necesario cambios dentro del funcionamiento y alcance del Programa. No obstante, del 13% -que sí los cree oportunos- la mayoría reclamó una mayor cantidad de medicación en los botiquines destinados a enfermedades de alta prevalencia y de carácter crónico como la hipertensión.

Conclusiones

Una vez más, queda demostrado que una buena comunicación entre los usuarios del sistema de salud y el Programa Remediar posibilita la adecuación del botiquín a las necesidades de los beneficiarios. Es tiempo de renovar el pacto entre los beneficiarios y el Programa. Creemos que profundizar nuestro conocimiento acerca de las necesidades de los beneficiarios se impone como una actitud indispensable para continuar la tarea infatigable de mejorar el funcionamiento del Programa tras haber dado, en nuestra opinión acertadamente, los primeros pasos.

Los precios de adquisición de medicamentos

Resultados del Programa Remediar

Area de Programación - Subgerencia de Operaciones - Programa Remediar

En el último trimestre del año 2004 se concluyeron dos procesos de compra de medicamentos (LPI 01-04 y LPI 04-04) destinados a atender las necesidades de los CAPS durante el presente año.

Como ya se ha registrado en ocasiones anteriores, el programa obtuvo precios que representan una fracción muy reducida de aquellos a los que los mismos medicamentos son ofrecidos en el mercado minorista.

Esto es así por cuanto al comprar directamente a los laboratorios, el Programa consigue un ahorro en distintos componentes del precio final de un producto en el mercado. Por ejemplo: en los márgenes de comercialización que se adicionan en la cadena de distribución (mayorista y minorista), cuyo objeto es que los medicamentos estén disponibles en todo el país.

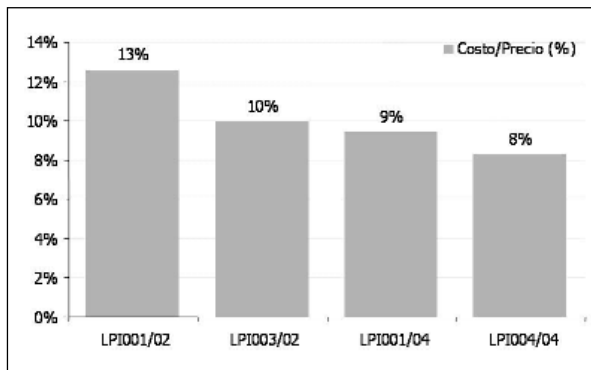
Por otro lado, los gastos de publicidad sobre el profesional prescriptor en que incurre el laboratorio forman parte de su precio de venta cuando operan en el mercado minorista, pero no así en el ámbito de las compras institucionales.

Finalmente, los precios del manual farmacéutico suelen incluir un margen de "sobrepeso". De esta manera, no reflejan fielmente los precios del mercado minorista, que resultan de un farrago de descuentos de distinta índole entre laboratorios, farmacias, terceros pagadores y paciente.

En el gráfico N° 1 se presenta la relación entre el costo de adquisición promedio de un tratamiento por parte de Remediar y su precio en el mercado minorista para las cuatro licitaciones internacionales realizadas por el programa.

Gráfico N° 1

Relación entre costos de adquisición promedio de un tratamiento y su precio en el mercado minorista.



FUENTE: PROAPS - Remediar y Manual Farmacéutico Argentino

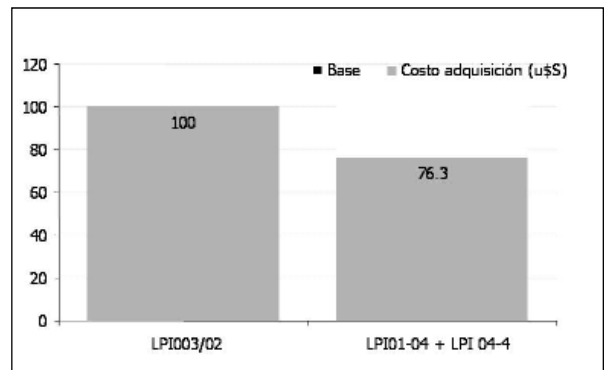
No sólo los costos de adquisición son una mínima fracción de los precios minoristas. Adicionalmente, en las últimas dos compras se obtuvo una reducción absoluta de los precios en dólares estadounidenses cercana al 25%¹ en promedio respecto de los últimos registrados por el Programa aproximadamente un año antes (Gráfico N°2).

Esto puede ser el resultado, entre otras causas, del aumento de la escala de las compras. Por ejemplo, las unidades adquiridas de Enalapril se quintuplicaron entre última compra y la anterior, generando una caída del 35% en el costo.

A su vez, en la disminución puede haber influido cierto efecto de "aprendizaje". Así, por ejemplo, los participantes de las nuevas compulsas conocen los precios a los medicamentos fueron adquiridos anteriormente e intentan mejorar sus ofertas con el fin de resultar ganadores.

Gráfico N° 2

Evolución del costo de adquisición de medicamentos.



FUENTE: PROAPS – Remediar

Este fenómeno tiene implicancias obvias. Por ejemplo, el tratamiento de una paciente con Hierro + A. Fólico durante 9 meses, insumiría \$180 a precio de mercado minorista, mientras que por el programa fue adquirido a sólo \$18. En el caso del Enalapril, el tratamiento anual de un paciente insumiría, a precio promedio de mercado, \$191 (y \$210, si el paciente se abasteciera de la marca líder), mientras que el programa gasta sólo \$13 en el mismo tratamiento². Se destaca así la importancia del ahorro generado por la compra agregada.

¹En el cálculo se incluyeron únicamente aquellos medicamentos adquiridos en ambas compras.

²A este precio se debería agregar un margen correspondiente a los gastos administrativos y de distribución en los que incurre REMEDIAR.

