

En los temas y las problemáticas que se vinculan a las cuestiones sanitarias de una población determinada, no son siempre los avances técnicos y científicos referidos a la medicina y al resto de las disciplinas de la salud los que llevan la exclusividad en lo que hace a las determinaciones de los caminos y las alternativas a definir e implementar, ni a las soluciones pasibles de ser plasmadas en dichos sistemas de salud.

La sífilis, más allá de ser el tema que nos ocupa en particular en esta oportunidad, es un ejemplo acabado de la afirmación antes expuesta; tanto los métodos para su detección y diagnóstico en las personas que padecen infección como la terapéutica farmacológica para su tratamiento y definitiva cura, son lo suficientemente sólidos como para asegurar el ciento por ciento de efectividad a un coste más que asequibles ya sea para los sistemas solidarios de salud (conocidos comúnmente como sistemas de seguridad social u obras sociales) como para la estructura sanitaria sustentada por el Estado. Independientemente de ello, esta patología continúa formando parte de los problemas que a diario deben afrontar los países de diferentes niveles de desarrollo. No es para nada exclusividad de aquellas naciones subdesarrolladas o en vías de desarrollo, si bien éstas son las que más sufren este tipo de problemáticas. Los países que conforman los grupos de los rangos superiores en lo que a estructuras sociales, educacionales y económicas se refieren se han visto sorprendidos por un aumento en las estadísticas en lo que a sífilis adquirida y en sus modalidades gestacional y congénita. Lo antedicho refuerza los conceptos

vertidos en el inicio de este apartado. Es lógico deducir que dichos países son aquellos que cuentan con métodos y tratamientos apropiados, al tiempo que los mismos se encuentran sustentados por estructuras sanitarias que superan considerablemente a las que podemos disponer en nuestro país y nuestra provincia en particular. De todos modos, esta afirmación no forma parte de un consuelo ni mucho menos de un aliciente, sino todo lo contrario. El hecho de conocer la problemática a la que se deben enfrentar las naciones llamadas “del Primer Mundo” nos debe hacer reflexionar sobre la contundencia que conlleva esta enfermedad y las dificultades sociales y sanitarias que contiene en sí misma a la hora de plantearse la disminución de su prevalencia como horizonte a mediano plazo hasta llegar a cumplir con los objetivos planificados para el año 2015 por los organismos internacionales de salud: un recién nacido con sífilis congénita por cada dos mil nacidos vivos. Un fin por demás justificado si consideramos las complicaciones inmediatas que pudieren sufrir aquellos neonatos que padecieren la enfermedad, las secuelas con las que muchos de ellos deberán convivir por el resto de sus vidas y lo que ello representa en la calidad de vida de las personas.

A lo antedicho y siempre desde un punto de vista estrictamente sanitario, se deben agregar conceptos como los costes que conlleva cualquier patología para un sistema de salud comunitario, sin dejar de lado en ningún momento el aspecto netamente humano de cada uno de los individuos que padecen ésta o cualquier otra enfermedad. Pero la idea de base del concepto expresado parte justamente del interés de los que se encuentran cursando una afección, cualquiera sea, y de los que pudiéremos padecerla en algún momento determinado de nuestras vidas. Para hacer frente a los gastos hay que contar con recursos económicos y financieros; esta verdad que puede resultar obvia, es la que nos permite a

planificar a futuro contando con los medios para plasmar en la cotidianeidad lo que se ha programado.

Por lo tanto, la buena distribución y el correcto manejo de los fondos destinados a salud en la actualidad, darán paso a una mejor calidad de vida de quienes formamos parte de la sociedad como resultado final.

Los objetivos específicos planteados en este Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita darán paso, sin duda alguna, a un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a esta temática en particular; conocer las cifras reales relacionadas a la sífilis en los recién nacidos en la provincia de Buenos Aires a través de la notificación de parte de los efectores de salud de los distintos niveles de atención en territorio bonaerense no es un tema menor, si consideramos que para la toma de cualquier decisión es necesario contar con información previa. La notificación de casos es un tema problemático no sólo en lo que hace a la sífilis en particular o a las infecciones de transmisión sexual en general. De hecho, contar con estadísticas epidemiológicas es un tema por demás complejo, incluso en ámbitos reducidos en lo que hace a extensión y número de habitantes, más aún, si tenemos en cuenta la superficie de la provincia de Buenos Aires y su densidad poblacional en algunas zonas específicas.

Para ello, este PESC/2010 ha planteado una serie de caminos que han sido probados durante el desarrollo del mismo, haciendo las variaciones recomendadas por quienes formaron parte activa del mismo. Poner en marcha la implementación de una nueva planilla de notificación de casos, con la ventaja de haber sido testeada en terreno por quienes

deberán de aquí en más hacer uso de ella. Concretamente: si no resultó complejo el manejo de ésta durante el proyecto, no debería serlo en el trabajo diario. De todos modos sabemos y reconocemos los diferentes obstáculos que se presentan en las diferentes localidades de la provincia, las cuales van desde la falta de personal a la ausencia de medios y equipamiento para la carga de datos, pasando por las dificultades para la captación de las personas que padecen este tipo de patologías.

Por todo ello es que se han utilizado diversos caminos y metodologías para la concientización de los efectores de salud y de la población en general; en el caso de los primeros, las charlas y los talleres que se han realizado en cada uno de los municipios seleccionados para sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad y la importancia de la notificación. En referencia a la población, la información y educación a través de distintos materiales de comunicación social que fueran impresos durante este proyecto y distribuidos en las localidades participantes.

Quedan por supuesto muchas cosas por hacer. En primer lugar, asegurar la sustentabilidad en el tiempo de lo realizado; como segunda materia pendiente, hacer extensivo este PESC a otros municipios que lo han solicitado fervientemente y que hasta han participado de ciertas actividades, más allá de no haber sido incluidos en la nómina oportunamente, lo que deja la puerta abierta para la implementación del proyecto en el resto de los municipios bonaerenses.

En las páginas de este informe, se podrán visualizar los aspectos generales de todo lo expresado en estos párrafos, cifras que dejan ver a las claras la situación real de la sífilis congénita en la provincia, y la visión externa de quien ha coordinado los esfuerzos que todas y cada una de las partes han puesto desde la actividad que le ha tocado llevar adelante.

INTRODUCCIÓN

Generalidades

El Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita dispuesto para este año 2010 en el territorio bonaerense llevado a cabo por el Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. Aires y financiado por el Consejo Federal de Inversiones de la República Argentina, tiene por objeto algunos puntos específicos, los cuales podrían sintetizarse en la recolección de datos relacionados a la temática que produzcan una base de datos inicial y pasible de proyecciones que no sólo sea fehaciente sino también creíble; sensibilizar a los equipos de salud que mantienen directa relación con la población asistida para que más allá de la atención estrictamente médica sumen a ella la contención y servicios de consejería en lo que hace a las recomendaciones para la prevención de contraer la enfermedad y su posterior transmisión y tratamiento terapéutico en caso de padecerla; y dejar conformada una estructura que permita la transferencia de información en lo que hace a la notificación de casos en tiempo y forma a los estamentos creados para tales fines.

Si bien los objetivos generales y específicos del proyecto son por demás plausibles, es importante incluirlos dentro de un esquema de realidad. Ya ha sido dicho en el Informe de Avance, presentado durante el mes de abril del corriente, que el contexto de la provincia de Buenos Aires es por demás diverso. No sólo en lo que hace a las diferentes regiones que componen la totalidad del territorio, lo cual resulta sumamente lógico si tenemos en cuenta la extensión geográfica provincial, sino también en lo que se refiere a la diversidad de las variables sociales que hacen a su población. Este último punto deja como conclusión la diversidad existente en una misma región, del mismo modo que en un mismo partido, cuando se tratare de distritos que combinan superficies considerables al tiempo que alta densidad poblacional. La realidad indica a las claras que el aspecto sanitario de una población correspondiente a un partido provincial determinado con las características antes citadas, no sólo debe analizarse desde la óptica de la salud estrictamente, tal cual se tiende generalmente a hacerlo. La tan utilizada frase “fallas del sistema sanitario” no siempre se reduce y circunscribe al ámbito de la salud, por no decir que nunca lo hace; si intentamos analizar cualquier problemática de esta índole en forma aislada, caeríamos sin lugar a dudas en un fracaso rotundo desde el vamos. De todos modos, en muchas oportunidades se dejan entrever evaluaciones sectorizadas y demasiado específicas que dejan de lado contextos y realidades

que incluyen variables por demás significativas. La cultura de ciertas comunidades que integran la población de un determinado partido, como así también la oferta educativa de parte del Estado, las características socioeconómicas de esas comunidades y otras pautas determinantes, conforman un sistema sanitario más allá de las posibilidades de accesibilidad de parte de la población como punto esencial e inicial de cualquier estructura de salud.

En el transcurso del presente informe serán tratados estos temas de manera enunciativa, al igual que vinculante, a los efectos de brindar un panorama que permita encontrar los puntos fuertes en los que pudieren sustentarse los cambios necesarios, como así también arribar a conclusiones integrales, insoslayables por otra parte, para tomar determinaciones y definiciones sobre la temática en cuestión.

La idea, en definitiva, es no sólo llegar a cumplir con los objetivos específicos del PESC/2010 citados al inicio de este apartado, sino también colaborar mediante un análisis amplio y una mirada externa al sistema sanitario desde quien suscribe, con el fin de ayudar en las decisiones posteriores. Nadie puede negar que las estadísticas fehacientes correspondientes al número de mujeres embarazadas que padecen sífilis con la consecuente posibilidad de

transmitirla a sus hijos/as recién nacidos/das conllevan en sí mismas la importancia de cualquier dato epidemiológico. Pero de todos modos, los números arrojados podrían resultar coincidentes en diferentes y variados aspectos en dos ámbitos diferentes del territorio provincial, lo que daría lugar a pensar en ciertas similitudes de contexto. Puede resultar reiterativo, pero es dable destacar que en numerosos partidos (sobre todo los que conforman los diferentes cinturones del GBA) las diferencias contextuales se vislumbran dentro de los límites de los mismos, sin necesidad de pasar de un subterritorio a otro. Demás está decir que las semejanzas entre municipios y localidades bonaerenses, si bien pueden encontrarse, no mantienen una relación preestablecida ni mucho menos. Podrían coincidir por estructuras semejantes, por convivencia de estructuras (provinciales/municipales), por similitudes en las condiciones socioeconómicas y culturales, o simplemente porque no existen demasiadas variaciones ni posibilidades en los resultados. Lo que sí es importante recalcar es que no siempre idénticos resultados responden a causales similares. Y eso es lo que se pretende resaltar en el análisis previo y en las conclusiones que pudieren surgir de los mismos, los cuales serán plasmados en el presente informe.

Para ello, uno de los mecanismos utilizados ha sido el de mantener reuniones con responsables de los programas

sanitarios, con los equipos de atención primaria de la salud, con profesionales Jefes de los Servicios de establecimientos hospitalarios que mantiene relación con la temática de la sífilis gestacional y congénita, directivos de hospitales, Secretarios/as de Salud de los municipios, etc., en los sitios seleccionados en su oportunidad para la realización del proyecto. Ciertamente es que los datos que se pueden recolectar en esas reuniones podrían ser solicitados a la distancia y que muchos se encuentran en los Cuestionarios Iniciales completados por los/las Encuestadores/ras que fueron especialmente programados e incluidos adrede para tener una idea general de lo que ocurre en cada uno de los sitios preestablecidos; pero también es cierto que resulta indispensable conocer la realidad por propia experiencia cuando lo que se pretende es dar una imagen acabada de lo que allí acontezca, más allá de datos, estadísticas y descripciones formales de un sistema sanitario. Lo que surge de una reunión conjunta muchas veces concluye en experiencias que terminan por ser “nuevas” hasta para quienes forman parte de las tareas cotidianas en determinado lugar. Algo que deja ver a las claras que el todo es más que la suma de las partes. Esas partes que son, ni más ni menos, la estructura donde se sustenta el sistema sanitario de determinado partido de la provincia.

De allí que quien suscribe ha considerado indispensable la realización de esas reuniones “in situ” más allá de las distancias por demás extensas que se han debido cubrir por las características geográficas bonaerenses y las localidades seleccionadas para ser incluidas en el presente proyecto. Resulta primordial, para cualquier conclusión a la que se desee arribar que sobrepase las estadísticas epidemiológicas, extraer del modo más directo posible la información que se desprenda de los trabajos diarios que se sucedan en cada uno de los municipios.

Para ser consecuente con lo hasta aquí expuesto, es adecuado vincular la patología estudiada y su relación con las diversas variables a considerar, de modo tal que no resulte un análisis descontextualizado a la hora de arribar a las diferentes conclusiones. Para ello deberíamos hacer una pequeña síntesis en donde se correspondan todos los puntos que se han tenido en cuenta a la hora de analizar las diversas realidades vistas, desde las más básicas y generales hasta las más específicas de cada lugar, dejando así instalada una base desde la que se pudiere arribar a conclusiones que surjan de patrones uniformes preestablecidos.

Resultan innegables los avances que se han dado en las ciencias de la salud en los últimos años al igual que en otras disciplinas que contribuyen en mayor o menor medida con la medicina. Entiéndase por esta última afirmación, por ejemplo, equipamiento de diagnóstico por imágenes, la industria de los fármacos, aparatología terapéutica para diferentes afecciones, etc.

A pesar de hallarnos incluidos geográficamente en un subcontinente en vías de desarrollo, es factible encontrarse en diversos centros de salud (estatales o privados) con dicha tecnología y en el mercado farmacéutico con medicamentos de última generación. Eso dejaría instalada la idea de “accesibilidad a un sistema sanitario compatible con las necesidades” como un paradigma, aunque sencillamente descalificable

(tema que desarrollaremos en extenso más adelante

por tratarse de una variable por demás substancial

en la temática que nos ocupa). Ya sean los

adelantos en los métodos diagnósticos, ya

los relacionados con las terapias y todos los

que se encuentren en el abanico sanitario, no

incluyen a la totalidad de las afecciones. Muchas

de ellas aún no encontrado su cura definitiva y otras han dejado de

ser terminales para pasar a ser crónicas y sobrellevables con una

calidad de vida más que aceptable en relación a lo que sucediera

sólo algunos cuantos años atrás. En esta descripción entran



patologías como el cáncer (en sus diferentes tipos), para el cual aún no se han encontrado terapias que lo erradiquen definitivamente; del mismo modo que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida – VIH/Sida, el cual integraría la lista de las que se han transformado en crónicas y con una calidad de vida en muchos casos satisfactoria, después de encontrarse entre las terminales durante un par de décadas desde su descubrimiento y la aislación de su agente causal. Pero muy distante de las aquí mencionadas se encuentra la sífilis, enfermedad a la cual se han dedicado específicamente los esfuerzos del presente programa.

La Enfermedad

Más de un siglo ha pasado desde que fuera descubierto el microorganismo que produce la patología, el *Treponema pallidum*. En 1905 se logró aislar el agente causal en una clínica de Berlín; teniendo en cuenta que la enfermedad era conocida desde varios siglos antes en el viejo continente, más específicamente desde la vuelta de Cristóbal Colón de su primer viaje a América quien la contrajera junto a gran parte de su tripulación a través de relaciones sexuales mantenidas con aborígenes centroamericanos y la llevaran a su continente, el aislamiento de la bacteria fue tardío debido a las características estructurales de la misma. Ésta es transparente y no es factible observarla con técnicas microscópicas convencionales, sino que es necesario un campo oscuro de fondo.



Ante tamaño descubrimiento (hay que tener en cuenta que era una enfermedad mortal en la gran mayoría de los casos y con sintomatología severa) rápidamente se comenzaron a buscar medios y mecanismos para su cura. El arsénico y el mercurio fueron las primeras sustancias utilizadas para su tratamiento, no sin dejar rastros indeseables en el organismo de quienes las consumían, por sobre todas las cosas a nivel del sistema nervioso central y del cerebro en particular. Destruían una parte importante del tejido de los órganos que lo constituyen, literalmente hablando.

El año 1928 permitió al mundo encontrarse con la penicilina gracias a los trabajos de Alexander Fleming. Descubrimiento al que en un principio no le fue dada la importancia que en realidad tenía. Pero luego de sobradas evidencias en diferentes tratamientos y en particular en el de la sífilis, en 1940 y producto de las necesidades surgidas de la Segunda Guerra Mundial, comenzó su producción sistematizada, masiva y casi universalizada en occidente.

Esta pequeña introducción, a la cual de seguro le faltan infinidad de datos que la harían mucho más nutrida y atractiva, sirve para plantearse una serie de interrogantes que difícilmente podamos responder desde la lógica; si tenemos en cuenta que ha pasado más de un siglo del descubrimiento de la bacteria que causa la enfermedad, poco más de ochenta años desde que se dio origen al medicamento que la cura y ya tres décadas de su casi total erradicación en los países desarrollados y en la gran mayoría de los que se encuentran en vías de desarrollo, resulta complejo entender el recrudescimiento y el ascenso vertiginoso de la sífilis en los últimos años. Una patología fácilmente detectable y diagnosticable y de tratamiento sencillo y económico, no debería generar problemas a nivel sanitario. Pero la realidad indica lo contrario y de hecho ha sido la que dio origen a la necesidad de implementar el proyecto de eliminación de la sífilis congénita en el territorio de la provincia de Buenos Aires, como uno de los Estados argentinos epidemiológicamente más comprometidos por sus

características geopoblacionales. Las Naciones Unidas, desde sus organismos dedicados a la salud, han dedicado párrafos enteros a la erradicación de la sífilis congénita; de hecho uno de los manifiestos que constituyen las Metas del Milenio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) indica a necesidad de llegar a 0,5 neonatos infectados por cada 1.000 nacidos vivos para el 2015. Lamentablemente la mayoría de los países no están en condiciones de darse por satisfechos con los resultados conseguidos a través de las acciones ejecutadas aún y respecto de los guarismos que se conocen, entre los cuales se encuentra la República Argentina y nuestra provincia en particular.

De lo hasta aquí expuesto, si lo utilizáremos como disparador para proseguir, podríamos caer en una diversidad de temas considerable; se ha visto que se encuentran a nuestra disposición todas las herramientas para clasificar y calificar a la enfermedad como sencillamente erradicable. Del mismo modo que se cuenta con los medios para su tratamiento y cura, se disponen de mecanismos preventivos que impedirían la transmisión de la infección en caso de ser utilizados sistemáticamente. Y es aquí justamente donde entran en juego las variables, numerosas por cierto, a las que hemos hecho referencia en



varias oportunidades en éste y en otros informes oportunamente. Las variables que componen el contexto donde se inserta la realidad social general y específica de las diferentes regiones y localidades de la provincia de Buenos Aires y que conllevan consigo un peso por demás trascendente. Que existan los medios no garantiza que los resultados sean los que producen la correcta utilización de esos medios. Y por correcta utilización debemos considerar y entender la afirmación respecto del tiempo y la forma, literalmente. En conclusión, que existan los medios no implica que se usen. Y esta afirmación corre por cuenta y responsabilidad del Estado, de la sociedad y de nosotros como individuos.

La falta del uso sistemático de los medios preventivos y terapéuticos no podría adjudicarse a una causa única, por supuesto. Existen motivos individuales, sociales, culturales, educativos, político/sanitarios, etc. Esto nos conduce a una trama compleja de analizar y más aún de solucionar. Pero es importante incorporar a la lista de puntos evaluables la mayor cantidad de ellos, siempre que se pretenda obtener conclusiones que permitan brindar una mirada externa que contribuya a poner en evidencia las diferentes realidades de los sitios incluidos en el proyecto (las coincidentes y las que no lo son) y no sólo quedar en los números que conforman las estadísticas epidemiológicas de cada región, hecho que cumpliría con los objetivos diagramados para el programa en desarrollo pero no con los alcances potenciales del mismo ni con las expectativas personales de quien suscribe.

Considerar a la Sífilis Congénita (SC) como una patología aislada resultaría no sólo difícil de evaluar y analizar, sino que en el tiempo sería infructuoso. Partamos de una base que no por obvia deja de sustentar lo antedicho: para que un/a recién nacido/a (RN) contraiga la enfermedad (con o sin síntomas visibles en un primer estadio), o sea, para que exista la SC, debe existir inexorablemente la sífilis adquirida. Recordemos que al/a la RN se le transmite de forma intrauterina durante el período gestacional o en el canal de parto, al momento del alumbramiento. Lo que comúnmente se conoce como “transmisión vertical” (TV), madre/hijo. A su vez, por tratarse de una enfermedad transmisible por el contacto sexual, la madre deberá contraerla del padre, su pareja estable u otra ocasional, la que a su vez debería haberse infectado del mismo modo en una relación sexual. Esto conlleva indefectiblemente a poner énfasis en todos los procesos de información/educación de las personas en edad sexualmente activa, como así también en los grupos etarios de los extremos de la pirámide poblacional, ya como educación a futuro en los más pequeños; ya como transmisores generacionales de conductas a adoptar en los grupos de la tercera edad y para sus propias conductas, si tenemos en cuenta las variaciones culturales que han sufrido las costumbres en la temática. Tengamos en cuenta que los hábitos de los adultos mayores en lo que respecta a la sexualidad han variado considerablemente tras la aparición de drogas terapéuticas que alargan y mejoran considerablemente la

calidad y las expectativas en la vida sexual masculina. Las consideraciones descritas han generado un ascenso a tener en cuenta en la prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en los grupos etarios que ocupan el extremo superior de la pirámide poblacional y en ciertas enfermedades oportunistas en el caso de la infección con VIH/Sida, como la tuberculosis multiresistente, entre otras. Ciertos hábitos ya instalados en la sociedad (no por las variaciones hasta aquí citadas) han dado como resultado el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos recién ingresados en ese período de la vida. No sólo por las estadísticas resultantes de estudios sociales, los cuales siempre podrían contar con los errores lógicos de cualquier encuesta, sino por datos pragmáticos que se desprenden de los embarazos en edades de la adolescencia por demás tempranas más las ITS que proliferan en varones menores de 15 años acudiendo a la consulta tras la aparición de los síntomas y signos.

Un dato a tener en cuenta, y fácilmente deducible después de lo expuesto, es que en todas y cada una de las localidades en las que se mantuvieron reuniones con los responsables y los integrantes equipos de salud de primer y segundo nivel de atención se ha expuesto como un problema de peso el inicio temprano de las relaciones sexuales, no por cuestiones que se relacionen con lo social o cultural, sino por la poca instrucción con que cuentan los adolescentes, hecho éste que concluye tanto en embarazos no deseados como en patologías transmisibles sexualmente. Quizás la incorporación real de Educación Sexual como

asignatura obligatoria en los establecimientos educativos (hecho que no es sistemático en absoluto más allá de la Ley Nacional que así lo promueve) podría favorecer a encontrar el camino hacia una solución a los problemas que se presentan en este aspecto.

Las condiciones socioeconómicas de una población determinada son un aspecto preponderante en la proliferación de las enfermedades transmisibles sexualmente como la sífilis. Al no tratarse de una patología de aparición específica a una época del año (tal el caso de la Gripe A H1N1 o el dengue) sobre la cual se puede realizar una

campaña extremadamente intensiva por los medios de comunicación y por ser una afección que se relaciona con los hábitos sexuales y la intimidad de las personas, es más complejo



llegar a la población con las recomendaciones preventivas, ya sea en lo referido a los mecanismos a utilizar durante la práctica del acto sexual como los medios de diagnóstico temprano, considerando a esto último como un mecanismo dentro del aspecto preventivo/asistencial¹.

¹ Cabe señalar que en las localidades del interior de la provincia, donde la población es escasa y la cultura y las costumbres sociales son mucho más duras respecto de lo que pudiese suceder en las grandes urbes, existen fenómenos que si bien obedecen a cuestiones netamente sociales mantienen una estrecha relación con el sistema sanitario del lugar. Sin distinción de edad ni de género, las personas que deben acudir a la consulta por padecer síntomas y signos que pudieren relacionarse con la sífilis, lo hacen en el sector

Pero por qué se propone a la situación socioeconómica de la población como primer eslabón en la cadena de causales. Simplemente porque es desde allí de donde nacen ciertas características vinculantes para la vida cotidiana de las personas. En lo que hace a su situación personal y en lo relacionado con la sociedad. A partir de las condiciones sociales con las que la población convive se traducen las ofertas que el Estado tiene para con ella de modo integral. Si bien los cimientos culturales se encuentran arraigados (tal el caso de ciertas comunidades que migran a nuestra provincia de países limítrofes), la educación es un vehículo por demás conveniente para el cambio de hábitos. La falta de presupuesto no sólo genera problemáticas en el sector sanitario; el resto de los componentes que hacen a cuestiones de políticas sociales integrales de Estado inherentes a la población se ven tan afectadas como ésta. Muchas veces no sólo es tema de finanzas: la falta de decisiones y de implementación de políticas es un factor substancial.

Esto deja ver a las claras que la problemática de la erradicación de una enfermedad de transmisión sexual como la sífilis adquirida (de presencia esencial para la presencia de la Sífilis Congénita) va más

privado. Inclusive aquellos que carecen de cobertura social y hasta de medios económicos para acceder, haciendo un gran esfuerzo para poder solventar los gastos. En caso de dar un resultado reactivo, la medicación es adquirida en el hospital estatal de la localidad, donde también se le realizan las aplicaciones con las órdenes extendidas por el médico. La reiteración en las dosis es lo que hace suponer al personal hospitalario la presencia de una infección con *Treponema pallidum*, la cual no puede ser notificada ni incluida en las estadísticas por el personal del hospital puesto que no hay modo de comprobarlo ni documentación que la respalde. Los organismos del sector privado no cuentan con estadísticas fehacientes que puedan ser tenidas en cuenta, aunque podríamos asegurar por la información recibida que se mantienen los porcentajes y la proporcionalidad en relación al sector estatal.

allá del sistema sanitario exclusivamente, si bien su tratamiento y gran parte de los aspectos preventivos son resortes del ámbito de la salud.

Y uno de los puntos sobresalientes dentro de la estructura sanitaria es la accesibilidad a las ofertas del sistema. Como concepto en el sistema de salud, la accesibilidad muchas veces es confundida con la idea de si existen sitios donde poder acudir a buscar elementos de prevención o solicitar un turno para atención médica. Pero la accesibilidad a un servicio cualquiera brindado desde y por el Estado, a partir de una mirada sociológica, va mucho más allá que eso; no sólo se trata de “tener donde acudir”. Y para ilustrar la idea existen numerosos ejemplos que podrían hacerlo, pero sólo vamos a hacer uso de alguno que resulte elocuente a la hora de relacionarlo con la temática que abordamos.

Comencemos por las formas de arribo. Existen estudios tanto de consultoras privadas como así también de ciertas cátedras de la Facultad de Sociología de la Universidad Nacional de Buenos Aires² en donde se reflejan las vicisitudes a las que debe enfrentarse una persona para acceder a una consulta programada en un centro asistencial estatal. El caso que nos ocupa en particular conlleva ciertos aspectos que agudizan la situación si tenemos en cuenta que por referirnos a la Sífilis Gestacional y Congénita se tratan de mujeres embarazadas o de mujeres que acuden con bebés. Pero dejando de lado los casos específicos, la realidad indica que una persona promedio (entiéndase por ello alguien que no

² Facultad de Humanidades – Universidad Nacional de Buenos Aires.

vive ni muy cerca ni muy alejado de un centro hospitalario - no los CAPS comunales de los que hay en mayor número y su distribución es aceptable- en el GBA y que cuenta con los medios económicos como para facilitar su traslado en un transporte público) destina aproximadamente 1 hora 15 minutos para ir desde su casa hasta el centro de salud; sumado a ello hay que tener en cuenta 1 hora de espera y la vuelta a su domicilio. Todo eso suma un total de 3 horas 30 minutos para acceder a una consulta que, en promedio, es de 7 minutos. Es decir, una embarazada derivada a un establecimiento hospitalario por su condición de infectada con el *Treponema pallidum* destina un promedio de 3 horas y media para estar 7 minutos dentro del consultorio médico. Es fácil deducir que para una mujer embarazada (y más aún con hijos) es definitivamente complicado llegar a la consulta.

Otro caso es la información y la educación: la concientización de las personas mantiene una relación estrecha con las singularidades de cada uno de nosotros, pero los aspectos comunitarios tienen un peso específico importante en lo que a la decisión de acudir a la consulta se refiere. En personas que cuentan con la posibilidad tiempo/dinero de trasladarse hasta un CAPS, muchas veces la falta de interés o de conciencia hace que no accedan a lo que tiene la oportunidad de acceder. La falta de educación y de información al respecto hace que no tomen conciencia de los peligros a los que se arriesgan, ya sea en los aspectos preventivos como en la falta de estudios diagnósticos para la detección temprana de enfermedades. En esto los establecimientos educativos, los medios de comunicación

masivos y las formas de comunicación social por parte del Estado a través de campañas preventivas y de concientización son sumamente importantes; de hecho este proyecto las incluye como parte substancial de sus mecanismos y sus objetivos a cumplimentar.

Las doce Regiones Sanitarias provinciales se han visto reflejadas y representadas en este Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010 a cargo del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y bajo el financiamiento del Consejo Federal de Inversiones de la República Argentina. Independientemente de la cantidad de partidos y localidades seleccionados por cada una de ellas, los cuales varían de acuerdo a las necesidades que se consideraron al momento de la planificación del PESC/2010, estamos en condiciones de afirmar que más allá de las realidades particulares a los contextos de los distintos sitios, las proyecciones de las variables recogidas y tenidas en cuenta como así también la combinación de las mismas nos permitirán arribar a la conceptualización general de lo que sucede al respecto en la totalidad del territorio provincial.

Los sistemas de salud en los diferentes partidos bonaerenses son básicamente de dos formas: municipales o mixtos³. Se entienden por sistemas mixtos aquellos que dentro de un mismo municipio coexisten centros de salud dependientes de la comuna y

³ En realidad todos los sistemas de todos los partidos y localidades de la provincia de Bs. Aires son mixtos si tenemos en cuenta al sector privado en los servicios de salud. Pero a los efectos del presente informe se reflejarán sólo los referidos a la estructura estatal.

centros de salud (sólo hospitales) que dependen del Ministerio de Salud de la provincia⁴.

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), conocidos por diferentes nombres en las distintas localidades bonaerenses (Salas Sanitarias, Salitas de Salud, Dispensarios), dependen en su totalidad de las comunas, más específicamente de las Secretarías de Salud de cada Municipalidad. Son los centros encargados de la asistencia primaria; cuentan con profesionales de diversas especialidades de la salud y conforman una estructura muy importante en la cadena de servicios sanitarios. Tengamos en cuenta que resultan el primer contacto de la población con el sistema de salud de una localidad determinada. La cantidad de CAPS o Salas Sanitarias de una comuna está relacionada con la cantidad de habitantes de esa localidad y se encuentran distribuidas estratégicamente para que resulten accesibles a la población⁵.

Debe considerarse que la gran mayoría de quienes asisten y hacen uso de este tipo de servicios son aquellas personas que no cuentan con un resguardo de servicios sociales de salud, por lo que se

⁴ El Hospital Prof. Dr. Alejandro Posadas se encuentra en la zona oeste del Gran Buenos Aires y es muy utilizado por las embarazadas de la zona. Su uso se reduce al momento del parto, puesto que todos los controles anteriores y los posteriores (a los que se suma el recién nacido) se realizan en los centros de salud pertenecientes a cada localidad.

⁵ En las localidades del interior de la provincia de Bs. Aires donde coexisten zonas urbanas y rurales, las Salas sanitarias o CAPS dependientes de la Secretaría de Salud de cada comuna se encuentran distribuidas, en el 90 % de los casos, en las afueras del casco urbano; el hecho se debe a que las personas que habitan en la periferia de la ciudad cuentan con un servicio de salud adecuado cercano a sus lugares de vivienda. Además cabe destacar que estas Salas Sanitarias por lo general se encuentran equipadas con servicios de urgencia y ambulancias por la lejanía de los pobladores.

considera que no cuentan con trabajo o si lo tiene, no se los incluye en el sistema de cobertura de salud, lo cual nos permite deducir que sus ingresos no son lo suficientemente holgados como para trasladarse grandes distancias a los fines de ser asistidos, y mucho menos de poder acceder a medicamentos para abordar los tratamientos de las afecciones que pudieren padecer. En las Salas Sanitarias se reciben medicamentos a través de diferentes programas vinculados a los Ministerios de Salud nacional y de la provincia, hecho que contribuye a reducir gastos a quienes acuden en busca de servicios. Pero la



problemática radica en la diversidad de fármacos y en el volumen de muestras recibidas en los CAPS. Por lo general, los tratamientos prolongados no llegan a ser cubiertos por los medicamentos que pueden entregarse en esos centros. De todas maneras la función de este primer nivel de atención está cubierta, con las falencias que han sido descritas y otras que pueden encontrarse ausentes en esta descripción.

En el Segundo Nivel de Atención, el cual en la totalidad de los casos se desarrolla en los centros hospitalarios, es donde puede darse el sistema mixto. Los hospitales pueden corresponder al sistema municipal o a la estructura provincial. En cuanto a las situaciones que se presentan por la convivencia cotidiana de ambas estructuras (municipal y

provincial), lo desarrollaremos más adelante en los párrafos dedicados a la asistencia y atención de la mujer embarazada y el recién nacido.

Cuando nos referimos específicamente a la asistencia de las mujeres embarazadas, el sistema sanitario se maneja de manera similar en la gran mayoría de las localidades de la provincia de Buenos Aires; la primera consulta o “captación” de la paciente se da en los CAPS. Los centros sanitarios comunales de primer nivel de atención reciben a la embarazada que acude para la realización de los controles de todo el período gestacional. En un número importante de casos, llegan al centro en el transcurso del primer trimestre de embarazo, donde se realizan los estudios de rutina. En caso de encontrar alguna anomalía en los resultados obtenidos (vayamos específicamente al tema que nos ocupa: una embarazada con VDRL reactiva = Sífilis) la mujer es derivada al segundo nivel de atención (centro hospitalario) donde se le siguen los estudios durante el resto del período gestacional hasta el momento del parto. Paralelamente a los análisis diagnósticos que continúan en el segundo y el tercer trimestre, se le realizan los tratamientos correspondientes a la patología que ha contraído (en este caso específico, sífilis). En este punto en especial cabe hacer una pequeña observación que hace a los criterios de derivación en los diferentes sistemas de cada una de las localidades. Cuando el sistema es sólo comunal (CAPS y centros hospitalarios dependientes del municipio), los criterios de derivación son más claros y precisos que en los casos en donde el sistema es mixto (CAPS comunales

y centros hospitalarios provinciales); si bien no ocurre en todos los casos, se ha podido vislumbrar que un tratamiento ambulatorio, como lo es el de la infección con el *Treponema pallidum* en una embarazada, en algunos casos es derivado completamente al hospital, mientras que en otros casos se comparten las tareas asistenciales. La problemática radica en que al no contar con una metodología normatizada en algunas oportunidades se distorsionan los pasos a seguir en el tratamiento de la mujer embarazada; hecho que por supuesto no incluye dejarla a la deriva y sin tratar la enfermedad.

En numerosas reuniones que he mantenido en las localidades donde el sistema es mixto con los grupos de profesionales pertenecientes a ambas estructuras, han sido fructíferas para que se pusieran de acuerdo en lo que respecta a los criterios a utilizar para las derivaciones de la embarazada. Los hospitales consideran que los embarazos de riesgo corresponden a su órbita; sobre ello no existe duda ninguna. En lo que cuesta coincidir es si una embarazada con un resultado reactivo para el estudio de VDRL es un embarazo de riesgo. De hecho lo es en caso de no ser tratada correctamente; pero el tratamiento es ambulatorio, sencillo y de bajo coste⁶.

⁶ La penicilina es un medicamento que se brinda gratuitamente a partir de los programas ministeriales y el tratamiento farmacológico es ambulatorio durante todo el tiempo de duración, salvo que existan complicaciones por interrupción del mismo

Esas diferencias conceptuales hacen que se necesite una normativa que permita definir rápida y protocolarmente cuándo una mujer embarazada debe ser derivada al hospital en caso de una VDRL positiva.

Pero en realidad existen causas por demás justificadas para que existan este tipo de controversias; los centros hospitalarios se encuentran desbordados en lo que a concurrencia de pacientes se refiere⁷. De hecho, en párrafos anteriores correspondientes a otro apartado, se han dejado ver los tiempos de los que debe disponer una persona que quiere concurrir a una consulta de no más de siete minutos en promedio en un hospital del Gran Bs. Aires (más de 3 horas). Por ello, los responsables hospitalarios consideran que toda afección tratable ambulatoriamente debería correr por cuenta de los CAPS dependientes de la municipalidad. Pero existe otro problema; y es el referido a los registros de los tratamientos de la sífilis en las embarazadas. Es sabido que unas semanas antes del parto, la paciente es derivada al hospital donde va a asistirse al momento del alumbramiento para que se familiarice con los profesionales que van a asistirle y para que se combinen las fechas de internación y parto. Se supone que al arribar al hospital deberán contar con todos los datos de los estudios realizados y los tratamientos durante el período de gestación en caso de haberlos

⁷ Más del 40% de la población de la provincia de Buenos Aires se encuentra fuera del sistema de cobertura social, lo cual incluye como es lógico la cobertura sanitaria. Del mismo modo concurre un número importante de personas que cuentan con el respaldo de una Obra Social (de hecho existe un sistema de recupero de gastos en los establecimientos hospitalarios denominado SAMO). Esto deja al descubierto dos puntos a tener en cuenta: la población que está fuera del sistema de cobertura; y la mala cobertura de ciertas Obras Sociales, las cuales obligan a sus afiliados a concurrir a los hospitales del Estado por las falencias en sus sistemas.

necesitado (en la VDRL reactiva el tratamiento con penicilina es necesario). En muchos casos, el hecho tan sencillo de no contar con una libreta que contenga todos los pasos dados durante el embarazo dificulta conocer si el tratamiento ha sido realizado en su totalidad o se ha abandonado en alguna de sus etapas, lo cual lo dejaría sin efecto. Eso, además de la incertidumbre que genera en el personal del hospital, implica riesgos y la necesidad de realizar estudios de testeo rápido en el momento del parto a la madre y al recién nacido. Testeos que en numerosas oportunidades arrojan resultados dudosos (no por defectos del material sino por criterios en su lectura e interpretación) y que, antes de correr cualquier riesgo, se prefiere medicar a ambos. El tratamiento en un RN es de diez días con penicilina endovenosa, lo cual significa un trauma importante desde lo físico y lo afectivo. El RN debe estar aislado de su madre para recibirlo durante ese período y las recomendaciones siempre son las de evitar cualquier tratamiento invasivo en caso de que sea posible. Por lo tanto, se considera que un porcentaje no menor de RN tratados como posibles de haber contraído la sífilis congénita no son tales.

En resumen, sólo una normativa interna de cada comuna permitiría que se vehiculicen los casos que así lo requieran y continúen en los CAPS aquellos que son factibles de tratamiento ambulatorio. Lo que descongestionaría, en parte, los servicios médicos destinados a la atención de las embarazadas.

COMPONENTE CAPACITACIÓN

A.- Reunión con las entidades⁸

El día jueves 18 de febrero del año 2010 en horas de la mañana se llevó a cabo una reunión con los representantes de distintas entidades e instituciones provinciales públicas y privadas en las instalaciones de la Sala de Situaciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. Aires, a los efectos de presentar el Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita (PESC/2010) ante las autoridades ministeriales y las entidades e instituciones que formarán parte del mismo y prestarán colaboración durante el desarrollo de este proyecto ejecutivo. Participaron de la misma, por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Subsecretario de Salud, Dr. Sergio Alejandre; el Director Provincial de Medicina Preventiva, Dr. Ángel L. Crovetto; el Director Provincial de Hospitales, Dr. Luis Ortiz; el Programa Provincial de VIH/Sida e ITS (PPSIDA) representado por la Dra. Sonia C. Quiruelas y distintos referentes del citado programa, como la Dra. Estela Albanese, dedicada a tareas relacionadas con el HPV, el Bioq. Antonio Parissi, dedicado a la temática de sífilis e ITS, entre otros; por la Dirección de Atención Primaria de la Salud, la Dra. Liliana Fishkel; por la Dirección de Epidemiología, la Dra. Celeste Genner y su Director, el Dr. Mario Massana Wilson; por la



⁸ # 1 Cronograma de Actividades

Dirección de Patologías Crónicas, el Dr. Ricardo López Santi; por el Programa Salud Reproductiva dependiente del Programa Materno Infantil, la Dra. Flavia Rainieri; por el Centro Provincial de Referencia de VIH/Sida del Laboratorio Central de Salud Pública, la Dra. Isabel Rimoldi y por la Unidad Coordinadora de Programas, la Dra. Beatriz Pietra. Por parte del PESC/2010, el Dr. Rómulo F. Barcos. Las instituciones que participaron de dicho evento fueron la Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA), representada por la Bioquímica Laura Suarez; la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Bs. Aires (SOGBA), representada por la Dra. Estela Acosta; la Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Gral. San Martín; por parte de la Facultad de Medicina de la UNLP, el Dr. Juan Pedro Russo, como así también distintos representantes de los Servicios especializados de diferentes Centros Hospitalarios públicos de La Plata y el Gran La Plata.

La Dra. Sonia C. Quiruelas, Directora del PPSIDA del Ministerio de Salud bonaerense, realizó una presentación ante el auditorio de lo que sería el Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita, de cuáles son los objetivos generales y específicos que se persiguen, destacando la colaboración del Consejo Federal de Inversiones y la excelente predisposición del personal de la Unidad Coordinadora de Programas dependiente del Ministerio de Salud. En la breve interlocución, resaltó la importancia de la puesta en marcha de este programa, teniendo en cuenta la ascendente curva que se evidencia en los casos de sífilis congénita, del mismo modo que en los de sífilis adquirida sin distinción de géneros; que esta última afirmación, referida al aumento de casos de sífilis adquirida, genera como lógica consecuencia el aumento de la SC. Aprovechó la ocasión para hacer una analogía con la problemática del VIH/Sida, afección que ha sido protagonista y

destinataria de la gran mayoría de los esfuerzos por parte de los programas estatales y el financiamiento público del ámbito nacional e inclusive internacional durante las últimas décadas, dejando de lado otras patologías de transmisión sexual que se creían ya fuera del circuito sanitario y que han vuelto para integrar el grupo de las enfermedades emergentes, entre las que se encuentra la sífilis. Que si bien los métodos de diagnóstico y los tratamientos son altamente satisfactorios en su relación coste/beneficio, no existe una concientización en lo individual de la importancia de la detección precoz de la enfermedad y de la realización de su efectivo y sencillo tratamiento, ni en lo comunitario en lo que hace a la promoción de la salud específicamente para lo que se refiere a la SC. Se refirió además a que ésta no es una problemática exclusiva de nuestra provincia y ni siquiera de nuestro país, ya que se trata de una patología cuya prevalencia se encuentra en franco ascenso en países de las más diversas características socioeconómicas y de todos los continentes, dando ejemplos claros como lo es Inglaterra, los países nórdicos y Japón, entre otros.

Fue por ello que invitó a los representantes de las instituciones y los de los diferentes programas provinciales vinculados a la temática a realizar esfuerzos conjuntos con el fin de ser eficientes a la hora de llegar a cumplir los objetivos dispuestos por el PESC/2010 para esta primera etapa, y arribar a las Metas del Milenio manifestadas por organismos internacionales de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2015.



Las finalidades de dicha reunión, más allá de la presentación formal del PESC/2010 ante los representantes de los diferentes

programas y estamentos ministeriales y de las entidades convocadas, fueron las de consensuar y unificar criterios en las Normas Provinciales sobre Guías Clínicas y Estándares de Atención; encontrar las fallas que serían las causantes de generar soluciones de continuidad en los distintos pasos del proceso de asistencia a la mujer embarazada, su pareja y el recién nacido, ya se tratase del aspecto referido a la accesibilidad a la asistencia y/o la atención; a las fallas que generan la difícil adherencia a la realización de test de diagnóstico y su posterior inicio de la terapéutica a pesar de tratarse de tratamientos sencillos, de bajo coste y de corto plazo; a la promoción hacia la comunidad; a los grupos etarios en los que debería hacerse hincapié al momento de lanzar la campaña, entre otras cosas. En resumen, el debate giró en torno a las metodologías más convenientes a utilizar a los efectos de optimizar las intervenciones estratégicas en la línea de acción del proceso de prevención, asistencia, atención y seguimiento de la sífilis adquirida en período gestacional (o anterior) y congénita en la población del territorio bonaerense.

Las partes, tras un interesante y productivo intercambio de ideas, llegaron a la conclusión que se trabajará en conjunto consiguiendo así la sinergia que permitirá conformar una estructura provincial unificada (estatal y privada) en lo que hace a los pasos y procedimientos más convenientes para arribar a la eliminación de la sífilis gestacional y congénita en el sistema sanitario de la provincia, dejando las puertas abiertas para el consenso en la confección de un algoritmo que se utilizará tanto en el ámbito estatal como en el privado. Dicha afirmación fue considerada un logro más que importante, teniendo en cuenta las positivas consecuencias que surgirán inexorablemente de la unificación de los criterios de trabajo en los dos ámbitos. No existen, al menos en el

sector salud, numerosas disciplinas en la que concuerden los esfuerzos y criterios de ambos sectores. Se han tenido en cuenta premisas relevantes a la hora de arribar a ciertas conclusiones: la salud es sólo una, independientemente de si se trata de la que es llevada a cabo por parte del Estado, tanto como desde el sector privado, al menos en lo que se refiere a los pasos, procedimientos y medidas de prevención comunitarias, entre otras cosas. Podríamos sintetizarlo en la definición de que la salud es pública, más allá del sector que preste sus servicios.

Por su parte, las Entidades y los representantes que asistieran desde fuera del ámbito ministerial, se comprometieron a prestar colaboración en lo que se refiere al aspecto de la capacitación a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de los diferentes municipios que conforman el listado de los seleccionados para el desarrollo de este PESC/2010. Del mismo modo, a brindar su apoyo en el aspecto de la promoción de la salud en la temática específica de la Sífilis Congénita (SC) aportando ideas para la confección del material de comunicación social como una de las metas a cumplir dentro del PESC/2010.



La buena predisposición de parte de todos los presentes fue de suma importancia a la hora de unificar criterios en lo que hace a las metodologías a llevar a cabo durante el desarrollo del proyecto y para la implementación definitiva del mismo. De común acuerdo y a sugerencia del PPSIDA, se decidió promover la idea de la importancia de replicar los objetivos alcanzados en los municipios seleccionados en el resto de las localidades de la provincia de Buenos Aires. Si bien éste ha sido un

concepto que ha estado vigente desde siempre en las conversaciones iniciales que se desarrollaron entre el Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, la Unidad Coordinadora de Proyectos y esta dirección general del proyecto, allá por diciembre del año 2009, recobra un valor más que trascendental cuando se trata de la ratificación por parte de las instituciones de orden privado que participan del proyecto y que se hallan fuera de la estructura sanitaria cuyas políticas responden al Estado provincial.

Charlas/Taller de Capacitación y Sensibilización⁹

Dentro del aspecto referido a las “Charlas de Capacitación y Sensibilización” que se brindarán por parte de los Capacitadores (cuya nómina figura en el apartado “Anexos” juntamente con el resto del personal a desempeñar tareas en el PESC/2010, los establecimientos sanitarios a encuestar, las localidades incluidas en el proyecto, etc.) en los Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes de las Secretarías de Salud de las diferentes municipalidades, se ha avanzado en los siguientes puntos, los cuales serán desarrollados a continuación:

- ✚ **Pautas para las charlas de capacitación / sensibilización**
- ✚ **Cumplimiento de los objetivos**
- ✚ **Revisión, evaluación y aceptación del material a presentar en cada charla**

Pautas generales para charlas de Capacitación / Sensibilización

Desde el mes de diciembre del año 2009, previo al inicio del desarrollo del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita para este año 2010, y conociendo que uno de los aspectos esenciales que formaban parte de los ejes en los que se basa el PESC/2010 era el correspondiente a Capacitación y Sensibilización, se comenzó a trabajar sobre diferentes formatos de los talleres que darían cumplimiento a los objetivos planteados. El intercambio de ideas giraba alrededor de la cantidad de sesiones en las que deberían encontrarse divididas las charlas,



⁹ # 2 Cronograma de Actividades

la duración de las mismas, el contenido y los aspectos a abordar en cada una de éstas, el material audiovisual correspondiente a cada presentación, el material impreso que debería acompañar a modo de reseña y síntesis, entre otras cosas. El grupo de tareas se encontraba conformado por la responsable del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, la Dra. Sonia C. Quiruelas; los capacitadores Dra. Celeste Ginner, Dr. Antonio Parissi y Dr. Juan Pedro Russo; colaboradores del Programa Provincial; y el Coordinador Gral. del PESC/2010, Dr. Fernando Barcos. La metodología de trabajo se encontraba basada en el formato habitual, donde las partes vertían sus opiniones al respecto, se debatía sobre cada una de ellas buscando sus fortalezas y debilidades, se buscaban las conclusiones del debate de ese día y se proponían nuevos temas para la próxima reunión hasta encontrar el modelo considerado como el más apropiado para el arribo eficiente a los propósitos preestablecidos.

Después de numerosas reuniones entre las partes, se concluyó en un formato que consta de las siguientes características:

- ✚ La capacitación en los distintos municipios que forman parte del PESC/2010 se llevará a cabo a partir del mes de mayo próximo.
- ✚ Las charlas serán de carácter interactivo.
- ✚ La duración promedio será de 3 (tres) horas, con los intervalos recomendados para el correcto mantenimiento de la atención por parte del auditorio.
- ✚ Los destinatarios de las mismas serán profesionales de la salud involucrados en el control materno infantil de todos los CAPS de cada uno de los municipios seleccionados en este PESC/2010,

incluyendo el personal de los Laboratorios de Análisis Clínicos que realizan los controles bioquímicos de las mujeres durante su período gestacional, en el casos de los Centros de Atención Primaria de la Salud en los que hubiere ese servicio.

- ✚ Los talleres se encontrarán divididos en cuatro módulos; a su finalización, se realizará una síntesis donde los capacitadores y el auditorio podrán debatir sobre lo expuesto y sacar las conclusiones de los mecanismos universales a implementar y los específicos a aplicar que se correspondan con la realidad y el contexto de la localidad donde se haya desarrollado la charla.

- ✚ Cada uno de esos módulos tendrá una temática específica, las cuales se exponen de manera detallada, aunque sintética, en las páginas siguiente y subsiguientes.

MÓDULO 1

Actualización de los conocimientos y normas existentes

El propósito de este primer módulo es el de uniformar los conceptos y/o criterios en lo que a definición de casos se refiere, en la interpretación de los resultados de los análisis de laboratorio y la eventual reiteración de los mismos con distintas técnicas; y la actualización de información. Cabe señalar que existen normas precisas de conducta ante una mujer embarazada con serología reactiva para sífilis que no siempre es conocida o sobre la cual existen distorsiones en su aplicación, lo que conlleva a ciertas complicaciones en las conductas a seguir.

MÓDULO 2

Análisis de los caminos recorridos en el control de la embarazada: obstáculos y dificultades (actividad en forma de taller grupal).

Esta etapa permite analizar, mediante un esquema de la trazabilidad del recorrido analítico que debe realizar la paciente, los inconvenientes que se presentan desde la persona, desde el centro y desde la estructura del sistema sanitario que en muchos casos impiden una correcta captación, diagnóstico, derivación y seguimiento de cada uno de los casos.

MÓDULO 3

- ✚ **Propuesta de respuesta a nivel local para mejorar las dificultades detectadas** (informe escrito).

El resultado del análisis realizado en el Módulo 2 que permitió definir los obstáculos reales y los interpretados por la comunidad como grupo de usuarios, producen respuestas que al ser ordenadas y presentadas en una propuesta de solución admiten una autocrítica de gestión, minimizando y desplazando el concepto de “no hacer” porque la población no acude a la consulta.

MÓDULO 4

- ✚ **Incorporación del SIVILA, SNVS y ficha epidemiológica provincial**

Incorporar y dejar establecido el SIVILA como fuente de notificación de los resultados de los análisis de laboratorio es un punto fundamental en el mejoramiento cualicuantitativo de la información tanto a nivel local, regional y/o provincial .Tanto el SNVS



como la notificación de caso obligatoria en el ámbito de la provincia de Buenos Aires deben ser difundidas y promovidas dado la gran subnotificación existente.

Al concluir el taller se describen las actividades del programa y los conceptos substanciales en los cuales se desarrolla el compromiso de la

provincia en el logro de las Metas del Milenio en el arribo a la eliminación de la SC para el próximo año 2015.

Las charlas/taller se llevarán a cabo a partir de mayo próximo y por el término de 3 (tres) meses consecutivos. La disposición de las fechas y el cronograma se encuentra en los pasos finales de su confección, por lo que no consideré conveniente incluirlo en el presente Informe de Avance hasta tanto no se encuentre el formato definitivo.

Cumplimiento de los objetivos – Componente Capacitación

Sensibilizar a los profesionales de los Centros de Atención Primaria de la Salud – CAPS – de los treinta y cinco municipios seleccionados para el desarrollo de este PESC/2010 acerca de la importancia de la erradicación y/o eliminación de la Sífilis Congénita (SC) y el rol de los mismos en el control precoz y tratamiento terapéutico medicamentoso de las mujeres en el período gestacional, parto y puerperio,

sus parejas y el/la recién nacido/da, como así también en lo que respecta a la correcta y sistematizada notificación de casos según las consideraciones y criterios de los responsables de las políticas sanitarias provinciales, las normativas nacionales y lo establecido dentro del Proyecto de



Eliminación de la Sífilis Congénita como objetivo de corto plazo y para el año 2015, en un todo de acuerdo con las Metas del Milenio manifestadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), su oficina regional en nuestro continente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las diferentes agencias internacionales dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Si entendemos que el párrafo que antecede encierra en su contenido el objetivo general y macro al que se desea arribar en el aspecto Capacitación y Sensibilización de los equipos de salud dependientes de los organismos municipales durante el desarrollo del PESC/2010 y teniendo en cuenta lo descrito en el punto inmediato anterior sobre las pautas determinadas que incluyen los conceptos generales de las charlas/taller, estamos en condiciones de afirmar que se podrá arribar a los fines

dispuestos y preestablecidos en el presente proyecto mediante los mecanismos y contenidos antes detallados, con el agregado no menos importante de la experiencia docente y la capacidad de transmisión del equipo de dictantes.

Revisión / Evaluación y aceptación del material a presentar ¹⁰

El material a ser presentado en las charlas/taller ha pasado por una primera revisión por parte de los capacitadores en su conjunto, de los responsables del PPSIDA y de quien suscribe, llegando al consenso esperado por el nivel de experiencia académica del equipo de capacitación; el mismo se encuentra basado en tres aspectos fundamentales, a saber:

- ✚ Presentación de la enfermedad y sus diferentes estadios.
- ✚ Presentación de las bioestadísticas en el ámbito de la provincia.
- ✚ Presentación del recorrido de la información y la notificación de los casos.

¹⁰ En el apartado correspondiente a Anexos, al final del presente Informe de Avance, se encuentran las bases de los aspectos acá mencionados.

JORNADAS DE CAPACITACIÓN

Las charlas/taller de capacitación y sensibilización se encuentran basadas en los temas y el formato que se adjunta al final de este apartado. Para las mismas se han convocado, a través de las autoridades municipales de cada localidad, los referentes comunales de Atención Primaria de la Salud; Secretarios y Subsecretarios de Salud del municipio; profesionales de los Centros de Atención Primaria de la Salud relacionados con la temática (Bioquímicos, Obstetras, Neonatólogos, Asistentes Sociales, referentes de Epidemiología, responsables del área de SNVS Y SIVILA, responsables de Atención Primaria de la Salud). Directivos de los establecimientos hospitalarios referentes de algunas de las áreas relacionadas con el desarrollo del proyecto; Jefes de Servicios de Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Laboratorio, Epidemiología (en los casos en que el hospital contare con dicha área) y responsable de notificación de casos diagnosticados/asistidos en el hospital. Profesionales referentes de los servicios mencionados.

La concurrencia a las charlas/taller realizadas hasta el momento ha sido variada, aunque siempre con muy buena receptividad y participación. Las diferencias en el número de personas presente en el auditorio se debió principalmente a que los horarios en que se desarrollaron las clases coincidían con la jornada laboral. De todos modos en cada uno de los casos se encontraron representados todos los sectores sanitarios y servicios médicos convocados, en mayor o menor número, con un promedio de entre dieciocho y veinte participantes por jornada de capacitación y sensibilización, habiendo casos en donde se llegó a completar un auditorio cercano a las treinta personas.

Si tenemos en cuenta que las características de las clases permiten en algún momento de las mismas la interactividad de los participantes a través del relato de sus experiencias personales en cada localidad, de las factibilidades para la captación de la embarazadas en la primera consulta dentro del primer trimestre; de su seguimiento para la realización de los exámenes y estudios diagnósticos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

como de otras patologías propias del periodo gestacional; la posibilidad o la imposibilidad de la transferencia de datos a los organismos de vigilancia epidemiológica en lo que hace a



las enfermedades de notificación obligatoria en los casos en que eventualmente surgieran de los estudios realizados durante el embarazo; de la realización de estudios en el número indicado y recomendado por los organismos sanitarios en tiempo y forma, etc. Tanto en este tipo de reuniones como en las mantenidas por quien suscribe en cada una de las localidades y los centros de salud regionales y municipales con los referentes médicos y sanitarios, permiten conocer la realidad que muchas veces la información recolectada, aunque importante por cierto, revela casi exclusivamente desde un aspecto cuantitativo.

El formato de las disertaciones, el temario detallado de las mismas y el cronograma de las jornadas seleccionadas para cada municipio se encuentra desarrollado en la página siguiente y las subsiguientes.

Mes de mayo (V-2010)

Día 4	Junín (III)
Día 6	Mar del Plata (VIII)
Día 7	Partido de la Costa (VIII)
Día 18	Merlo (VII)
Día 20	Pergamino (IV)
Día 21	San Nicolás (IV)
Día 27	Moreno (VII)

Mes de junio (VI-2010)

Día 1°	San Isidro (V)
Día 4	Malvinas Argentinas (V)
Día 7	José C. Paz (V)
Día 9	Berisso (XI)
Día 10	Ensenada (XI)
Día 24	San Martín (V)
Día 29	Florencio Varela (VI)

Mes de julio (VII-2010)

Día 2	Azul (IX)
Día 6	San Miguel (V)
Día 13	Esteban Echeverría (VI) (Última correspondiente a este periodo)
Día 16	La Matanza (XII)

(*) continuación mes de julio

Día 19	Pehuajó (II)
Día 20	Trenque Lauquen (II)
Día 23	San Fernando (V)
Día 26	La Plata (XI)
Día 29	Chivilcoy (X)
Día 30	Saladillo (X)

Mes de agosto (VIII-2010)

Día 3	Quilmes (VI)
Día 5	Tigre (V)
Día 10	Avellaneda (VI)
Día 12	Escobar (V)
Día 18	3 de Febrero (VI)
Día 19	Bahía Blanca (I)
Día 20	Tres Arroyos (I)
Día 23	Lanús (VI)
Días 24/ 25	<i>Cierre de Campaña</i>
Día 27	Luján (VII)
Día 30	Pilar (V)

Mes de septiembre (IX-2010)

Día 1°	Berazategui (VI)
--------	------------------

En lo que respecta a las charlas y los talleres que se vienen desarrollando, la estructura de los mismos responde al formato que se describe más adelante. Se han realizado charlas en todas las regiones, independientemente que no se han completado la totalidad de las localidades.

De acuerdo a lo conversado en diferentes reuniones mantenidas con los capacitadores, se han podido encontrar coincidencias en las conclusiones a las que se han arribado en los talleres y las que han sido descritas en el apartado anterior, las que fueran deducidas por quien suscribe posteriormente a las reuniones mantenidas en las localidades que integran el presente proyecto. Ello da lugar a pensar que ya sea desde las autoridades que representan a los equipos de salud como desde los profesionales que conforman éstos, la visión es unificada y los criterios para una mejoría en la calidad integral de los servicios prestados muchas veces son coincidentes.

Por supuesto que se han encontrado dificultades, algunas de las cuales ya han sido descritas en párrafos anteriores de este informe. Otras están en vía de solución y se han aprovechado los talleres y charlas para ponerlas de manifiesto: las complicaciones en generar reuniones entre los representantes y autoridades de cada municipio para clarificar la metodología a seguir en los casos de las notificaciones, por

poner un ejemplo, es una de ellas. Del mismo modo hay sitios donde llegar a recolectar la información es sumamente complicado puesto que se carece de ella; si existe no está centralizada y encontrarla es muchas veces imposible, puesto que la sistematización para su archivo es algo que en algunos casos ni siquiera sigue un orden preestablecido. Pero este tipo de puntos se encuentran expuestos en los ítems del apartado inmediato anterior.

Su inclusión no es casual en este apartado de capacitación; la sensibilización no sólo tiene relación con la asistencia a las personas y con la contención a quien llega a la consulta, si bien esas son piezas fundamentales dentro del sistema de salud y hacen a las tareas desarrolladas cotidianamente. La forma de notificar las afecciones, la sistematización y la normatización al respecto dentro de una estructura sanitaria es un modo de compromiso de las partes y de prevención de problemas a futuro: de tipo administrativo como así también epidemiológico. De hecho la previsión en un sistema de salud es fundamental para el correcto desarrollo y desenvolvimiento de las problemáticas que se avecinan en forma continua. La previsión es, definitivamente, una decisión política desde el Estado y la solución anticipada a los problemas. Estar un paso adelante define los resultados a obtener.

Lamentablemente, muchas veces las dificultades sociales y económicas a las que el Estado se debe enfrentar y que fueron puestas

de manifiesto en numerosas oportunidades en el presente informe como causales substanciales de muchos de los obstáculos que se han ido encontrando durante el transcurso del PESC/2010, no permiten tomarse tiempo para las previsiones. Justamente los talleres interactivos permiten mantener contacto directo con quienes realizan los trabajos en las dependencias de salud y así es como se intenta sensibilizar. Muchas veces existen motivos que hacen no sólo de explicaciones sino de justificativos para verse impedidos de realizar ciertas acciones. El objeto de la interacción es, justamente, intentar sensibilizar al personal a los efectos de sobreponerse a esas dificultades.

Más allá de los puntos específicos de los que constan las charlas y de la importancia que éstos tienen dentro de un esquema de capacitación, lo más relevante es llegar a convertir las debilidades de un sistema en fortalezas y que las oportunidades sean aprovechadas para que la situación se revierta. De hecho es sabido que el sistema de notificación (por nombrar una de las disciplinas a tratar), salvo algunas localidades o regiones en particular, no es buena. En muchos casos porque no se cuenta con los medios para que las mismas se hagan en tiempo y forma. En otros porque directamente no existen esos datos, lo que genera la necesidad de iniciar el proceso desde foja cero y no sólo complica el logros de los objetivos del Proyecto de Eliminación de Sífilis Congénita



Dentro del aspecto referido a las “Charlas de Capacitación y Sensibilización” que se brindarán por parte de los Capacitadores (cuya nómina figura en el apartado “Anexos” juntamente con el resto del personal a desempeñar tareas en el PESC/2010, los establecimientos sanitarios a encuestar, las localidades incluidas en el proyecto, etc.) en los Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes de las Secretarías de Salud de las diferentes municipalidades, se ha avanzado en los siguientes puntos, los cuales serán desarrollados a continuación:

- + Pautas para las charlas de capacitación / sensibilización**
- + Cumplimiento de los objetivos**
- + Revisión, evaluación y aceptación del material a presentar en cada charla**

Desde el mes de diciembre del año 2009, previo al inicio del desarrollo del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita para este año 2010, y conociendo que uno de los aspectos esenciales que formaban parte de los ejes en los que se basa el PESC/2010 era el correspondiente a Capacitación y Sensibilización, se comenzó a trabajar sobre diferentes formatos de los talleres que darían cumplimiento a los objetivos planteados. El intercambio de ideas giraba alrededor de la cantidad de sesiones en las que deberían encontrarse divididas las charlas, la duración de las mismas, el contenido y los aspectos a abordar

en cada una de éstas, el material audiovisual correspondiente a cada presentación, el material impreso que debería acompañar a modo de reseña y síntesis, entre otras cosas. El grupo de tareas se encontraba conformado por la responsable del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, la Dra. Sonia C. Quiruelas; los capacitadores Dra. Celeste Ginner, Dr. Antonio Parissi y Dr. Juan Pedro Russo; colaboradores del Programa Provincial; y el Coordinador Gral. del PESC/2010, Dr. Fernando Barcos. La metodología de trabajo se encontraba basada en el formato habitual, donde las partes vertían sus opiniones al respecto, se debatía sobre cada una de ellas buscando sus fortalezas y debilidades, se buscaban las conclusiones del debate de ese día y se proponían nuevos temas para la próxima reunión hasta encontrar el modelo considerado como el más apropiado para el arribo eficiente a los propósitos preestablecidos.

Después de numerosas reuniones entre las partes, se concluyó en un formato que consta de las siguientes características:

- ✚ La capacitación en los distintos municipios que forman parte del PESC/2010 se llevará a cabo a partir del mes de mayo próximo.
- ✚ Las charlas serán de carácter interactivo.
- ✚ La duración promedio será de 3 (tres) horas, con los intervalos recomendados para el correcto mantenimiento de la atención por parte del auditorio.

- ✚ Los destinatarios de las mismas serán profesionales de la salud involucrados en el control materno infantil de todos los CAPS de cada uno de los municipios seleccionados en este PESC/2010, incluyendo el personal de los Laboratorios de Análisis Clínicos que realizan los controles bioquímicos de las mujeres durante su período gestacional, en el casos de los Centros de Atención Primaria de la Salud en los que hubiere ese servicio.
- ✚ Los talleres se encontrarán divididos en cuatro módulos; a su finalización, se realizará una síntesis donde los capacitadores y el auditorio podrán debatir sobre lo expuesto y sacar las conclusiones de los mecanismos universales a implementar y los específicos a aplicar que se correspondan con la realidad y el contexto de la localidad donde se haya desarrollado la charla.

MÓDULO 1

Actualización de los conocimientos y normas existentes

El propósito de este primer módulo es el de uniformar los conceptos y/o criterios en lo que a definición de casos se refiere, en la interpretación de los resultados de los análisis de laboratorio y la eventual reiteración de los mismos con distintas técnicas; y la actualización de información .Cabe

señalar que existen normas precisas de conducta ante una mujer embarazada con serología reactiva para sífilis que no siempre es conocida o sobre la cual existen distorsiones en su aplicación, lo que conlleva a ciertas complicaciones en las conductas a seguir.

MÓDULO 2

Análisis de los caminos recorridos en el control de la embarazada: obstáculos y dificultades (actividad en forma de taller grupal).

Esta etapa permite analizar, mediante un esquema de la trazabilidad del recorrido analítico que debe realizar la paciente, los inconvenientes que se presentan desde la persona, desde el centro y desde la estructura del sistema sanitario que en muchos casos impiden una correcta captación, diagnóstico, derivación y seguimiento de cada uno de los casos.

MÓDULO 3

Propuesta de respuesta a nivel local para mejorar las dificultades detectadas (informe escrito).

El resultado del análisis realizado en el Módulo 2 que permitió definir los obstáculos reales y los interpretados por la comunidad como grupo de usuarios, producen respuestas que al ser ordenadas y presentadas en una propuesta de solución admiten una autocrítica de gestión,

minimizando y desplazando el concepto de “no hacer” porque la población no acude a la consulta.

MÓDULO 4

✚ Incorporación del SIVILA, SNVS y ficha epidemiológica provincial

Incorporar y dejar establecido el SIVILA como fuente de notificación de los resultados de los análisis de laboratorio es un punto fundamental en el mejoramiento cualicuantitativo de la información tanto a nivel local, regional y/o provincial. Tanto el SNVS como la notificación de caso obligatoria en el ámbito de la provincia de Buenos Aires deben ser difundidas y promovidas dado la gran subnotificación existente.

- ✚ Al concluir el taller se describen las actividades del programa y los conceptos substanciales en los cuales se desarrolla el compromiso de la provincia en el logro de las Metas del Milenio en el arribo a la eliminación de la SC para el próximo año 2015.

El material presentado en las charlas/taller ha pasado por una primera revisión por parte de los capacitadores en su conjunto, de los responsables del PPSIDA y de quien suscribe, llegando al consenso esperado por el nivel de experiencia académica del equipo de capacitación; el mismo se encuentra basado en tres aspectos fundamentales los cuales se han respetado en cada una de los talleres, a saber:

- ✚ Presentación de la enfermedad y sus diferentes estadios
- ✚ Presentación de las bioestadísticas en el ámbito de la provincia
- ✚ Presentación del recorrido de la información y la notificación de los casos

PLAN DE CAPACITACIÓN

Objetivo

1.
 - a. Sensibilización y capacitación en el diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento de la mujer embarazada y su producto.
 - b. Establecer pautas de control de gestión mediante instrumentos adecuados y con la participación de comités de evaluación
 - c. Incorporar al primer nivel como responsable de la captación precoz

2. Promover y mejorar la notificación oportuna de los casos de sífilis, patología que pertenece a las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), según Ley 15465, en la que en el artículo 4 están obligados los médicos, laboratoristas, veterinarios y anatomopatólogos que sospechen o comprueben la enfermedad. El instrumento a utilizar para realizar la denuncia es por medio del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud, en sus dos módulos Clínica y Laboratorial (SNVS C2- SIVILA). El propósito es lograr la prevención, detección, atención y seguimiento de la Sífilis Congénita.

Destinatarios

1. Epidemiólogos del nivel municipal y de los establecimientos de salud, especialistas de obstetricia, neonatología, dermatología, infectología, clínica y de laboratorio responsables de la captación el diagnóstico , tratamiento , la notificación de sífilis y el control de gestión incluyendo responsable de programa si lo hubiese en 35 municipios seleccionados.

Objetivos específicos

1. Respecto a la enfermedad
 - Sensibilizar a los profesionales de atención primaria de salud en los CAPS acerca de la importancia de la captación precoz en sífilis
 - Identificar las dificultades operativas que llevan a la pérdida del paciente
 - Resaltar la necesidad de búsqueda de factores que lleven al abandono de control
 - Integrar a los CAPS al segundo nivel facilitando los mecanismos de derivación
 - Garantizar mecanismos de referencia–contrareferencia que garantice la continuidad del tratamiento y control de la madre y el niño

- Establecer una planilla de recolección de información que permita un adecuado análisis de las causas en las que contribuye para el inadecuado control y tratamiento
- Conformar un equipo interdisciplinario local que evalúe los procesos de control en las mujeres con VDRL Reactiva
- Promover la aplicación de normas de diagnóstico ,tratamiento y control uniformes en toda la provincia

2. Respecto al SIVILA

- Sensibilizar la notificación de sífilis a los responsables
- Identificar la magnitud y características de la transmisión de la enfermedad
- Asesorar sobre reglamentación vigente para la denuncia de la Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- Resaltar las ventajas de la notificación para la detección oportuna del riesgo y como soporte en la prevención y control de la enfermedad.
- Destacar la importancia del sistema como sustento de intervenciones para limitar el impacto en salud
- Instruir en la carga sistematizada on line del SNVS C2 y SIVILA para el evento sífilis
- Capacitar a los efectores de salud en la notificación de la sífilis
- Demostrar las virtudes de equidad de la información en tiempo real del sistema a todos los efectores de salud que toman decisiones

- Fortalecer la capacidad de resumen, análisis y difusión del sistema
- Señalar la facultad de detección precoz de brotes a través del sistema
- Impulsar la Red de Vigilancia integrada con la enfermedad

Metodología y técnicas

La convocatoria la realiza el efector local (encuestador) y según los casos los directores de hospitales o los propios secretarios de salud municipales. Los participantes han variado de acuerdo a las características locales teniendo en cuenta el número de CAPS la distancia de los mismos, el personal disponible. Las reuniones siempre fueron en ámbito hospitalario con presencia de los servicios directamente involucrados como obstetricia, laboratorio, neonatología y en ocasiones acción social .En la mayoría de las reuniones se contó con la presencia de algunos de los directores de los establecimientos.

El equipo de trabajo se conformó con 4 profesionales Antonio Parisi, Juan Pedro Russo, Celeste Giner, a quienes se sumó la Dra. Sonia Quiruelas para poder cubrir el compromiso .Cuando concurrió la Dra. Giner, el Dr. Parisi se encargó de la situación asistencial; en caso contrario él asumía la capacitación en SIVILA dejando a los profesionales Dr. Russo

(especialista en dermatología) y Dra. Quiruelas (infectóloga/inmunóloga)
los aspectos asistenciales

1. Asistencial

- a. Actualización de la sífilis congénita .Clínica y Laboratorio
- b. Discusión de los factores sicosocioculturales que determinan el inadecuado control e la mujer embarazada
- c. Evaluación de los mecanismos locales utilizados y dificultades propias del sistema local para la implementación adecuada de normas
- d. Propuestas de soluciones factibles para modificar estas dificultades
- e. Incorporación de la planilla de control de SC

2. SIVILA

- a. Capacitación del manejo del software teórico-práctico que se encuentra montado en Internet del SNVS C2 y SIVILA, estableciendo así una Red de Vigilancia
- b. Incorporar en el sistema a los establecimientos como nodos del SNVS- SIVILA (lugar de carga, sistematización, análisis y difusión de la información)

En cuanto a la metodología se aprovechó la convocatoria municipal para invitar a otros profesionales de partidos vecinos, los que se integraron voluntariamente.

En la parte práctica se conformaron dos grupos, uno para la demostración de carga y análisis de los datos en SNVS-C2 y en SNVS-SIVILA

Contenidos

1. Asistencial

- Normas de diagnóstico control y tratamiento
- Niveles de control de gestión
- Indicadores de proceso y de resultados
- Indicadores de salud necesarios
- Variables necesarias para generar los indicadores

2. SIVILA

- Detalles del Manual de Normas de Procedimientos de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- Actualización de las normas de Vigilancia Epidemiológica vigentes
- Situación epidemiológica nacional y provincial
- Diagnóstico de situación de la Red de Vigilancia de la enfermedad en el nivel provincial y nacional
- Detección de los problemas por falta de notificación de sífilis como causa de la persistencia de la sífilis congénita
- Estrategias de abordaje del problema a partir de la notificación de los casos de sífilis.

- Sensibilización en la participación de los equipos interdisciplinarios en la denuncia para el control de la sífilis.
- La información y la vigilancia como base de la respuesta .SIVILA y SNVS .La participación de los efectores en la construcción de la información
- La importancia de los equipos interdisciplinarios locales en el control de gestión

Evaluación

En los diferentes talleres realizados se detectaron dificultades en común como:

1. Asistencial

- Información errónea acerca de la interpretación de los resultados de laboratorio
- Demoras en el tratamiento por derivación de los pacientes y no las muestras para confirmación de VDRL
- Ausencia e tratamiento en pacientes no debidamente controladas por supuesta falsa reactividad
- Derivación sin tratamiento de pacientes para descartar alergia al tratamiento
- Ausencia de control de la pareja

- Dificultades para la integración de otros servicios especialmente aquellos relacionados al área sicosocial
- Deficiente registro en las historias clínicas de datos importantes para la toma de decisiones de tratamiento o no del hijo.
- Creencia que se trabaja bien que se contradice con los casos que relatan han tenido
- Dificultades del sistema de salud para captar el abandono de tratamiento o la falta de control
- Falta de actitud activa frente a un caso desde la detección del laboratorio hasta el tratamiento

2. SIVILA

- El desconocimiento de la Ley de Notificación Obligatoria
- Desconocimiento del sistema de vigilancia
- Falta de personal que realice la carga de datos
- Falta de computadoras en el lugar de trabajo (aunque contaban en otros ámbitos del establecimiento)
- Falta de conectividad a Internet.
- Resistencia a la incorporación de la notificación a la práctica como rutina de trabajo
- Desconocimiento de la utilidad del recurso en la autogestión y en la toma de decisiones en todos los niveles

Como hechos positivos encontrados se observó que:

1. Asistencial

- a. Existen los recursos en forma consistente para el diagnóstico y tratamiento
- b. Existe buena predisposición al a aplicación del Proyecto de eliminación
- c. Aceptación de los efectores de los CAPS acerca de su rol y compromiso de asumirlo
- d. La Zona Sanitaria V viene desarrollando un consistente programa de eliminación de la SC desde hace 4 años mostrando datos muy consistentes en el tiempo

2. SIVILA

- a. Aumento en la solicitud para la incorporación al sistema por parte de los responsables
- b. Solicitud de capacitación en municipios que no se encuentran en esta etapa del proyecto
- c. Los nodos que ya están incorporados muestran conformidad en su utilización
- d. En algunos efectores hubo rápida adhesión al sistema por parte de los profesionales

Duración

Una jornada de 3 horas.

Detalle de las Jornadas de Capacitación

Se describirán las fechas en las que fueran efectuadas, las localidades visitadas, las personas que participaron de las charlas/taller y las particularidades que sean consideradas oportunas para complementar la información brindada en los párrafos que anteceden.

Fecha: 4 de mayo

Localidad: **JUNIN** (en la sede de la Región Sanitaria)

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Responsable de región sanitaria III, Director del Hospital , jefe de obstetricia y neonatología. Jefes de laboratorio y de epidemiología .Dos jefes de CAPS. (8 participantes)

Observaciones: El planteo se limitó a verificar las normas existentes y actitud ante casos. Se instalo el SIVILA.

Fecha: 6 de mayo

Localidad: **Mar del Plata** (instalaciones del Hospital Allende)

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: 6 responsables de CAPS, 3 jefes de Servicio del Hospital, jefes de Laboratorio de 4 centros de salud, área Epidemiologia, dos participantes del INE; dos participantes del Hospital Materno Infantil (18 participantes).

Observaciones: Dada la complejidad del Municipio se abre la expectativa de un trabajo continuado posteriormente al proyecto para fortalecer la notificación y la aplicación de las normativas.

Fecha: 7 de mayo

Localidad: **Municipio de la Costa**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Autoridades de la Secretaria de Salud, responsable de VIH/Sida e ITS, responsables de Epidemiología (5 participantes).

Observaciones: Municipio con un bajo número de partos.

Fecha: 18 de mayo

Localidad: **Merlo** (en la sede de la Región Sanitaria)

Docente: Parisi / Quiruelas

Invitados: 15 jefes de Laboratorios de Región Sanitaria VII, 12 efectores de hospitales de la región. Infectólogo de la localidad de Merlo responsable de Región Sanitaria. (30 participantes)

Observaciones: Se trabajó especialmente en la notificación de SIVILA y SNVS; se necesita la realización de visitas posteriores protocolizadas para evaluar gestión en el municipio.

Fecha: 20 de mayo

Localidad: **Pergamino** (sede de la Región Sanitaria IV / Hospital San José)

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Responsables de Laboratorio y Epidemiología de municipios de la Región Sanitaria IV (19 participantes)

Observaciones: Se trabajó en las redes de confirmación y derivación de las muestras dada las dificultades de conexión, si bien existe una muy buena relación entre las localidades que conforman la zona sanitaria y los efectores locales. Dos municipios decidieron sumarse al proyecto. De hecho San Pedro y Colón fueron capacitadas fuera del proyecto.

Fecha: 21 de mayo

Localidad: **San Nicolás**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: (6) Personal de Laboratorio y Epidemiología, (3) directivos del Hospital "San Felipe"; (2) Jefes de Servicio relacionados con la temática de sífilis congénita (11 personas).

Observaciones: Se hizo hincapié en las dificultades locales y se profundizó la metodología de carga de datos desde el laboratorio.

Fecha: 27 de mayo

Localidad: **Moreno** (sede del Hospital “Gral. de la Vega”)

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Directores del Hospital; Jefes de Servicio de Infectología, Obstetricia, Laboratorio. Enfermería. Responsables de Epidemiología del municipio de Moreno (14 participantes).

Observaciones: Existe un área interrelacionada entre Dirección del Hospital y Dirección de Epidemiología con un gran trabajo en el seguimiento y control de pacientes. Surgieron planteos de orden interno hospitalario como causa de alguna dificultad para optimizar la calidad del servicio ofrecido. Las distancias y la complejidad del municipio y la gran diversidad de migración para la atención de pacientes de y hacia Moreno dificultan el adecuado control de gestión.

Fecha: 1° de junio

Localidad: **San Isidro** (Centro San Isidro Labrador)

Docentes: Parisi / Quiruelas

Invitados: Responsables de los 12 CAPS municipales (incluyendo consultorios de terrenos); Jefes de Servicio de consultorio de alto riesgo, Ginecología, Pediatría e Infectología del Hospital Materno Infantil; Jefes de Laboratorio; Asistente Sociales e Infectólogos de los Hospitales Boulogne y San Isidro (28 participantes).

Observaciones: Municipio con una gran tradición en el trabajo y seguimiento de SC (lo realiza desde 1979 con una ficha que fue el modelo de base desarrollado en el proyecto)

Las únicas dificultades existen en la búsqueda en terreno de pacientes que no concurren y no han solucionado aún el rechazo de la pareja para controlarse.

Fecha: 4 de junio

Localidad: **Malvinas Argentinas**

Docentes: Parisi / Quiruelas

Invitados: Representante de CAPS, profesionales de los Servicios de Obstetricia y Ginecología y Neonatología (10 participantes).

Observaciones: Sin características especiales, salvo la situación socioeconómica y las carencias de gran parte de la población del distrito (uno de los últimos municipios creados) lo que profundiza la vulnerabilidad en los aspectos sanitarios, aunque el esquema generado por las autoridades del municipio tiende al progreso en el área salud.

Fecha: 7 de junio

Localidad: **José C. Paz**

Docentes: Parisi / Quiruelas

Invitados: Secretaría de Salud, Epidemiología y representantes de
CAPS (9 participantes)

Observaciones: Área de población altamente carenciada.

Fecha: 9 de junio

Localidad: **Berisso** (se realizaron en el Hospital “El Dique” de
Ensenada)

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Representantes del municipio y miembros de 7 CAPS y
Laboratorios (18 participantes)

Observaciones: Compromiso de participación aunque no contaban con
una metodología de desarrollo sustentable en el tiempo. Se solicitó
colaboración para avanzar en este sentido de parte de los participantes.
El Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud de la
provincia de Bs. Aires asumió ese compromiso.

Fecha: 10 de junio

Localidad: **Ensenada** (Hospital "El Dique")

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: Jefes de laboratorios, miembros de CAPS. Junto a estos concurrentes participaron los representantes del Patronato de Liberados de la región, quienes se sumaron a la parte de clínica asistencial de sífilis ya que existen muchas mujeres que recobran la libertad con sífilis y muchas de ellas se embarazan nuevamente estando bajo la tutela del Patronato. (45 participantes)

Observaciones: Existe mucha dificultad para implementar SIVILA. El Patronato de Liberados, en la segunda etapa de la jornada, trabajó en sus dificultades con modalidad taller. Acá se evidencia lo que en informes anteriores se manifestó sobre incorporar sectores específicos de la sociedad (Sistema Carcelario Provincial, Patronato de Liberados) independientemente que no conformaran el listado inicial del PESC/2010.

Fecha: 24 de junio

Localidad: **San Martin**

Docentes: Parisi / Quiruelas

Invitados: Representantes de los Hospitales del partido de San Martín (Eva Perón, Manuel Belgrano, Thompson) y de 8 CAPS municipales (14 participantes)

Observaciones: Sin particularidades; es un municipio con Programa Municipal de larga data con trabajo en sífilis congénita y otras ITS desde su formación con más de 20 años de funcionamiento. Integrado al SIVILA.

Fecha: 29 de junio

Localidad: **Florencio Varela** (Concejo Deliberante)

Docentes: Parisi / Quiruelas

Invitados: Personal de los CAPS de las tres áreas del municipio dentro del marco de un curso de capacitación en Atención Primaria de la Salud que brinda el municipio (38 participantes)

Observaciones: Municipio que está desarrollando un gran despliegue en ITS a pesar de las dificultades relacionadas a las distancias, condiciones socioeconómicas y algunas discrepancias entre el sistema municipal de salud y el provincial, como suele suceder en muchos casos y localidades. Hecho que refuerza las afirmaciones expresadas en numerosas oportunidades dentro del informe.

Fecha: 2 de julio

Localidad: **Azul** (Hospital "Argentina Diego")

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Autoridades hospitalarias de Epidemiología y de Laboratorio (8 participantes)

Observaciones: Municipio con baja prevalencia en sífilis, con muy buen trabajo y concientización en notificación SIVILA y SNVS.

Fecha: 6 de julio

Localidad: **San Miguel** (Hospital "Larcade")

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Autoridades hospitalarias, jefes de servicio de Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Pediatría, Laboratorio, Enfermería (12 participantes)

Observaciones: Incluido en el SIVILA , han participado en proyectos de sífilis como todos los representantes de Región Sanitaria V.

Fecha: 13 de julio

Localidad: **Esteban Echeverría**

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: Responsables sanitarios del municipio; Jefes de Servicios del Hospital Municipal de Esteban Echeverría relacionadas con la temática del proyecto (14 participantes)

Observaciones: Municipio con muy buena voluntad para trabajar pero que confesaron severas limitaciones de recursos y solicitaron la ayuda del

Programa Provincial de VIH/Sida e ITS para una adecuada puesta en marcha .El Programa Provincial y la Coordinación del PESC/2010 han desarrollado una serie de visitas para potenciar esta voluntad de crecimiento local. Recursos limitados para incorporar el SIVILA.

Fecha 16 de julio

Localidad **La Matanza** (Universidad de la Matanza)

Docentes Parisi / Quiruelas

Invitados. Organizado por el responsable del Programa de la localidad el Dr Pueyo (presente como las responsables de los hospitales de dos regiones de las tres que posee la matanza pero que tienen maternidad)aprovechando el dictado de un curso mensual a las obstétricas y obstetras de los centros periféricos . Concurrencia 38 personas

Observaciones: siendo un grupo de personas que tiene una capacitación permanente el taller se profundizo en resolver las cuestiones que limitan la efectividad de sus acciones ya que la motivación existía.

Si bien algunos conceptos tuvieron que ser reforzados como la interpretación del as pruebas y la actitud ante el valor de VDRL bajo se pudo trabajar en el fortalecimiento de la red a formada y la necesidad de conocer la información para actuar desde el programa en mejorar la gestión.

Fecha 19 de julio

Localidad: **Pehuajó**

Docentes Parisi / Giner

Invitados: previa una reunión con las autoridades del hospital se reunieron responsables del área de maternidad y 3 obstétricas de centros periféricos (total 7 personas).

Observaciones: la presencia de sífilis congénita es un hallazgo en esta localidad de baja prevalencia. Casualmente durante esta investigación se había encontrado un caso bien resuelto pero fue muy útil para reavivar la importancia de su búsqueda.

Fecha 20 de julio

Localidad: **Trenque Lauquen**

Docentes Parisi / Giner

Invitados: 2 representantes de la secretaria de salud y 3 responsables del área materno infantil.

Observaciones: al igual que en Pehuajo la escasez de casos hace que no sea una prioridad dentro de la realidad de salud pública. Se trabajo en los alertas de los casos en no desestimar los resultados y la incorporación al sistema SIVILA

Fecha 23 de julio

Localidad: **San Fernando**

Docente: Parisi / Quiruelas

Invitados: 2 responsables del área materno infantil ,21 obstétricas y médicos de los 12 centros periféricos Total 23 personas

Observaciones: otra localidad con trabajo previo de hecho disponen de 12 centros que habilitaran de testeo .Sin embargo hubo que volver a reiterar conceptos que no estaban claros. Fue una prueba mas de la necesidad de distribuir las normas con las afichetas en los centros de atención. San Fernando ya notifica el SIVILA habitualmente

Fecha 26 de julio

Localidad: **La Plata**

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: 11 responsables de laboratorio y 6 de maternoinfantil de distintos hospitales .Se los convoco en la Biblioteca que poseen computadoras en cantidad para ejercitar el SIVILA . Total: 17 personas

Observaciones: Se los dividió en dos grupos como en otras oportunidades uno de médicos y obstétricas y otro de laboratorio. Hubo bastante reticencia por parte de los bioquímicos aduciendo falta de personal y tiempo para completarlo. Es una localidad que dada sus dimensiones y cantidad de centros de salud se hace difícil una coordinación de hecho no existe. Es necesario trabajar para afianzar las redes de atención

Fecha 29 de julio

Localidad: **Chivilcoy**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Personal de la región sanitaria del hospital servicio de infectología y materno infantil. (Total 8 personas).

Observaciones: reunión muy neutra con escasa participación de los invitados

Fecha: 30 de julio

Localidad: **Saladillo**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: Dermatología, Obstetricia y responsables del plan materno infantil.

Observaciones: se trabajo en la notificación de casos y la introducción del SIVILA.

Fecha: 2 de agosto

Localidad: **Quilmes**

Docentes : Parisi / Russo

Invitados. 15 Obstétricas, responsables del área social, Infectólogo. (total 17 personas).

Observaciones: área con muchas dificultades para la captación y seguimiento del paciente como todas las grandes ciudades y extensas. La manera de encarar las respuestas se ven limitadas por factores externos a la atención. De hecho esta es correcta .También dificultades en la carga de información.

Fecha: 5 de agosto

Localidad: **Tigre**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: 9 Obstétricas y personal del hospital, incluidos residentes. (total 19 personas).

Observaciones: Tigre posee un sistema de extracción que recorre los centros periféricos favoreciendo entonces la captación. Si bien las dimensiones del partido lo hacen difícil de cubrir especialmente el área de islas. Buena participación e interés.

Fecha: 10 de agosto

Localidad: **Avellaneda**

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: Personal del hospital Fiorito y maternidad Goitia (total 22 personas).

Observaciones: dificultades operativas con la búsqueda de la paciente, el seguimiento y falta de notificación. En el SIVILA reticentes con la notificación ya que habían recibido la capacitación y maquinas hace 4 años y no la implementaron.

Fecha: 12 de agosto

Localidad: **Escobar**

Docentes : Parisi Giner

Invitados.6 Obstetricas 6 personal del hospital total 12 personas

Observaciones: este municipio estaba trabajando en sífilis congénita y cargaba SIVILA. Sólo necesitó un fortalecimiento de las acciones del programa.

Fecha: 18 de agosto

Localidad: **Tres de Febrero**

Docentes : Parisi / Quiruelas

Invitados 3 centro de ITS, personal del Hosp. Carrillo y 11 obstétricas y personal de CAPS (total 19 personas).

Observaciones: Muchas dificultades de intercomunicación entre los centros de salud .Perdida de casos y seguimiento Existe otro hospital alejado de los otros dos centros y mal comunicados.

Se necesita trabajar mucho para organizar una respuesta acorde a las demandas.

Fecha: 19 de agosto

Localidad: **Bahía Blanca**

Docente: Parisi / Giner

Invitados: Hospitales Municipal y Hosp. Pena; personal que actúa en el plan materno infantil e infectología .Total 31 personas

Observaciones: si bien existe la complejidad, alta tecnología y basto conocimiento teórica existen deficiencias en la organización de la referencia y contrareferencia .La actitud ante la sífilis congénita ha sido de baja prioridad.

Fecha: 20 de agosto

Localidad: **Tres Arroyos**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: miembros del hospital y algunas obstétricas .Total 12 personas

Observaciones: gente con mucha motivación para integrarse al proyecto y trabajar .Consultas positivas para incorporar acciones concretas y eficaces. A pesar de baja incidencia de casos.

Fecha: 23 de agosto

Localidad: **Lanús**

Docentes: Parisi Russo

Invitados: personal del hospital Evita del área materno infantil , bioquímicos y obstétricas .residentes . Total 35 personas

Observaciones: se trabajo con las dificultades después de una exposición. El panorama similar a los de la zona sur (mucha población, mucho traslado del paciente dificultad en el seguimiento y captación del abandono .Reticencia al sistema SIVILA como en todas las grandes ciudades.

Fecha: 27 de agosto

Localidad: **Lujan**

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: las autoridades del hospital y de la secretaria de salud convocaron a los representantes de 13 CAPS en uno de ellos y se aprovecho para trabajar en salud reproductiva en forma local previamente y después abordamos el proyecto (total 29 personas)

Observaciones: si bien no se cuenta con una estructura importante existe como en todas las ciudades alejadas del conurbano una gran avidez por recibir información y trabajar en función de ello. Las limitaciones se resolverían a partir de una profundización de la eficacia de la red de derivación y referencia / contrareferencia. El proyecto facilitara esta gestión al instalar los instrumentos que se promueven

Fecha: 30 de agosto

Localidad: **Pilar**

Docentes: Parisi / Giner

Invitados: personal del hospital y de CAPS (total 11 personas).

Observaciones: En la localidad se está desarrollando un proyecto de sífilis congénita y se carga SIVILA.

Fecha: 1° de setiembre

Localidad: **Berazategui**

Docentes: Parisi / Russo

Invitados: Convocados por la Secretaria de Salud se reunieron las obstétricas del sistema en una jornada de capacitación de las que habitualmente realizan (total 43 personas).

Observaciones: Berazategui es una localidad con antiguo trabajo en ITS, siendo en la provincia uno de los referentes en el tema .La capacitación profundizó la necesidad de incorporarse al SIVILA.

En la página siguiente se encuentra el detalle del flujograma (algoritmo) para la captación, seguimiento, evaluación, diagnóstico y tratamiento para la sífilis gestacional y congénita¹¹.

Ha sido consensuado con los diferentes efectores de salud de las Regiones Sanitarias y sigue un modelo universal adaptado a las posibilidades de nuestro país y nuestra provincia en particular.

¹¹ Tarea 3 / Componente Capacitación.

DIAGNÓSTICO y TRATAMIENTO de la MUJER EMBARAZADA

VDRL o RPR en la 1° Visita Prenatal

—

Asesoramiento sobre prevención de otras ITS

Repetir durante 3° trimestre y puerperio

+

Iniciar Penicilina benzatínica 2,4 mill. UI /IM y **CONFRIMAR** solicitando FTA-Abs o MHA-TP

Negativo

POSITIVO

Prueba FALSO (+)

SÍFILIS

Completar tratamiento con Penicilina benzatínica 2,4 mill. UI/IM con intervalo de 1 semana entre cada dosis (*)

Evaluar y tratar a la/s Pareja/s

Control con VDRL mensual hasta el parto. **NO SOLICITAR PARA SEGUIMIENTO FTA-Abs o MHA-TP**

Indicar Penicilina benzatínica 2,4 mill. UI / IM y confirmar con VDRL; FTA-Abs o MHA-TP; VIH; Atg sup. para Hepatitis B

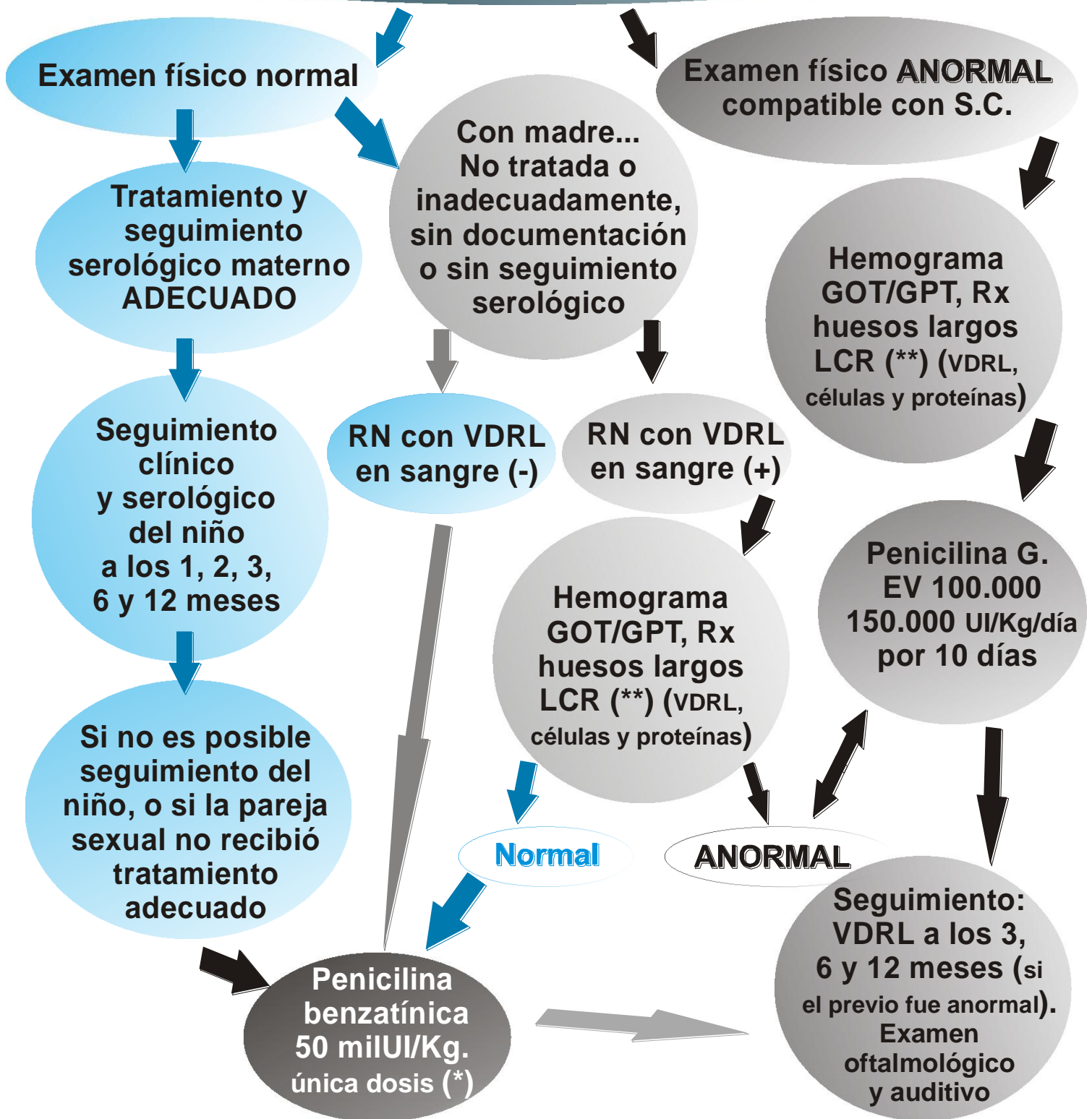
Descartar otras infecciones de transmisión sexual (infección gonocócica, VIH, Hepatitis B)

Con VDRL (+) y test confirmatorio (+) Penicilina benzatínica 2,4 mill. UI/IM separada por 1 semana cada una. Si no se puede establecer el tiempo de infección, debe recibir 3 dosis (**)

(*) En embarazadas con diagnóstico de sífilis menor a un año de evolución, se recomiendan 2 (dos) dosis de penicilina benzatínica IM, con una semana de intervalo entre ambas dosis.

(**) Si el tratamiento es interrumpido se debe recomenzar el mismo y aplicar 1 vez por semana el total de dosis correspondientes

SEGUIMIENTO de RN HIJOS de MADRES VDRL Reactivas



(*) Aplicar IM en cara anterolateral del muslo

(**) Si no es posible realizar PL, o si la PL fue traumática, deberá recibir 10 días de tratamiento con penicilina G, EV.

COMPONENTE PROMOCIÓN

Jornadas de Lanzamiento de Campaña¹²

Martes 6 de abril de 2010

En el Salón de los Escudos de la Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires de la ciudad de La Plata (sito en intersección de la Avda. 51 y la Avda. 7), a partir de las 09:30 hs. y hasta las 14:00, se llevó a cabo el **Lanzamiento de Campaña del PESC/2010**. De la mesa de autoridades participaron el Presidente de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Senadores de la Prov. de Bs. Aires y anfitrión, Dr. Julio Salemme; por el Ministerio de Salud, el Director Provincial de Epidemiología, Dr. Mario Masana Wilson; el Director Provincial de Medicina Preventiva, Dr. Ángel Luis Crovetto; la Directora de Atención Primaria de la Salud, Dra. Liliana Fishkel y la Directora del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, Dra. Sonia Quiruelas. Del mismo modo, el Director Gral. del PESC/2010, Dr. Rómulo F. Barcos.



El nutrido auditorio se encontraba conformado por los/las Auditores/ras de las diferentes Regiones Sanitarias y los/las Encuestadores/ras de las localidades que desarrollarán las tareas de

¹² # 4 Cronograma de Actividades

auditoría y recolección de datos, respectivamente; numerosos representantes del área de salud de los municipios seleccionados para este Proyecto; directivos y profesionales de los establecimientos hospitalarios de la zona y Senadores y Diputados bonaerenses de diferentes vertientes políticas que se acercaron espontáneamente a brindar su apoyo y a interiorizarse por el interés que les produjo la temática a tratar. Del mismo modo, asistieron representantes de las entidades provinciales de la salud de orden privado que formaron parte de la primera reunión (18 de febrero de 2010) y de otras que se han agregado de manera unilateral para ofrecer su colaboración desinteresada en lo que a casuística y datos referenciales sobre la SC se refiere, hecho que resulta de suma importancia y que será destacado y desarrollado en párrafos posteriores.

El acto fue iniciado por la Dra. Sonia Quiruelas, Directora del PPSIDA, la cual dio la bienvenida a las autoridades que formaban parte de la mesa, a los representantes de los municipios y las Regiones Sanitarias y a quienes desarrollarán las tareas del PESC/2010, agradeciendo su presencia. Describió brevemente los lineamientos generales del Programa de Eliminación de Sífilis Congénita y resaltó que las acciones que se llevarán a cabo y los fines que se persiguen son de carácter inédito en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, de suma importancia por la creciente continuidad con que la sífilis congénita está penetrando en nuestra sociedad sin distinción de clase social ni niveles culturales, aunque es una patología que se ve con mayor frecuencia en los grupos sociales de menores recursos económicos y educativos; resaltó el agradecimiento a las autoridades presentes y muy especialmente al Consejo Federal de Inversiones por el aporte económico financiero que este organismo a dispuesto para hacer realidad

un proyecto de necesidad imperiosa y la excelente predisposición de la Unidad Coordinadora de Proyectos del MS. Habiendo culminado con la alocución, la Dra. Quiruelas dejó la palabra a cargo del Senador Provincial Dr. Julio Saleme, Presidente de la Comisión de Salud de la H. C. de Senadores bonaerense, el cual dio la bienvenida como anfitrión y expresó su asombro por la magnitud del proyecto como así también de la concurrencia y aceptación que el mismo tuvo dentro de la Legislatura bonaerense. Expresó el beneplácito del acontecimiento y subrayó que la Cámara de Senadores consideró oportuno y por demás justificado que el PESC/2010 fuera Declarado de Interés Legislativo y de Interés Provincial mediante los Decretos F80 y F81, respectivamente; puso a disposición todos los medios del ámbito parlamentario para lo que pudiere resultar de utilidad y agradeció que se diera participación a los Senadores y Diputados provinciales en el lanzamiento de campaña de un proyecto de tamaño envergadura. Así fue como le cedió la palabra al Director Provincial de Epidemiología, Dr. Mario Masana Wilson, quien hizo hincapié en la importancia de contar con información que no sólo sea fehaciente sino que sea útil para generar estudios epidemiológicos de segunda generación, los que dejan como resultado bioestadísticas que permiten realizar análisis más profundos y tener una visión mucho más amplia de la realidad contextual en la cual se desarrollan las patologías. Puso a disposición del PESC/2010 toda la estructura de la Dirección Provincial de Epidemiología para colaborar con el desarrollo del mismo, sobre todo en lo que respecta a la incorporación de los laboratorios a las estructuras de los Sistemas de Vigilancia (SIVILA y SNVS). A continuación, y prosiguiendo con los breves discursos de rigor por parte de los integrantes de la mesa de autoridades, la Dra. Liliana Fishkel de la Dirección Provincial de Atención Primaria del Ministerio provincial, dio un panorama de la realidad que se vive cotidianamente en el ámbito de la

A.P. de la Salud, ya sea en los CAPS (lo que comúnmente en los diferentes barrios de las ciudades son denominados Salas Sanitarias o Dispensarios) como en el ámbito hospitalario. De la relevancia que tiene este aspecto dentro de una estructura de salud, ya que es la base de la pirámide sanitaria y a la cual se debe fortalecer con más intensidad brindando los recursos que sean necesarios para ello. Que la Dcción. de APS se encuentra a disposición del Proyecto apoyando desde la relación que existe entre este estamento ministerial y los Centros Sanitarios de Atención Primaria de los diferentes municipios. A continuación, el Director



Provincial de Medicina Preventiva, Dr. Ángel Crovetto, destacó la importancia de poder llevar adelante un proyecto de carácter netamente preventivo en la provincia. Hizo alusión a las

palabras que el Ministro, Dr. Alejandro Collia, le solicitó que pronunciara ante el auditorio, resaltando el respaldo de la cartera provincial de salud en todo lo que sea necesario para desplegar las acciones establecidas y arribar a los objetivos planteados, como así también el agradecimiento expreso al Consejo Federal de Inversiones por el apoyo tangible para el desarrollo del PESC/2010. Al mismo tiempo manifestó la predisposición de la Dirección a su cargo para cualquier aporte que ésta pudiere hacer para el mejor desenvolvimiento del proyecto. Para finalizar, quien suscribe hizo una breve descripción de los objetivos esperados no sólo por el Ministerio de Salud sino también por el CFI: dejar instalada un área dedicada a la prevención, el tratamiento y el seguimiento de las embarazadas, sus parejas e hijos en las estructuras sanitarias de cada uno de los municipios seleccionados en esta oportunidad conformada por equipos interdisciplinarios de profesionales de la salud con un

responsable a cargo del mismo; garantizar la debida y correcta notificación de los casos registrados por los medios y los sistemas vigentes; asegurar la sustentabilidad de los objetivos alcanzados y la necesidad insoslayable de replicar estas situaciones antes mencionadas en el resto de las localidades de la provincia de Bs. Aires. A título personal, manifestó su predisposición para realzar los vínculos entre los CAPS y el Ministerio de Salud bonaerense durante el desarrollo del PESC/2010 aprovechando cada una de las oportunidades en que se haga presente en las reuniones que mantendrá con los responsables de salud de los municipios participantes.

A continuación, los capacitadores del PESC/2010, la Dra. Celeste Giner, el Bioq. Antonio Parissi y el Dr. Juan Pedro Russo expusieron diferentes temas que hacen a la introducción, el desenvolvimiento y el desarrollo del proyecto. El último de ellos lo hizo en primer lugar, describiendo los aspectos esenciales de la enfermedad para el auditorio presente, entre el que se encontraba un número de personas que no tiene relación directa con la medicina. Por ello utilizó un formato inteligente para la transmisión de la información, la cual resultó útil para quien no formaba parte de las disciplinas de la salud y muy general para quien sí. En una disertación de corta duración pudo sensibilizar a los/las Encuestadores/ras a los efectos de que tomen dimensión de la responsabilidad del trabajo que están desarrollando, la importancia de arribar a los resultados preestablecidos y las beneficiosas consecuencias de éstos.

El Bioq. Antonio Parissi, a posteriori, expuso una secuencia de datos estadísticos de la provincia de Bs. Aires con que se cuenta en la actualidad en el Ministerio de Salud, las cuales justificaban la realización de este proyecto y la necesidad de arribar a los resultados esperados,

puesto que quedó claramente expresado que los guarismos se presentan en franco crecimiento en los últimos años, esto incluso teniendo en cuenta que la subnotificación de casos nos permite inferir que los números conocidos se encuentran muy por debajo de los casos que existen en realidad. De esta manera se dejó establecido y en conocimiento de los presentes la casuística y la situación de la sífilis congénita en el ámbito del territorio bonaerense. A su término, dio paso a la Dra. Celeste Giner, del área de Epidemiología del Ministerio, quien tuvo a su cargo la tarea de dar una idea general de los pasos que se siguen para la notificación de los casos, poniendo énfasis en la metodología utilizada en la temática que nos ocupa. Hizo una síntesis de la trazabilidad del proceso de transferencia de datos desde que la mujer embarazada concurre a la primera consulta, hasta que ese caso llega a las estructuras del sistema de vigilancia de la provincia y queda asentada definitivamente en las mismas.

Desde la Dirección de este PESC/2010 se confeccionó un **“Manual de Normas de Trabajo y Procedimientos”** a los efectos de que se interioricen en la temática, pudieran tener a mano la información de cómo se confeccionan las fichas, cuestionarios y planillas de recabado de datos para consultarlas cuando tuvieran necesidad, material que fuera entregado en su totalidad a cada Encuestador/dora y Auditor/tora Regional. Asimismo se solicitó por quien suscribe una nota firmada por el Ministro de Salud y la titular del PPSIDA, a los efectos de que los/las Encuestadores/ras cuenten con la mayor colaboración posible desde los establecimientos sanitarios al momento de la recolección de los datos¹³.

¹³ Todos y cada uno de los documentos que se encuentran descritos en los párrafos anteriores correspondientes a este apartado se encuentran incluidos en la sección destinada a ANEXOS.

En líneas anteriores se dejó ver un tema que, por quien suscribe, es de suma importancia y resulta de carácter primordial dentro del sistema sanitario provincial. Hablábamos de “otras instituciones de la salud de orden privado que se han agregado de manera unilateral para ofrecer su colaboración desinteresada en lo que a casuística y datos referenciales sobre la SC se refiere”; entidades de profesionales bioquímicos y de clínicas y sanatorios provinciales han puesto a disposición del proyecto los datos referentes a los casos de sífilis gestacional y congénita que se encuentran registrados en el ámbito de la asistencia privada, lo cual, desde lo que hace a la convivencia de las partes y al arribo a resultados satisfactorios, es un logro más que relevante. De todos modos, vale la pena recalcar una y otra vez que la garantía y la accesibilidad a la salud por parte de la población no puede ni debe diferenciarse en estatal y privada, puesto que es únicamente pública. A lo dicho, es dable agregar que el PESC/2010 contará con los datos de las personas privadas de la libertad del sistema penitenciario de la provincia, hecho más que importante si tenemos en cuenta que a pesar de su estado de detención son personas que mantienen relación con sus parejas existiendo la posibilidad de quedar embarazadas (ya sean las mujeres privadas de la libertad como las parejas de los varones que se encuentran detenidos).



Cabe señalar que la jornada descrita se llevó a cabo en un clima de amplia cordialidad por parte de todos los presentes y de sumo interés desde el auditorio que hubo concurrido al Lanzamiento de la Campaña de este PESC/2010.

En lo que hace a la segunda fase del lanzamiento, se llevará a cabo en la localidad de Florencio Varela el jueves 29 de abril con un acto de contenido político / sanitario pretendiendo comprometer a los actores del gobierno provincial en este proceso a desarrollarse hasta el mes de septiembre. Al mismo ha sido invitado el Gbdor. de la Provincia, Intendentes de distintos municipios, y se contará con la presencia del Ministro de Salud, Dr. Alejandro Collia, el Jefe de Gabinete, Dr. Pablo Garrido y Subsecretarios de esa cartera sanitaria, Directores Provinciales, la Directora del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, Dra. Sonia Quiruelas, junto a otros responsables del PPSIDA; la titular de la Unidad Coordinadora de Programas del Ministerio de Salud, Dra. Beatriz Pietra; el Director Gral. del PESC/2010, Dr. Rómulo F. Barcos, y diferentes autoridades de establecimientos de salud; Senadores y Diputados provinciales. La descripción de dicha jornada será incluida en el Informe Parcial a presentarse el próximo mes de julio del corriente por quien suscribe, puesto que se llevará a cabo con posterioridad a la entrega de este Informa de Avance (15/04/2010).

Cierre de Campaña

En el apartado correspondiente a este punto en el Informe de Avance del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010 presentado ante el Consejo Federal de Inversiones¹⁴ (C.F.I.) en fecha 15 de abril del corriente, se hacía referencia a la intención de llevar a cabo a finales de ese mismo mes un acto de lanzamiento oficial del PESC/2010.

Cabe recordar que, según figura en el citado informe, el día martes 6 de abril se había efectuado en las instalaciones del Salón de los Escudos de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires en la ciudad de La Plata un acto de apertura en donde se encontraban presentes los representantes de todas las Regiones Sanitarias provinciales, los efectores de salud de la temática abordada por el Proyecto, autoridades y personal del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS, autoridades Ministeriales de la Dirección Provincial de Medicina Preventiva en representación del titular de la cartera sanitaria, del área de Epidemiología y de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud bonaerense, el Presidente de la Comisión de Salud de la Honorable Cámara de Senadores de la Prov. de Bs. Aires y representantes de la Comisión de Salud de la H. Cámara de Diputados provincial; los mismos hicieron uso de la palabra dando por iniciado oficialmente el PESC/2010 ante el auditorio, constituido por directivos de los centros hospitalarios y jefes de los servicios médicos involucrados; referentes de los Programas Municipales de VIH/Sida e ITS de numerosas regiones sanitarias;

¹⁴ Informe de Avance del Proyecto de Eliminación de Sífilis Congénita 2010 (PESC/2010) de fecha 15 de abril; Capítulo II (Componente Promoción) / Lanzamiento de Campaña (págs. 19 a 24).

personal dedicado a la recolección de datos y aquellos que llevarían adelante las tareas de auditoría, como así también el grupo de profesionales encargados de brindar las charlas/talleres de Capacitación y Sensibilización, los cuales dieron uno a uno la idea general de lo que sería el dictado de esas clases en los municipios incluidos.

A raíz de lo expresado en el párrafo inmediato anterior, es que se creyó conveniente considerar a dicho evento como Lanzamiento de Campaña (06/04/2010) teniendo en cuenta la presencia de las autoridades ministeriales y municipales, quienes conformamos el equipo de trabajo del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010 y el auditorio presente, muchos de los cuales se acercaron desde sitios alejados de la provincia.

En tal sentido y habida cuenta de las manifestaciones hasta aquí expuestas, no se consideró oportuno la concreción de otra reunión con los mismos objetivos entendiendo que habían sido cubiertos en el lanzamiento del martes 6 de abril en lo que hace a los conceptos involucrados en la misma y a los participantes del ámbito científico, sanitario y político que asistieron a la reunión precitada.

Como consecuencia de ello esta Coordinación General del PESC/2010 consideró que lo conveniente sería realizar una reunión como cierre del proyecto¹⁵ PESC/2010, la cual se llevó a cabo los días 24 y 25 de agosto en la Casa de la Provincia de Buenos Aires en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, haciendo coincidir la misma con la disertación de autoridades provinciales y nacionales idóneas en la materia y la concurrencia de expertos del extranjero (Italia) quienes han

¹⁵ Tarea 4 / Componente "Promoción" – Lanzamiento / Cierre de Campaña

sido convocados y acercados adrede por esta Coordinación Gral. del PESC/2010; se intentó desde ya darle un cariz similar al del evento inaugural en el Salón de los Escudos de la Legislatura bonaerense, donde convergieron tanto representantes de la esfera política, sanitaria, hospitalaria tanto provinciales como municipales, como así también quienes formamos parte directa en el desarrollo del Proyecto.

En dicho evento, en el que participaron autoridades provinciales representando a la Gobernación, el Ministro de Salud y los Subsecretarios, al tiempo que todos los referentes de cada una de las Regiones Sanitarias y de los Municipios que participaron del PESC/2010, se hizo hincapié, por sobre todas las cosas, en la necesidad de combinar los esfuerzos de los niveles municipales y provinciales de salud, hecho que fue expuesto en el presente informe como una necesidad imperiosamente e insoslayable a la hora de buscar resultados satisfactorios para las necesidades y las demandas de la población.

Material de Comunicación Social ¹⁶

Se han mantenido desde esta Dcción. Gral. una serie de reuniones desde mediados del mes de febrero con un grupo de expertos, entre los que se encuentran Sociólogos y Lic. en Comunicación Visual, a los que se les solicitó brindaran los parámetros a tener en cuenta para una correcta transmisión de la información desde el Programa hacia la comunidad. Para ello es que solicitaron se les presentaran ciertos datos que les resultaban indispensables, como a qué niveles culturales se pretendía llegar, si la campaña gráfica estaría dirigida a algún género específico, en qué grupos etarios se intenta penetrar, en qué estratos sociales es que la enfermedad resulta con estadísticas más comprometidas, cuál sería el contexto en el cual se va a trabajar, entre otras cosas de interés. Dadas las respuestas del caso fue que presentaron un esquema de lo que consideraron oportuno para generar el impacto más eficiente en relación a lo que se pretende conseguir.

A modo de síntesis, se detallan a continuación las premisas de mayor relevancia que fueran transmitidas en su oportunidad:

- ✚ El folleto debe ser claro y preciso en lo que pretenda comunicar

- ✚ Las frases de presentación (lo que se ve a primera vista del folleto) deben ser cortas y las explicaciones interiores deberían estar acompañadas de algún gráfico que permita relacionar lo escrito rápidamente con lo que se está explicando.

¹⁶ # 5 Cronograma de Actividades

- ✚ No “responsabilizar” sólo a la mujer (como suele suceder en todo lo que mantiene relación con el embarazo) de los cuidados y los consejos que se mencionen en la papelería a distribuir.
- ✚ Incluir a la pareja como un actor que de hecho es parte de la situación (no caer en el error que suele verse con mayor frecuencia que se relaciona con el uso del preservativo como cuasi exclusiva responsabilidad del género masculino en la práctica sexual).
- ✚ Dejar establecido, en todos los casos, las formas de acceso a los servicios que se pudieren ofrecer relacionados con los consejos que se brindan. De nada serviría transmitir la necesidad de realizarse los controles durante el período gestacional si no se aclara dónde hacérselos y cuál es el camino más sencillo para acceder a los mismos.
- ✚ Generar una conciencia social más allá de la individual; en ciertos contextos socioculturales, las recomendaciones desde el ámbito familiar y de los circuitos sociales con los que se relacionan con mayor frecuencia suelen tener un peso en sí mismospreciado y útil para la transmisión de este tipo de información y de la toma individual de consciencia que se pretende instalar.
- ✚ Incluir a los Centro Asistenciales Primarios de la Salud dentro de los circuitos a distribuir y a generar el proceso de transmisión de la información, ya que los mismos son los accesos iniciales a los que

recurre la población que se encuentra fuera del sistema de cobertura sanitaria (en la provincia de Bs. Aires ese grupo asciende a un 40% de los habitantes, aproximadamente).

- ✚ En lo que hace al formato, es conveniente que sea lo más impactante y pequeño posible. Si bien es importante resaltar explicaciones del caso en cuestión, no lo es menos el tener en cuenta los nichos sociales a los que se quiere abordar. Recordemos que los conceptos vertidos en un papel, su “longitud” y el tratamiento que se le da a los mismos es directamente proporcional a los niveles educativos de la población a la cual se desea penetrar con esa información. De hecho el concepto de tríptico está destinado para otro tipo de campañas, salvo que exista una relación texto/gráfico lo suficientemente amplia como para que el impacto sea de resultado satisfactorio en relación a los objetivos planteados. El mensaje debe ser de sencillo entendimiento.

- ✚ Algunas opciones alternativas aconsejadas son los dípticos, las postales o los folletos de escritura de ambas caras, siempre generando un espacio para colocar los datos del sitio de acceso (nombre, dirección, teléfono, días y horarios de atención, etc.) para concretar las acciones aconsejadas.

ENCUESTA y RECOLECCIÓN de DATOS

Un aspecto importante en el desarrollo del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010 (PESC/2010) llevado a cabo por el Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires es la información a recolectar en los centros de salud de las treinta y cinco localidades seleccionadas oportunamente para formar parte de este proyecto. De hecho uno de los motivos que sustentan y justifican el PESC/2010 ha sido la falta de datos fehacientes en el Ministerio de Salud sobre los casos de SC en territorio bonaerense.

Las estadísticas no dejan de ser números que reflejan parcialmente la realidad. Analizarlos y evaluarlos aisladamente no llevan a sacar conclusiones demasiado certeras; deben ser combinados con una serie de variables que es muy difícil rescatar si no se visualizan en forma directa en el terreno. Esto ya fue dicho en el presente informe y ahora es momento de reiterarlo y remarcarlo, puesto que es aquí donde tiene su peso específico propio. Dos localidades distantes pueden coincidir en su número de habitantes, en su superficie y hasta en el número de RN y mujeres embarazadas que padecen la infección del *Treponema pallidum*, agente causal de la sífilis. Coincidir también en un sistema de salud municipal o mixto, según sea; y en los mecanismos y pasos que debe seguir una embarazada desde que es captada por el

sistema en la primera consulta y hasta que termina con la última consulta del RN en el pediatra del hospital o el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Ahora bien, todas estas coincidencias de forma y de datos no implican que las causales que generan las problemáticas sean las mismas. De allí que se haga la salvedad y se remarque la necesidad de concurrir al sitio en cuestión a los efectos de llevar a cabo encuentros con los diferentes actores (estatales y privados) que permitan dilucidar las causas de fondo. Así se ha hecho en cada uno de los casos y así ha quedado corroborado en los informes posteriores a esas reuniones, donde se han podido arribar a conclusiones por parte de quien suscribe que permitirán, al momento de desarrollar una mirada externa al final del proyecto, presentar una idea acabada de lo que sucede con la sífilis gestacional y congénita en la provincia de Buenos Aires.

A propósito de ello, como paso previo a la recolección de datos, se han preparado una serie de preguntas a las cuales debieron responder los/las Encuestadores/ras buscando la información en los diferentes centros de salud de las localidades a su cargo y de los distintos niveles de atención. Esa planilla, denominada Cuestionario Inicial¹⁷, constó de 5 (cinco) preguntas sencillas por las que, una vez analizadas, podría describirse cómo es el sistema de cada partido involucrado, cuáles

¹⁷ Los datos recabados en los Cuestionarios Iniciales como primera etapa del PESC/2010 fueron completados y remitidos en el transcurso de la cuarta semana de abril; hecho que permitió, conjuntamente con las reuniones mantenidas en cada una de las localidades seleccionadas, tener una idea acabada de la realidad y el contexto de la provincia de Bs. Aires.

son los pasos que debe seguir una embarazada y el recién nacido, a posteriori, para ser asistidos en el período gestacional, durante el parto y en los controles al neonato. Del mismo modo se conocen los nombres de quienes conforman los equipos de salud municipales y/o provinciales en cada localidad referidos al tema de las infecciones de transmisión sexual y los responsables máximos de los Programas Municipales y Provinciales dedicados a la temática.

Esos Cuestionarios Iniciales han conformado la Etapa I (uno) en la recolección de datos del proyecto, permitiendo de ese modo no sólo contar con información sino también facilitar el camino a seguir por parte de quienes completan los formularios, ya que al momento de recabar los datos se conoce a cuáles servicios y niveles de atención se debe acudir.

Respecto al resto de la información a recolectar, ya más específica y referente a los casos de embarazadas infectadas e hijos/as que padecen SC por transmisión vertical, se han preparado cuestionarios en los que se ha podido volcar toda la información referida a la madre, su pareja y el RN. A su vez se han preparado planillas para la información de laboratorio, que es donde se centraliza la casuística de cualquier infección revelada a través de análisis bioquímicos de diagnóstico. Para las del primer tipo, las que contienen los datos de madre, padre/pareja y RN, existe a su vez una planilla donde se resumen los datos recabados

en períodos de treinta días y ante la carga de los datos requeridos surgen automáticamente las estadísticas finales que serán las que oportunamente se publiquen en los boletines especiales del proyecto y en su informe final, tras la culminación del PESC/2010.

De todos modos, en el presente informe pueden darse ciertas conclusiones¹⁸ que dejarán establecidos perfiles de las localidades y las regiones en lo que hace a sus características en lo referido al tema de las infecciones de transmisión sexual en general y de la sífilis gestacional y congénita en particular.

Del conurbano bonaerense se han tomado numerosos partidos. Como es sabido, cada uno de los partidos que conforman la provincia contienen en su territorio numerosas localidades; una de ellas es la ciudad de cabecera y la cual por lo general lleva el nombre del partido en cuestión. Si bien existe proximidad y estrechos vínculos y similitudes de tipo sociales entre los partidos del GBA, las realidades respecto de la temática que nos ocupa es extremadamente disímil, lo cual es un dato a destacar y a tener en cuenta para describir en las conclusiones del Informe Final de este PESC/2010. Como adelanto se pueden hacer ciertas apreciaciones que serán destacadas en las conclusiones de este apartado.

¹⁸ Las conclusiones referidas a las características regionales serán detalladas en un punto aparte.

En el interior de la provincia podríamos asegurar que se mantienen ciertas características que dan una idea de similitud entre los partidos de una misma región. Se diferencian, ciertamente, los centros urbanos con mayor población y de más importancia (tales los casos de Bahía Blanca, Mar del Plata, Pehuajó, Pergamino, por nombrar sólo algunos ejemplos).

En lo referente a la recolección de la información¹⁹ de los casos de sífilis congénita en las localidades que forman parte del presente proyecto, cabe señalar que todas las regiones sanitarias han remitido la información aunque no de manera consecuente en lo que hace a los períodos y/o establecimientos de salud que se encuentran en los municipios preseleccionados.

Ello tiene una razón de ser. Salvo en casos muy específicos donde se viene practicando este tipo de relevamiento de datos desde hace tiempo y de un modo sistemático (hecho que ocurre en muy pocos sitios en el ámbito de la provincia) el resto tiene, en mayor o menor medida, algunas de las problemáticas que fueron expuestas en el apartado correspondiente al componente registro y notificación. Por lo tanto, al momento de concurrir a recabar los datos por parte del personal destinado a tales fines el panorama menos complicado con el que podría toparse quien va en busca de ellos sería que éstos se encuentren en forma desordenada y dispersa por diferentes servicios médicos hospitalarios (o de las áreas municipales que los nuclea) que quizás no se correspondan con los que deberían contar con dichos datos.

Es importante tener en cuenta que en localidades que cuentan con un establecimiento hospitalario materno infantil y su número de habitantes es acorde en relación a su estructura sanitaria ofertada (entiéndase por ello profesionales especialistas, establecimientos de

¹⁹ Tarea 6 (seis) / Componente Vigilancia

primer nivel de atención, estructura de contención, equipos interdisciplinarios, número de camas, estructura administrativa, etc.) todo se simplifica notablemente. En lo que respecta al Gran Buenos Aires en sus diferentes cordones del conurbano, es una zona/región compleja en diversos ítems y distintas dimensiones; la simple “autoderivación” a la que se ha hecho referencia en el informe general es una problemática por demás trascendente. Pensar que si resulta complicado centralizar los datos en un único partido provincial, el traslado de las personas a partidos linderos mediante el cambio de domicilio como único requisito y por autodeterminación (sin derivación médica justificada) lo hace aún más difícil; y así lo hacen saber tanto las autoridades sanitarias como los referentes y trabajadores de la salud. La falta de coordinación, en muchos casos, entre el ámbito de los CAPS (municipales) y los establecimientos hospitalarios de carácter provincial en los partidos con estructura sanitaria mixta es otro de los puntos a tener en cuenta al momento de analizar los motivos y las dificultades para arribar a la recolección de la información. A lo antedicho podríamos agregarle lo que ya fuera expresado páginas atrás y ha quedado demostrado no sólo en los conceptos recogidos personalmente en las reuniones mantenidas en cada localidad, sino en los obstáculos encontrados para recabar los datos por parte de los/las encuestadores/ras. Cabe señalar y resaltar que en lo personal he podido constatar que la presencia de esta problemática en ciertos casos se debe principalmente a cuestiones de índole personal y a la falta de cumplimiento de las normativas que, aunque vigentes para muchos aspectos, no se llevan adelante como debiera.

Los datos remitidos por el personal del PESC/2010 es evaluado por la Coordinación Gral. del proyecto, los responsables del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud de la

provincia de Buenos Aires y los referentes y responsables de cada una de las Regiones Sanitarias. Al momento de contar con la totalidad de la información fehaciente de cada uno de los partidos seleccionados que integran el proyecto y que permita realizar un análisis acabado de la situación sanitaria específica, se arribó a las conclusiones con los Equipos de Evaluación locales y zonales²⁰ conformados por los referentes regionales y los responsables de cada uno de los municipios, quienes habiendo sido notificados al respecto trabajaron en la temática, lo que permitió la publicación del segundo boletín con la documentación respaldada por los datos obtenidos durante el desarrollo del PESC/2010.

En la página siguiente y las subsiguientes se encuentra listada a modo de cuadro la información remitida;

²⁰ Equipos de Evaluación Local y Regional. Tarea 7 (siete) / Componente Vigilancia.

RS	LOCALIDAD	EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS	VDRL+	SC Presunt.	SC Clínica
VI	Avellaneda	1341	1338	3	10	10	7
X	Azul	324	308	16	0	0	0
I	Bahía Blanca	1486	1272	214	5	5	0
VI	Berazategui	1819	1520	299	15	15	15
XI	Berisso	344	341	2	0	0	0
X	Chivilcoy	307	301	6	6	3	3
XI	Ensenada	193	xx	xx	xx	xx	xx
VI	Escobar	873	837	36	11	5	5
VI	Esteban Echeverría	891	779	112	2	2	2
VI	Florencio Varela	2724	2699	25	33	7	3
VI	Jose C. Paz	1557	1557		23	23	14
III	Junín	390	357	33	3	3	1
XII	La Matanza	597	497	100	9	5	3
XI	La Plata	1711	1600	111	67	67	36
VI	Lanús	1987	xx	xx	xx	xx	xx
VII	Luján	477	458	19	15	15	15
V	Malvinas Argentinas	1613			13	13	13
VIII	Mar del Plata	1917	1798	119	6	6	6
VII	Merlo	1524	1434	90	22	13	1
VII	Moreno	2046	1739	307	20	20	19
VIII	Partido de la Costa	573	454	119	7	7	7
III	Pehuajó	165	147	18	0	0	0
IV	Pergamino	531	473	58	6	7	6
V	Pilar	1897	1897		26	26	17
VI	Quilmes	2066	1893	137	44	44	19
X	Saladillo	186	180	6	2	1	1
V	San Fernando	997	848	149	5	5	4
V	San Isidro	1203	1044	159	12	2	1
V	San Martín	1750	1546	205	17	9	3
V	San Miguel	1231			31	31	17
IV	San Nicolás	570	553	17	4	2	2
V	Tigre	1522	1444	79	9	5	4
III	Trenque Lauquen	148	131	17	0	0	0
I	Tres Arroyos	211	194	17	3	3	3
VII	Tres de Febrero	913	807	106	3	3	3
	TOTALES	38084	30446	2579	429	357	230

RS	LOCALIDAD	EMBARAZOS	PARTOS	ABORTOS	% ABORTOS
VI	Avellaneda	1341	1338	3	0,223
X	Azul	324	308	16	4,938
I	Bahía Blanca	1486	1272	214	14,401
VI	Berazategui	1819	1520	299	16,437
XI	Berisso	344	341	2	0,581
X	Chivilcoy	307	301	6	1,954
XI	Ensenada	193	xx	xx	
VI	Escobar	873	837	36	4,123
VI	Esteban Echeverría	891	779	112	12,57
VI	Florencio Varela	2724	2699	25	0,917
VI	Jose C. Paz	1557	1557	xx	
III	Junín	390	357	33	8,461
XII	La Matanza	597	497	100	16,751
XI	La Plata	1711	1600	111	
VI	Lanús	1987	xx	xx	
VII	Luján	477	458	19	3,983
V	Malvinas Argentinas	1613			
VIII	Mar del Plata	1917	1798	119	6,207
VII	Merlo	1524	1434	90	5,905
VII	Moreno	2046	1739	307	15,004
VIII	Partido de la Costa	573	454	119	20,767
III	Pehuajó	165	147	18	10,909
IV	Pergamino	531	473	58	10,922
V	Pilar	1897	1897	xx	
VI	Quilmes	2066	1893	137	6,631
X	Saladillo	186	180	6	3,225
V	San Fernando	997	848	149	14,944
V	San Isidro	1203	1044	159	13,216
V	San Martín	1750	1546	205	11,714
V	San Miguel	1231	1231	xx	
IV	San Nicolás	570	553	17	2,982
V	Tigre	1522	1444	79	5,191
III	Trenque Lauquen	148	131	17	11,486
I	Tres Arroyos	211	194	17	8,056
VII	Tres de Febrero	913	807	106	11,613
	TOTALES	38084		2579	8,718

RS	LOCALIDAD	EMBARAZOS	PARTOS	VDRL+	% VDRL+
----	-----------	-----------	--------	-------	---------

VI	Avellaneda	1341	1338	10	0,745
X	Azul	324	308	0	0
I	Bahía Blanca	1486	1272	5	0,393
VI	Berazategui	1819	1520	15	0,986
XI	Berisso	344	341	0	0
X	Chivilcoy	307	301	6	1,954
XI	Ensenada	193	xx	xx	
VI	Escobar	873	837	11	1,311
VI	Esteban Echeverría	891	779	2	0,256
VI	Florencio Varela	2724	2699	33	1,211
VI	Jose C. Paz	1557	1557	23	1,477
III	Junín	390	357	3	0,841
XII	La Matanza	597	497	9	1,811
XI	La Plata	1711	1600	67	4,187
VI	Lanús	1987	xx	xx	
VII	Luján	477	458	15	3,275
V	Malvinas Argentinas	1613	1613	13	0,805
VIII	Mar del Plata	1917	1798	6	0,333
VII	Merlo	1524	1434	22	1,534
VII	Moreno	2046	1739	20	1,151
VIII	Partido de la Costa	573	454	7	1,541
III	Pehuajó	165	147	0	0
IV	Pergamino	531	473	6	1,268
V	Pilar	1897		26	1,371
VI	Quilmes	2066	1893	44	2,324
X	Saladillo	186	180	2	1,111
V	San Fernando	997	848	5	0,589
V	San Isidro	1203	1044	12	1,149
V	San Martín	1750	1546	17	1,099
V	San Miguel	1231	xx	31	2,518
IV	San Nicolás	570	553	4	0,723
V	Tigre	1522	1444	9	0,623
III	Trenque Lauquen	148	131	0	0
I	Tres Arroyos	211	194	3	1,546
VII	Tres de Febrero	913	807	3	0,371
	TOTALES		30162	429	1,227

Análisis de la Información de base a partir de los equipos de evaluación ²¹

La información recolectada, independientemente del tema que se tratare, pasa a tener su relevancia al momento que es analizada, evaluada y que permite llegar a ciertas conclusiones dejando así paso a un tiempo de debate y consenso para definir cuáles serían los caminos y las alternativas pasibles de ser implementados para rectificar acciones con resultados insatisfactorios y poner énfasis en aquellas que han sido consecuentes con las necesidades de la sociedad. Previo a ello, no es más que sólo información; un listado de datos que nos indica una realidad parcial en caso de ser analizados de manera aislada, y más completa cuando se interrelacionan esas variables entre sí arribando de ese modo a indicadores por lo general certeros.

Son muy escasos los temas que nos permiten desde los números, como elementos abstractos en sí mismos, alcanzar una idea acabada de la realidad que pretendemos visualizar. El contexto social en todos y cada uno de sus aspectos condiciona no sólo como causal a las cifras analizadas, sino también como variable a considerar al momento de arribar a los resultados post evaluación; mencionábamos en páginas anteriores de este mismo informe que dos comunas con idénticos número de partos y relación de éstos con los casos de una patología cualquiera (en este caso la sífilis gestacional o la sífilis congénita), no tienen por qué coincidir en lo que respecta a los motivos que han generado esas estadísticas. De todos modos, si bien existen esas singularidades que se

²¹ Componente Vigilancia / Tareas #7 y #8.

describen en la afirmación anterior, circunscriptas a cada uno de los casos individuales en particular como así también para los municipios involucrados en este proyecto, ciertas regiones sanitarias (y hasta podríamos ampliar el concepto a regiones geográficas) coinciden en substancia y esencia en sus estructuras socio/sanitarias, lo que genera la unificación de ciertos criterios y conclusiones finales a las que se pudieron haber arribado.

Más allá de los resultados que se alcanzaron en lo que hace a las conclusiones surgidas desde los análisis de ocasión²², es sumamente interesante relacionar las mismas entre sí, sobre todo cuando se trata de una misma región sanitaria. Existen lógicamente excepciones a la metodología aquí expuesta ya que, en el ámbito del Gran Buenos Aires, ciertos municipios manejan cifras poblaciones que superan ampliamente a una región sanitaria del centro u oeste bonaerense. Este, entre otros, es un aspecto determinante; más aún si consideramos el valor agregado de la cercanía y contigüidad de las localidades con límites urbanos imperceptibles entre sí, lo que conlleva a la migración espontánea y sin sustento médico entre los diferentes centros y establecimientos de salud; esa “autoderivación”, la cual se menciona y analiza en el apartado correspondiente a las conclusiones de parte de esta Coordinación General del PESC/2010 junto a otro grupo de aspectos por demás influyentes, modifica cada realidad y cada contexto en particular.

²² Si bien ya ha sido expresado en párrafos de este informe, es importante resaltar una vez más que el período establecido para el estudio de campo es representativo; de todos modos es necesario analizarlo en el contexto y sus singularidades, independientemente de las interrelaciones que se pudieren realizar y que son por demás necesarias.

Una de las regiones emblemáticas fuera del Gran Buenos Aires y Gran La Plata (ambos como centros neurálgicos en lo que hace a lo geopoblacional y lo sanitario, entre otros aspectos), es la que tiene como ciudad de cabecera a Bahía Blanca; la Región Sanitaria I fue representada en este proyecto por el partido del mismo nombre y por el de Tres Arroyos.

Partiendo de la interrelación de la información recolectada tal cual figura en los cuadros correspondientes al apartado del componente “Vigilancia” del presente informe, se generaron una serie de conceptos determinantes para las conclusiones finales. Proporcionalmente a la población y al área de injerencia de ambos partidos del suroeste bonaerense, dentro del período elegido para el estudio de campo aquel que cuenta con menor cantidad de habitantes y por ende de partos mensuales, fue el de mayor porcentaje de casos de sífilis gestacional (SG) y de sífilis congénita (SC); de la totalidad de los estudios que arrojaron resultados reactivos para sífilis durante la gestación (SG) en la ciudad de Bahía Blanca, ninguno de ellos llegó a transmitirse al feto (SC). Por el contrario, de los casos de SG en la localidad de Tres Arroyos, 1/3 llegó a producir SC en el recién nacido. Lejos de demostrar falencias conceptuales, las conclusiones fueron concretas y simples; los niveles de urbanización de la ciudad de Bahía Blanca y sus alrededores (área de influencia en servicios de salud), son mayores a los del partido de Tres Arroyos. Por tratarse de un zona rural, resulta más complejo acceder al contacto con la población (la mujer embarazada en este caso en particular); si bien los establecimientos de salud bahienses reciben derivaciones justificadas y espontáneas de varias localidades linderas y de otras que no lo son, lo mismo ocurre en el caso de Tres Arroyos, con el valor agregado que dichos poblados son más distantes, con menores vías de

acceso y con una densidad población extremadamente escasa. De todos modos, en ambos municipios seleccionados y representativos de la RS I, la eficacia de los tratamientos durante el proceso de gestación fue alta, llegando a casi un noventa por ciento de efectividad al evitar su transmisión vertical al feto por la vía transplacentaria o al recién nacido por el canal de parto.

Con motivo del presente proyecto, se han combinado esfuerzos con otras áreas municipales del partido de Bahía Blanca para implementar el uso a nivel sanitario municipal y provincial de una libreta para la embarazada en donde, por supuesto, se incluyen los análisis VDRL para cada uno de los trimestres del período gestacional. Ello se ha iniciado durante el mes de julio por iniciativa de quien suscribe y ha sido acogido con muy buena predisposición por parte de los efectores de la zona; de allí que las autoridades ministeriales han decidido hacerlo extensivo al resto de las regiones.

Siguiendo el orden de las Regiones Sanitarias, la correspondiente a los partidos seleccionados de Pehuajó y Trenque Lauquen (RS II) ocupa la porción noroeste de la provincia; contando con un sistema sanitario mixto²³ en el cual la interacción entre las partes es satisfactoria; ello ha permitido que los casos descubiertos durante la gestación (datos que se encuentran fuera del período del PESC/2010 ya que en éste arrojaron resultado “cero”, pero que fueron aportados personalmente por los referentes de la localidad a quien suscribe) hayan sido solucionados mediante el tratamiento adecuado en tiempo y forma para la sífilis adquirida durante el período de embarazo, evitando de ese modo la SC en el recién nacido. Tal como fuera expresado anteriormente y resaltado en la

²³ Establecimientos de salud provinciales y municipales que conviven en un mismo municipio/partido donde se realizan partos y el seguimiento de las embarazadas y sus recién nacidos.

referencia 22, resulta importante recalcar que si bien durante el lapso preestablecido para la recolección de datos es representativo, resulta de interés anexar cierta información que sólo es factible obtenerla en las reuniones mantenidas in situ con el personal de salud de cada uno de los municipios. Si bien en este caso en particular no han existido resultados reactivos para SG en los partidos de Pehuajó y Trenque Lauquen, sí los hubo en meses anteriores cercanos a los que fue factible acceder a la toma de información; la estructura sanitaria funciona coordinadamente, lo que permite en ésta y otras patologías transmisibles generar un control satisfactorio sobre la población general y sobre los casos que involucran a las mujeres embarazadas en particular.

En orden, continuamos con los aspectos generales de las conclusiones a las que se arribaron en la Región Sanitaria III, cuya ciudad seleccionada coincide con la sede de la misma. La localidad de Junín posee un sistema sanitario mixto, cuyo representante provincial es el establecimiento hospitalario donde funciona la administración de la RS III.

No existe la coordinación entre los diferentes niveles de atención que se ha descripto para el caso inmediato anterior; esto genera ciertos inconvenientes en lo que hace a las tareas de atención y asistencia de la salud cotidianas. La afirmación antedicha puede verse manifestada en las cifras: casi el 1% de casos de VDRL reactivas para las embarazadas y estadísticas similares para los resultados en los estudios realizados para los recién nacidos (RN). De los casos específicos, pudo verse que el noventa por ciento pertenecían a mujeres que formaban parte de familias que moraban en zonas suburbanas (a las cuales podría considerárselas rurales en la región); un hecho que es

considerado una problemática compleja y que se ha podido vislumbrar en forma repetida en varias localidades del interior de la provincia.

En ciertos casos específicos, como se verá oportunamente, las salas sanitarias de primer nivel de atención dependientes de las Secretarías de Salud comunales, se encuentran ubicadas en la periferia de las ciudades, lo que facilita el acceso de la población rural y desde donde se los deriva a los centros de mayor complejidad de atención del partido en caso de considerarse necesario.

Pergamino y San Nicolás son los municipios que han sido seleccionados desde la Región Sanitaria IV, al norte de la provincia de Buenos Aires. Si bien representan gran parte de la población de esa región, existen otros partidos que según se ha podido saber, cuentan con una problemática por demás sugerente en lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual. De hecho, las ciudades con características portuarias por su ubicación a orillas del río Paraná, son aquellas que se han incluido voluntaria y espontáneamente al PESC/2010, motivadas por los altos índices de sífilis adquirida en adolescentes, jóvenes y adultos. En lo que hace a las comunas que han participado del proyecto, ambas han presentado casuística similar y características que las vinculan.

En el caso de la ciudad de Pergamino, cabecera y sede de la Región Sanitaria IV, el sistema municipal y provincial ha comenzado a trabajar mancomunadamente desde el inicio de este proyecto por tratarse de una de las ciudades que fue visitada en los primeros viajes realizados. Ese hecho ha facilitado la derivación de casos y la unificación de los criterios para que ello suceda; no tiene la problemática de población rural

como lo mencionábamos en el caso inmediato anterior, pero sí se agrega el inconveniente de la llegada de pacientes que habitan los partidos con actividad portuaria. Este hecho en particular ha generado la solicitud de parte al Ministerio de Salud provincial de esos municipios de extender el PESC a esas localidades; la problemática tiene su peso específico en sí misma.

Como se ha dicho anteriormente en otros apartados de este informe, el período que comprende la recolección de los datos es significativo y representativo, pero pueden sucederse casos especiales en los que se genere la necesidad de hacer hincapié en algunos puntos en particular. En este caso, en Pergamino ha ocurrido algo singular; sobre seis casos de VDRL reactiva para mujeres en período gestacional, se han visto siete casos de SC en recién nacidos. Ello ha sido producto de un parto de mellizos, lo que motivó una nueva visita de parte del equipo de capacitadores del PESC a la localidad a causa del impacto del caso. De todas maneras, sobre la totalidad de los casos de SG, todos fueron reactivos para los neonatos (con la salvedad hecha de más casos de SC que SG). Un dato tenido en cuenta al momento en que se analizaron los mismos.

En el caso de la ciudad de San Nicolás, la problemática es similar por coincidencias en las características de la estructura sanitaria y geopoblacionales. De todas maneras la interrelación entre los diferentes niveles de atención no es la recomendada; e inclusive ciertas diferencias conceptuales y de criterios entre los diferentes servicios médicos del establecimiento hospitalario se han podido percibir en las reuniones mantenidas previamente a las dedicadas al análisis de la información recolectada, como las que he mantenido inicialmente con motivo de la presentación del proyecto. De todas maneras las estadísticas que

arrojaron los números finales, si bien resultan inferiores a las de la ciudad que comparte la región, no reflejan lo que se ha podido concluir al momento del análisis de la información de base; hecho que queda relegado en lo descrito en esta líneas.

La Región Sanitaria V, correspondiente al Gran Buenos Aires norte, ha incorporado nueve municipios al presente proyecto; dicha región hace años que viene desarrollando trabajos en lo que relacionado con las infecciones de transmisión sexual, hecho que sucedió cuando un organismo internacional seleccionó dicha región para el desarrollo de un trabajo específico, que fue sustentado en el tiempo.

En lo que se ha hecho hincapié es en lo que respecta a la organización de los mecanismos de notificación, lo que ha dado resultados positivos al respecto. De todas maneras, la casuística mantiene las cifras algo por encima de los valores medios de la provincia. Éste es uno de los casos específicos con ciertas características que de manera conceptual se han mencionado en otros párrafos; el GBA en sus diferentes cordones contienen municipios con densidad poblacional alta y con límites geográficos difusos. En muchas oportunidades ciertas fracciones de la población que vive en los extremos de un partido recae en centros de salud del municipio lindante. Ya por cuestiones de accesibilidad física o por creencias (justificadas en muchos casos) sobre la calidad de atención.

En esta Región Sanitaria como en las restantes del Gran Buenos Aires y la del Gran La Plata, se consideró apropiado realizar el análisis de la información de base de manera conjunta entre los diferentes municipios que participaron del proyecto por los motivos que

fueron expresados en el párrafo inmediato anterior. Habiendo accedido de buen grado a realizarlo bajo este mecanismo, se han podido llegar a ciertas conclusiones interesantes.

La RS V contiene población de características socioeconómicas de lo más diversas: si bien es una zona donde las clases alta y media alta residen, las clases de menores recursos han recalado hace décadas y se han instalado. Ello ha provocado un aumento considerable de la demanda por parte de la sociedad de los servicios de salud a cargo de las estructuras del Estado, siendo ésta en la actualidad la que absorbe más del setenta por ciento de la demanda de salud, cuando otrora la asistencia del sistema privado superaba el cincuenta por ciento.

Dentro de la región existen municipios que han focalizado su política comunitaria en los sistemas de salud. Tal el caso de Malvinas Argentinas, que cuenta con una estructura sanitaria municipal de alta complejidad ejemplar. En lo que hace a las estadísticas surgidas desde la información recolectada durante el desarrollo del proyecto, las cifras se encuentran por encima de la media provincial, seguramente motivado por lo que se ha mencionado anteriormente de una parte importante de la población que requiere de los servicios dependientes del Estado provincial, que no siempre cuentan con los medios y los mecanismos necesarios para abastecer a las demandas de la población.

Un dato a resaltar es que la efectividad del sistema permitió recuperar el cincuenta por ciento de los casos de sífilis gestacional evitando de esa manera los casos de sífilis congénita en los recién nacidos. Si bien los números finales se encuentran alejados de los óptimos, el sistema ha resultado satisfactorio en un porcentaje aceptable

en lo que hace a la captación de las mujeres embarazadas para la realización de los estudios VDRL durante el período gestacional y en menor escala para su tratamiento posterior. Los municipios de Pilar, San Miguel y José C. Paz han suministrado información de modo parcial con la que ha sido posible generar la interrelación de algunas de las variables para definir perfiles y características sociosanitarias, tal cual queda demostrado en los cuadros y los gráficos del presente apartado.

Siguiendo con el orden preestablecido, la Región Sanitaria VI correspondiente a la zona sur del gran Buenos Aires, incluyó en los municipios seleccionados a los partidos de Lanús, Avellaneda, Florencio Varela, Berazategui, Quilmes, Esteban Echeverría. El primero de ellos no ha suministrado información al proyecto.

Esteban Echeverría cuenta con un sistema municipal, con las falencias de una localidad con bajo presupuesto. Dentro de su ámbito geográfico no contiene establecimientos sanitarios de orden privado, lo que aumenta aún más la problemática. Los datos referentes a lo solicitado por el proyecto son escasos, lo que generó la demanda de parte de las autoridades sanitarias de la colaboración del ministerio provincial ya sea en la capacitación como en los recursos a destinar a tales fines. Si bien las estadísticas muestran cifras reducidas en lo que hace a la prevalencia de la SG y la SC; y las mismas son fehacientes puesto que han sido suministradas por el sistema de salud de la localidad, no resultan confiables ya que en la reunión de análisis de la información, los efectores de salud de dicho partido han manifestado su

preocupación por el incremento de casos y por la falta de asentamiento en base de datos de los mismos.

Como dato relevante, las localidades de Quilmes y Florencio Varela han tenido una alta eficacia en el sistema de contralor de la enfermedad en las mujeres en su período gestacional impidiendo de ese modo la transmisión vertical a los recién nacidos. Por el contrario, en los partidos de Berazategui y Avellaneda se han realizado los estudios que permitieron detectar la infección en las embarazadas, pero el número de neonatos infectados coincide con el de sus madres. Evidentemente, y según se ha podido concluir en las reuniones donde se analizó la información, la falla ha radicado en la falta de capacidad de captación de la embarazada, por lo que se ha convenido que es necesario hacer esfuerzos para generar los mecanismos que permitan llevar adelante no sólo la identificación de aquellas mujeres con VDRL reactivas, sino la práctica de su tratamiento para así evitar el traspaso al feto por la vía transplacentaria.

En la zona oeste del gran Buenos Aires se encuentran los municipios que conforman la Región Sanitaria VII. Los seleccionados para este PESC/2010 han sido los partidos de Luján, Moreno, Merlo y Tres de Febrero. Todos ellos cuentan con estructuras mixtas en sus sistemas sanitarios.

Excepto el partido de Tres de Febrero, el resto muestra índices de prevalencia superiores a la media provincial. En todos los casos la efectividad que ha tenido el sistema sanitario sobre las mujeres embarazadas con VDRL reactiva ha sido baja, ya que al momento de analizar la información se ha podido verificar que no existen diferencias

substanciales entre la SG y la SC; salvo en la localidad e Merlo, donde se pudo apreciar una eficacia del 33% aproximadamente.

Esto es a constante en las localidades del GBA, y mucho tiene que ver lo que en varias oportunidades hemos descrito en estas páginas: la realidad de los municipios donde la densidad poblacional es tan alta, difiere de aquellos del interior de la provincia en que la demanda es cuantitativa y proporcionalmente menor. Por el contrario, en los casos del interior provincial, la problemática radica en la dificultad al acceso por las grandes distancias, la vida en zonas rurales y la falta de información.

Se ha determinado que, al igual que en el resto del Gran Buenos Aires, la falencia a sortear es la dificultad en la sustentación en el tiempo posterior a la captación de la embarazada y a la realización de los estudios que determinan su infección. Es decir, se conoce el estado de la persona en relación a la enfermedad, pero no es factible realizar su tratamiento en un importante número de casos, permitiendo de ese modo el traspaso de la enfermedad a su descendencia.

El este y sureste de la provincia ha sido representado por el Partido de la Costa y la ciudad de Mar del Plata (partido de gral. Pueyrredón). Se ha podido concluir luego de la reunión de análisis de la información recolectada una serie de conceptos interesantes, a saber: en el Partido de la Costa la prevalencia de la infección es alta respecto de la media provincial. Los motivos alegados por los referentes que participaron del análisis fueron que es de una extensión considerable y que los centros y establecimientos de salud a los que se debe acceder se encuentran en la localidades de San Clemente del Tuyú y Mar de Ajó. Evidentemente las distancias a recorrer son considerables para quienes

no cuentan con los medios para hacerlo. Si bien existen CAPS en las otras localidades que componen el partido, la derivación es inmediata al momento de detectar la infección ante un resultado reactivo, para el cual muchas veces hay que desplazarse hasta los establecimientos hospitalarios en las comunas mencionadas poder realizarlos.

En lo que hace a la ciudad de Mar del Plata, la inmigración de diferentes comunidades de países limítrofes a las periferias de esa localidad ha aumentado considerablemente los casos de sífilis entre jóvenes y adultos jóvenes de ambos sexos, lo que trae aparejado un incremento lógico de la sífilis gestacional. La falta de información y de educación ha llevado a que no sólo sea dificultosa la detección en las mujeres embarazadas sino su posterior tratamiento.

Cabe recordar que Mar del Plata, además de ser un centro urbano de importancia dentro de la provincia, es una zona portuaria por excelencia, lo que conduce inevitablemente a un alto índice de prostitución. Ello influye, y no en menor medida, en la transmisión de las enfermedades por contacto sexual, tal cual lo veíamos reflejado en el análisis de las ciudades linderas al Río Paraná de la Región Sanitaria IV.

Dicho sea de paso, durante las charlas de capacitación y sensibilización se pudo verificar la problemática y la preocupación de los referentes que participaron de las mismas, tal cual ha sido expresado en el capítulo correspondiente.

La Región Sanitaria IX fue representada por la ciudad de Azul. No se han evidenciado casos de VDRL reactiva durante el periodo seleccionado para este proyecto. De todas maneras, este hecho no resulta un caso aislado. La baja densidad poblacional, la fuerte presencia

de un hospital materno infantil en la comunidad y la buena interconexión de los diferentes niveles de atención posibilitan una estructura sanitaria sólida, más allá de las carencias que pudiere tener como cualquier estructura y/o disciplina que depende de los recursos del Estado provincial para su desempeño. La ciudad de Azul, termina por ser un caso aislado dentro de la región. Si bien no se encuentra en el listado de ciudades seleccionadas al inicio del PESC, la localidad de Olavarría duplicó en población a la ciudad de Azul en pocos años, ya que accedió al asentamiento de comunidades de países limítrofes que moraban en la zona oeste del GBA y que por convenios intermunicipales construyeron sus viviendas en ese municipio. Olavarría sí tiene una prevalencia mayor en lo que hace a la sífilis adquirida en jóvenes, adolescentes y jóvenes adultos. A pesar de su cercanía, no ha podido incidir en la estadísticas epidemiológicas de la ciudad cabecera de la región sanitaria.

Hacíamos mención al asentamiento de comunidades de países limítrofes en el GBA, en la ciudad de Mar del Plata y en Olavarría, más allá que esta última no formara parte del proyecto. En el caso de la Región Sanitaria X, los municipios seleccionados han sido el de Chivilcoy y el de Saladillo. En este último, el 20% de su población se corresponde con personas de nacionalidad paraguaya que han migrado a las zonas suburbanas de esa localidad. La ventaja con que cuenta, es que la gran mayoría de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) dependientes de la municipalidad, se encuentran justamente en los límites de la ciudad. El establecimiento hospitalario de orden provincial recibe los casos de las embarazadas VDRL reactivas y realiza los

tratamientos de rigor de acuerdo a los protocolos y algoritmos consensuados. De allí que la efectividad del sistema supere el 50%.

En el caso de la ciudad de Chivilcoy, el sistema es netamente municipal, lo que permite una coordinación aún mayor de los esfuerzos por depender toda la estructura de un solo orden. De allí que la efectividad de captación haya sido durante el periodo analizado del ciento por ciento, aunque sólo la mitad fue tratada exitosamente. De acuerdo a los análisis realizados a posteriori con el grupo de referentes comunales y profesionales de los diferentes servicios involucrados se entendió que, como en otros casos del interior de la provincia, quienes habitan las zonas rurales y los asentamientos generados por las migraciones son los puntos débiles a sortear si se pretende arribar a las metas preestablecidas.

El caso del Gran La Plata, correspondiente a la Región Sanitaria XI, resulta similar conceptualmente a lo que fuera expuesto para las zonas comprendidas por las comunas del Gran Bs. Aires. Si bien son municipios independientes y con límites bien establecidos, la cercanía de los mismos hace que muchas veces exista una autoderivación por parte de la población o una derivación justificada por cuestiones médicas.

Cabe señalar que la ciudad de La Plata es la que mayor proporción de camas/habitante tiene en la provincia; ya sea en el orden público como en el privado. Ello acarrea una sobreoferta con una demanda lógica como consecuencia.

Si vamos a las estadísticas, veremos que la prevalencia en la ciudad de La Plata de acuerdo a los casos y los establecimientos relevados es alta respecto de la media provincial y aún más comparada

con municipios de características similares. Las características antedichas sustentan la problemática, no sólo desde lo cuantitativo, sino desde lo cualitativo. Sin dudas que de las localidades que han participado dentro de esta región, La Plata es en la que la prevalencia es notoriamente mayor. Pero es dable destacar la eficacia del sistema. Si bien las cifras no resultan contundentes a la hora de ser analizadas fríamente, durante el coloquio de las reuniones para arribar a las conclusiones aquí vertidas, se evidenciaron ciertos aspectos que resultan atenuantes de las estadísticas recabadas.

La ciudad de La Plata es altamente receptora de pacientes, independientemente se trate del sistema público o privado; y más allá de las diferentes especialidades de la medicina. Inclusive resulta receptora de la población que habita el Gran Bs. Aires, el interior de la provincia, y de otras provincias de nuestro país. Esto lógicamente incrementa las estadísticas en todos los rubros y no sólo en el que nos ocupa en esta oportunidad.

De todas maneras, las autoridades y los responsables de la atención de la salud no pretenden con ello justificar las falencias del sistema; sí, de todos modos, es entendible que el mismo no pueda, con los medios con los que cuenta, acceder a todas las demandas de la comunidad del lugar y de otros sitios de la provincia y el país.

Sin dudas, los obstáculos que se presentan están puestos en la captación de las embarazadas y, en los casos en que éstas son estudiadas, en el debido tratamiento que evitaría la transmisión vertical.

Cabe señalar que en la región, todos los establecimientos hospitalarios son dependientes del gobierno de la provincia de Buenos Aires, mientras que los CAPS de cada municipio tienen una fuerte

presencia en la comunidad, pero con muy pobre relación con los hospitales provinciales, como norma general.

En lo que hace a la Región Sanitaria XII, se corresponde con un único partido: La Matanza. Con casi 3 millones de habitantes, podría considerarse una provincia aparte.

Algunos datos relevantes se consignan a continuación, los cuales surgieron de las reuniones mantenidas con los referentes sanitarios de lugar y que dan una muestra acabada de la problemática de la región.

Los C.A.P.S. pertenecientes al ámbito municipal (Secretaría de Salud) pueden ser clasificados de la siguiente forma: existen las Unidades Sanitarias (US) las cuales, en número de 20 aproximadamente, son quienes reciben en primer término a la población necesitada de atención en salud, captando y definiendo los pasos a seguir en cada caso particular (ello para todo tipo de pacientes, entre los que se incluyen por lógica a las embarazadas). Estas US son el eslabón inicial en la cadena del proceso, contando con recursos básicos para el diagnóstico y la asistencia; de allí la necesidad, en la gran mayoría de los casos, de derivar a las personas que allí acuden a una segunda instancia, conformada por los Centros Sanitarios Municipales (CS), salvo los casos que se consideren justificados de ser remitidos a los establecimientos hospitalarios (provinciales o municipales), los que constituyen el tercer y último eslabón del proceso asistencial, como estructura de mayor complejidad.

Cabe resaltar la coordinación existente entre ambos ámbitos, municipal y provincial, hecho que se ha gestado durante este último

tiempo y que comúnmente resulta difícil de ensamblar y darle continuidad, sobre todo en un partido con las características geopoblacionales de La Matanza (extenso en superficie y centro urbano con mayor densidad /hab. x km²) y un contexto social de las características específicas de esa región.

Justamente lo afirmado en el párrafo inmediato anterior hace que las posibilidades de una notificación sistematizada en lo que respecta a ésta y otras patologías (dengue, Gripe H1N1, VIH/Sida, etc.), no pueda coordinarse de la manera que los referentes de salud de la zona consideran apropiada, más allá de la obligatoriedad dispuesta por las normativas vigentes. La escasa cantidad de personal y la importante cantidad de personas que acuden a la consulta en los diferentes niveles de atención no mantienen una relación equilibrada, por lo que las complicaciones en la temática son no sólo factibles de ser explicadas, sino justificadas en muchos casos. En oportunidades donde se han contado con recursos (a través de subsidios u otros medios) la situación fue explícitamente opuesta: las notificaciones eran cargadas en tiempo y forma.

A ello se le suman los problemas físicos estructurales de los establecimientos hospitalarios, puesto que existe un nosocomio que se encuentra en refacciones desde hace varios meses, el cual absorbía gran parte del caudal de pacientes (embarazadas incluidas) que a diario demandan asistencia en el partido de La Matanza²⁴. Eso conlleva indefectiblemente a la lógica demanda excesiva en otros centros de salud de la zona.

²⁴ Hospital Policlínico Municipal

El seguimiento de las mujeres en período gestacional resulta complicado por ciertas características socioculturales, como así también por los problemas mencionados en el párrafo anterior; muchas de las pacientes acuden a la primera consulta, se hacen los estudios solicitados y prescritos por los profesionales de los equipos de salud y en muchas oportunidades ni siquiera retiran los resultados, volviendo al momento del parto. Se considera, a grandes rasgos, que existe un 15 % de esa población específica (embarazadas) que no se encuentra estudiada previo al momento de dar a luz, a lo que se le suma un 40 % del total diagnosticadas por debajo de los estándares recomendados. Ese 55 % representa nada más y nada menos que unas 16.500 mujeres / año.

La Matanza, lejos de ser un partido receptor de embarazadas/partos de otras localidades aledañas o cercanas, pasó a convertirse en los últimos años en una zona que “exporta” pacientes de estas características. Algunos números estadísticos nos darán un panorama general de lo aquí expuesto: la región tiene unos 30.000 (treinta mil) nacidos vivo/año, de los cuales sólo 9.000 (nueve mil) lo hacen en los hospitales provinciales o municipales del partido, lo que representa la módica suma que asciende a tan sólo un 30%. El resto de los partos (70%) se realizan en establecimientos de la Ciudad Autónoma de Bs. Aires o en el Hospital “Pfsor. Posadas” (dependiente del Ministerio de Salud de la Nación), en su inmensa mayoría.

A todos estos datos referidos con anterioridad y en concordancia con el tema que nos ocupa, lo más sobresaliente es que la incidencia de sífilis congénita es de aproximadamente un 2% (dos) cifra que surgió durante la reunión y que se encuentra entre las más elevadas dentro del territorio de la Provincia de Bs. Aires, lo que sumado a las características poblacionales de la región conllevan significados que exceden y con

creces el detalle de su ubicación en los primeros planos en la lista de localidades provinciales.

En lo que hace a los materiales y medios de comunicación y/o notificación de los casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), dentro del PESC/2010 existe la tarea de realizar una ficha o formulario de notificación con los datos necesarios y adecuados a las normativas y reglamentaciones vigentes. Del mismo modo, que constituya una herramienta útil, práctica y fehaciente a la hora de su llenado. Convengamos que independientemente de la información respecto del tema concerniente a “notificación de casos” que nos indican los datos recolectados al inicio del Proyecto a través de los cuestionarios iniciales (previstos entre otras cosas para tales fines), al mismo tiempo en las reuniones mantenidas con los referentes sanitarios en la temática en cada una de las localidades visitadas por quien suscribe, al igual que en el dictado de las charlas/taller llevadas a cabo en los distintos municipios que forman parte de este PESC por parte del grupo de profesionales capacitadores del proyecto, la realidad difiere de la información formal que nos puede llegar como datos y estadísticas.

Lo relacionado con la comunicación de casos de patologías de notificación obligatoria en general (y lo referido a la sífilis en particular), es un tema que genera planteamientos de diferente índole de manera constante entre las autoridades y los responsables sanitarios. Por un lado, existen los canales virtuales de acceso adecuados para arribar a los sistemas y a las estructuras de vigilancia sanitaria tanto a nivel provincial como nacional; hecho éste que se traduce en algunos casos (y no en todos los que deberían) en la presencia de las estadísticas sanitarias de nuestro

país en los informes epidemiológicos de los organismos internacionales de salud.

El párrafo que antecede no forma parte sólo de una introducción a los conceptos que prosiguen. Si analizamos cuantitativamente los datos recabados desde los establecimientos y centros de salud independientemente de los mecanismos utilizados para alcanzarlos (entiéndase por ello Cuestionario Inicial, reuniones con referentes de salud en las localidades de origen, charlas/taller interactivas de capacitación y sensibilización), un alto porcentaje de los municipios a través de diferentes vías y metodologías mencionan que se tiene acceso a la posibilidad de notificación a través de los canales habituales como lo son

los códigos de acceso a sistemas de vigilancia que se brindan desde el área epidemiológica correspondiente. Ésto, a priori, nos da la pauta que los entes sanitarios pertenecientes a



determinado partido/localidad de la provincia de Buenos Aires transmiten sus casos de notificación obligatoria (resaltamos que las ITS entre las que se encuentran la Sífilis Adquirida -SA- y la Sífilis Congénita -SC- forman parte de este grupo).

Si bien los canales virtuales/informáticos se encuentran disponibles para la notificación, existiendo al mismo tiempo nóminas con referentes y hasta responsables formales por municipio, establecimientos hospitalarios, Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) o las Subsecretarías de Salud que los nuclean y/o Regiones Sanitarias, permiten deducir que el sistema se encuentra en condiciones para su correcto funcionamiento, lo cierto es que la realidad en muchas ocasiones nos

demuestra lo contrario. De hecho una de las causales que motivaron la implementación del PESC/2010 ha sido, sin dudas, la necesidad de sistematizar los medios y adecuar las estructuras para que la comunicación a los entes de vigilancia de los casos de patologías de notificación obligatoria sea justamente eso: una estructura acorde a un esquema sistematizado²⁵. En lo que hace a una estructura adecuada a las necesidades y con la intención de arribar a los objetivos generales planteados en el presente proyecto y así a las metas propuestas por los organismos internacionales de salud, intervienen una serie de variables, de análisis insoslayable y de peso específico propio, por demás importantes. Éstas condicionan, ya por su ausencia o por su presencia defectuosa, la posibilidad o imposibilidad de llevar adelante las acciones que permitan lograr un correcto mecanismo de notificación de casos.

En la realidad cotidiana las cosas se tornan un tanto más complejas por motivos que si bien no intentan justificar las carencias del sistema en general, bien pueden ser explicaciones pasibles de ser utilizadas a los efectos de generar los cambios necesarios para concretar los fines prefijados. De seguro cada sitio contiene en sí mismo una serie de falencias administrativas y de esquema que son propias a cada estructura en particular; pero sin dudas existen un conjunto de causales que le son comunes a la gran mayoría de los partidos de la provincia de Bs. Aires. A título enumerativo no taxativo, podríamos poner en relevancia algunos de ellos, considerados habituales de acuerdo a la información que se ha podido recabar en diferentes ocasiones y a través de distintas metodologías, lo cual lleva a que la coincidencia nos permita suponer la veracidad y el peso de las conclusiones sacadas. Una de esas causas es la ausencia de datos

²⁵ Causa a la que se agregan, por supuesto y entre otras, la promoción de los mecanismos disponibles y la incorporación de aquellos necesarios para la contención, consejería, atención, asistencia, captación, seguimiento de la evolución de las mujeres en período de embarazo y la prevención de la sífilis gestacional adquirida y su posible consecuente sífilis congénita, con el fin de mejorar el sistema sanitario apuntado específicamente al tema de la SC.

referidos a la casuística de la sífilis adquirida (SG en este caso particular que nos ocupa) y la sífilis congénita²⁶ dentro de los centros de atención primaria de la salud o los establecimientos hospitalarios (sean éstos de índole municipal o provincial indistintamente); la deficiente comunicación entre los establecimientos sanitarios pertenecientes a partidos o localidades con sistemas sanitarios mixtos²⁷ y sus consecuentes complicaciones en el trabajo diario; la ausencia de normativas en lo que respecta a la derivación de las mujeres embarazadas de un centro de atención primaria a un establecimiento hospitalario de mayor complejidad (cuándo y por qué debería ser derivada y tratada en un hospital, si el tratamiento en el caso de la sífilis es de carácter ambulatorio y de fácil resolución en los casos que se siguen los pasos en tiempo y forma en la terapéutica medicamentosa de acuerdo a los protocolos por demás probados y aprobados)²⁸; lo cierto es que en numerosos sitios donde la estructura parece encontrarse “en orden” de acuerdo a los datos y la información recibida a través de los diferentes medios escritos utilizados para este PESC/2010, ni los resultados finales al respecto ni las conclusiones a las que se pueden arribar luego de las reuniones mantenidas “in situ” (las cuales permiten ver la realidad en toda su dimensión) parecen concordar con lo que a priori con la información remitida oportunamente.

²⁶ Esta causa quizás sea una de las más complejas a la hora de evaluar los motivos que dificultan un correcto funcionamiento de la estructura sanitaria en general y de notificación en particular. Carecer de esos datos impide concluir cuáles serían la metodología y la logística a implementar a la hora de intentar revertir la situación que se transita, puesto que no se conoce cuál es la realidad ni el contexto en el que se encuentra inmerso.

²⁷ Recordamos que en realidad en todas las localidades los sistemas sanitarios son mixtos puesto que conviven en un mismo ámbito lo estatal y lo privado. A los efectos de este informe, se define como mixto al sistema donde coinciden establecimientos sanitarios estatales de índole municipal y provincial.

²⁸ Este punto ha sido tratado en otro apartado al momento de referirse a la sobredemanda que reciben los hospitales, incluyendo casos que podrían ser resueltos en el Primer Nivel de Atención.

Se han puesto de manifiesto a lo largo del escrito general, causales que deterioran las estructuras y realzan las debilidades del sistema sanitario; podríamos enumerar diversos puntos al respecto pero los hay esenciales que son preponderantes a la hora de evidenciar motivos; i) uno de ellos es lo que mantiene relación con el personal. En numerosas ocasiones se han encontrado casos (de acuerdo a lo que se ha podido saber en las reuniones mantenidas en cada uno de los municipios) que la información se encuentra asentada en los archivos de los centros de salud o en las áreas destinadas a ello (área estadística/epidemiología), pero no cuentan con personal a disposición para la carga de datos y su posterior transferencia a los organismos de vigilancia epidemiológica. De más está decir que se trata de una cuestión estrictamente cuantitativa. Cabe recordar que la provincia de Buenos Aires es la que proporcionalmente a sus habitantes/demanda y al número de establecimientos sanitarios cuenta con la menor cantidad de personal en el país (en lo que respecta a todos los rubros sanitarios: profesionales, técnicos/auxiliares, administrativos). ii) Sumado a ello, la falta de equipamiento informático en numerosos municipios hace que la información y los datos asentados se encuentren en planillas llenadas a mano y que resulta extremadamente complejo cargarlas y más aún su posterior transferencia; ésto puede resultar inverosímil en los tiempos que transitamos pero no escapa a la realidad cotidiana que se ha podido observar en muchos sitios. iii) Otro punto a tener en cuenta y al que se ha considerado como de mayor peso en sí mismo en otras líneas del presente escrito, es el de algunos partidos donde se han sincerado en las charlas mantenidas poniendo de manifiesto lisa y llanamente la ausencia total de datos en lo que hace a éste y otros aspectos sanitarios en el área estadística/epidemiológica. De hecho y como es lógico, no se han dado casos en los que las tres afirmaciones antedichas se den de manera simultánea, pero con una de ellas se encuentre presente es más que suficiente para que la cadena de transferencia de datos y su consecuente

notificación y centralización de datos en los organismos de vigilancia no se dé de la manera esperada. En ciertos casos, existen establecimientos de salud que ni siquiera cuentan con los códigos de acceso a la estructura de notificación de los sistemas de información epidemiológica oficiales.

Sin dudas que lo hasta aquí descrito complica, y con creces, todo lo referido a la centralización de los datos de infecciones de transmisión sexual en general y de la SG y la SC en particular. Se ha podido confirmar que en algunos casos se ha llegado a utilizar un sistema, poco recomendable por cierto, de trocar la información a notificar por la “contraentrega” de los materiales y/o elementos que llegan a la regiones para ser distribuidos en los diferentes Centros de Salud, lo cual no sólo no corresponde sino que no resiste demasiado análisis.

Ante la situación aquí sucintamente descrita en donde se ponen de manifiesto sólo algunas de las numerosas causales que pueden ocasionar un accionar deficiente en lo que hace a la notificación de casos, desde el Programa Provincial de VIH/Sida e ITS de la provincia de Bs. Aires y esta coordinación de proyecto se han evaluado ciertas alternativas que contribuyan a la normalización del sistema teniendo en cuenta siempre las realidades y los contextos a los que hemos hecho referencia en párrafos anteriores. En los casos de los municipios y/o establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención que no cuenten con los códigos de acceso para la transferencia de datos, el Programa Provincial le brindará un código que posibilite su accesibilidad a la participación del sistema de vigilancia. Para ello se tomará el listado que se encuentra al final de este capítulo conformado por los municipios que forman parte del proyecto²⁹ y ante la

²⁹ El listado de municipios y/o establecimientos sanitarios en que se detallan aquellos que tienen acceso a la notificación de casos y que de acuerdo a los datos recolectada forman parte

confirmación de la falta de los códigos necesarios, se les proveerá uno de manera inmediata con las explicaciones del caso y las instrucciones de uso. En los casos en los que sea necesario consignarles un código, al mismo tiempo se les solicitará la determinación de un/una referente/responsable con quien se pueda mantener contacto en la temática en cuestión, al tiempo que pueda responder ante los problemas que se susciten.

A posteriori, y como componente de esta misma materia, se confeccionará un cronograma donde se registren las fechas tentativas de remisión de datos de los períodos correspondientes. De hecho es importante tener en cuenta aquellos sitios que si bien tienen la buena intención y predisposición de llevarlo a cabo en tiempo y forma (cuyos referentes lo manifiestan personalmente y lo solicitan como parte de ayuda desde el Programa Provincial), se le presentan los problemas, algunos de ellos al menos, que fueran expuestos en párrafos anteriores como hechos ya corroborados correspondientes a la realidad de cada uno de los contextos, imposibilitándoles un accionar acorde a lo pautado.

De acuerdo a los datos recolectados y a la información obtenida, se listan a continuación los/las partidos/localidades con las Regiones Sanitarias provinciales respectivas, su situación de notificación de casos ante los sistemas de vigilancia y si cuentan o no con responsables en dichas estructuras³⁰. Algunos de los municipios/partidos que hoy cuentan

de los sistemas de vigilancia, ha sido determinado y conformado de acuerdo a la información que se ha podido recabar de los Cuestionarios Iniciales remitidos por los encuestadores en la etapa inicial del proyecto, de las reuniones mantenidas en los distintos municipios de parte de quien suscribe, al igual que de las charlas/taller brindadas por los capacitadores del PESC

³⁰ Tarea 9 (nueve) / Componente Registros y Notificación. En el listado de la página siguiente y las subsiguientes se encuentran detalladas la localidad o partido al que se hace referencia, la Región Sanitaria a la que pertenece, el organismo encargado de la notificación de casos a los sistemas de vigilancia; si notifica sistemáticamente a esos organismos y si existe un responsable a tales efectos. De dicha lista se apartarán los que no se encuentren dentro de la estructura de transferencia de datos para su centralización, haciendo un análisis de las causales que así lo producen a los efectos de encontrar los caminos para la solución a dicho problema (hecho éste que sale de los datos remitidos oportunamente como así también de las

con un sistema de notificación y un responsable del mismo no lo tenían al momento del inicio del Proyecto; por lo tanto fueron integrándose durante el desarrollo del PESC/2010 debido a la logística seguida desde el proyecto. Cabe señalar que a raíz de dicha situación, existen deficiencias al momento las cuales se irán normalizando con el tiempo. En varios casos no cuentan con el personal que pueda hacer las veces de notificador por ser una planta reducida en número; del mismo, y como fuera expresado en otras líneas, muchas veces no cuentan con los elementos ni el equipamiento necesarios para efectivizar la transferencia de información a los organismos de vigilancia. Sumado a ello, existen localidades/partidos de la provincia de Buenos Aires que no tienen datos de las patologías sexualmente transmisibles, entre las que lógicamente se encuentra la sífilis adquirida y su consecuente y pasible sífilis congénita en el caso de las mujeres embarazadas.

De lo antes descrito es que se concluye en señalar un concepto de importancia; la información recolectada desde algunos establecimientos de salud de ciertas localidades bonaerense es fehaciente, puesto que quienes acudieron en su búsqueda así lo han reflejado mediante los datos que han remitido. Pero el hecho que sea información fehaciente (es decir, que lo que se ha expuesto y se ha registrado como tal es cierto) no significa que sea completa. Si una estructura sanitaria de determinado municipio (sea ésta de carácter netamente municipal o mixta – municipal/provincial–) no cuenta con toda la información que se corresponde con la totalidad de casos de una patología en particular (sífilis gestacional y sífilis congénita en este caso), la mucha o poca cantidad de

reuniones mantenidas y de las charlas/taller de capacitación y sensibilización, como ya ha sido dicho). De los sitios donde se evidencie la presencia de entes notificadores y responsables físicos de esa tarea, se llevarán a cabo las acciones necesarias para cotejar si la notificación se efectiviza en tiempo y forma. Caso contrario, se deberán tomar las medidas necesarias para averiguar los motivos y las alternativas de solución disponibles y a sugerir de acuerdo a la problemática específica existente.

casos asentados son fehacientes; pero distan del número real de casos. Esto mantiene relación con lo que se ha manifestado en otros apartados del presente y de otros informes anteriores, y forma parte de la realidad y el contexto cotidiano de salud en el territorio bonaerense.

En muchos casos ocurre que las notificaciones de enfermedades estacionales (tales el caso de la Gripe A H1N1 durante el invierno del año 2009 o el del Dengue durante las últimas épocas estivales) acaparan toda la atención de los notificadores y de los organismos de vigilancia epidemiológica. Del mismo modo, hace ya algunas décadas que el VIH/Sida ha pasado a ser “la enfermedad notificable” por excelencia dentro del grupo de las ITS, lo que deja de lado en muchas oportunidades otras patologías que por carecer del impacto social y hasta podríamos permitirnos utilizar figurativamente la frase “del marketing” que ésta posee en numerosos ámbitos, no dejan de revestir una importancia relevante a la hora de las evaluaciones de índole sanitarias y los caminos alternativos a transitar con el objeto de brindar las soluciones a las problemáticas³¹.

De todos modos, se han logrado incorporar laboratorios y comprometer al personal para la respectiva notificación en numerosos municipios, sin desconocer las problemáticas que en muchos casos dificultan y obstaculizan el correcto desarrollo de esas tareas.

³¹ Existen establecimientos hospitalarios como así también Centros de Atención Primaria de la Salud dependientes de las Secretarías de Salud de los diferentes municipios que cuentan con una acabada información respecto de los casos de VIH/Sida, careciendo casi por completo de la que se corresponde con otras enfermedades de transmisión sexual, grupo en la que se encuentra la sífilis entre otras. Más allá de lo relacionado al impacto social e individual que conlleva esta patología y que fuera descrito en el texto principal, mucho tienen que ver las Organizaciones Civiles dedicadas a la temática y a la necesidad de contar con medicación sumamente costosa, por un lado, y de tratamiento prolongados (entendiéndose por ello terapéutica farmacológica de por vida). Esta medicación la brinda el Estado a través de los Programas Provinciales y de Nación, para lo cual el individuo necesita encontrarse incorporado en un listado para poder acceder a dicho tratamiento. Para eso, la notificación de todos y cada uno de los casos es imprescindible. Este hecho no resulta tan estricto en otras ITS, lo cual genera las complicaciones puestas de manifiesto en cuanto a la estadística de la casuística en cuestión.

LABORATORIOS / NOTIFICACIÓN

REG. SAN.	LOCALIDAD	NOTIFICADOR	NOTIFICA	RESPONSABLE SI/NO	OBSERVACIONES
I	Bahía Blanca	Laboratorio Hospital	SNVS / Plan. 2	SI	(1)
I	Tres Arroyos	Med. Prev. Hospital	Plan. 2 / F. Notificac.	SI	
II	Pehuajó	Epidemiología Hospital	Ficha Notificación	SI	(2)
II	Trenque Lauquen	Hospital	Ficha Notificación	SI	(3)
III	Junín	Laboratorio Hosp	Ficha de Notificación	SI	
IV	Pergamino	Hosp. / Reg. Sanitaria	SNVS	SI	
IV	San Nicolás	Hospital	SNVS	NO	(4)
V	San Isidro	Hospital/ Reg. Sanitaria	SNVS	SI	
V	San Fernando	Hospital / Reg. Sanitaria	SNVS	SI	
V	Tigre	Hospital / Reg. Sanitaria	Ficha de Notificación	SI	(5)
V	Pilar	Hosp./ Reg. Sanitaria	SNVS	SI	
V	San Miguel	Hospital / Reg. Sanitaria	Ficha de Notificación	SI	(6)
V	Escobar	Sec. Salud / Reg. Sanit.	Ficha de Notificación	SI	(7)
V	Malvinas Argent.	Hosp. / Vigilancia Epid.	Ficha de Notificación	SI	
V	José C. Paz	Sec. Salud / Hospital	SNVS	SI	(8)
V	San Martín	Hospital / Reg. Sanitaria	Hoja2/SNVS/F. Notific.	SI	

REG. SAN.	LOCALIDAD	NOTIFICADOR	NOTIFICA	RESPONSABLE SI/NO	OBSERVACIONES
VI	Florencio Varela	Hospital	SIVILA	SI	(9)
VI	Berazategui	Sec. Salud	Hoja 2 / F. Notificac.	SI	(10)
VI	Esteban Echev.	Sec. Salud	SNVS	SI	(11)
VI	Avellaneda	Hospital/ Reg. Sanit.	Hoja 2 / F. Notificac.	SI	
VI	Lanús	Hospital/ Reg. Sanit.	SNVS / F. Notificac.	SI	(12)
VI	Quilmes	Municipio	SNVS / F. Notificac.	SI	(13)
VII	Moreno	Hosp / Reg. Sanitaria	SNVS / F. Notificac.	SI	
VII	Merlo	Municipio	SNVS / F. Notificac.	SI	
VII	Luján	Municipio	SNVS / F. Notificac.	SI	(14)
VII	3 de Febrero	Hospital/ Reg. Sanit.	Hoja 2/F. Not./SNVS	SI	(15)
VIII	Mar del Plata	Hospital / Reg. Sanit.	Ficha Notificación	NO	(16)
VIII	Part. De la Costa	Hospital / Reg. Sanit.	Ficha Notificación	SI	(17)
IX	Azul	Hospital / Reg. Sanit.	SNVS / F. Notificac.	SI	(18)
X	Chivilcoy	Municipio	Ficha Notificación	SI	(19)
X	Saladillo	Municipio	Ficha Notificación	SI	(20)

REG. SAN.	LOCALIDAD	NOTIFICADOR	NOTIFICA	RESPONSABLE SI/NO	OBSERVACIONES
XI	La Plata	Municip/Hosp/Reg. Sanit	SNVS / F. Notificac.	SI	(21)
XI	Berisso	Municipio	SNVS	SI	
XI	Ensenada	Municipio	Ficha Notificación	SI	(22)
XII	La Matanza	Hospital / Municipio	Hoja 2	SI	(23)

NOTA: En la página siguiente se encuentran descritas las observaciones que se han considerado oportunas, referenciadas de acuerdo a la numeración con que figuran en el presente cuadro.

1. Laboratorio incorporado durante el desarrollo del PESC/2010; notificación aún con ciertas deficiencias a Epidemiología y al Programa de VIH/Sida e ITS.
2. 80% de eficiencia en la notificación de casos.
3. Se detectan y son tratados los casos, pero no siempre son notificados en tiempo y forma.
4. Notificación con ciertas deficiencias en tiempo y forma.
5. No se encuentra conformado ningún equipo interdisciplinario en los establecimientos de salud del municipio.
6. No hay un Programa municipal dedicado a la temática de las infecciones de transmisión sexual.
7. Cierta retraso en la notificación de los casos.
8. Semanalmente se recolectan los datos a través de la coordinación del Programa de VIH/Sida e ITS municipal con los datos de las embarazadas.
9. Sólo se notifica desde el Hospital. No se hace desde la Secretaría de Salud del municipio.
10. A través de la Secretaría de Salud de la comuna.
11. El sistema es municipal. Se cargan datos de VIH/Sida pero no hay casuística referida al tema de las ITS. Cuentan con un programa destinado a tales fines.
12. Se notifica a través de la Secretaría de Salud y de la Región Sanitaria / Programa regional.
13. Se notifica a través de la Dirección de Epidemiología de la Municipalidad.
14. Los casos se encuentran asentados manualmente y no cuentan con medios en el establecimiento hospitalario para efectivizar la notificación, por lo que desde el PESC/2010 se están realizando las tareas necesarias para volcar esa información en los organismos de vigilancia.
15. Lo hacen a través de los diferentes hospitales en forma descentralizada.

16. La información se recolecta en los diversos servicios médicos vinculados a la temática de la sífilis. No se encuentra centralizada en ningún ámbito dentro del establecimiento hospitalario materno infantil.
17. No hay equipos interdisciplinarios dedicados a la temática de la sífilis ni de otras ITS.
18. La información se encuentra centralizada en el hospital materno infantil y se comunica a la Región Sanitaria, lugar desde donde se notifica.
19. A través del equipo referente de VIH/Sida e ITS del Hospital Municipal
20. Ídem anterior.
21. Los hospitales provinciales de La Plata y el Gran La Plata conjuntamente con e Centro de Atención Primaria de la Salud n° 13 dependiente de la municipalidad notifican de forma directa y se informa a la Región Sanitaria.
22. A través de la Secretaría de Salud de la comuna y del Hospital Municipal.
23. No existe equipo interdisciplinario a nivel municipal. Sí existe un programa de VIH/Sida e ITS dependiente de la Secretaría de Salud de la municipalidad.

En otro de los puntos referidos al Componente Registros y Notificación la elaboración de una **Planilla de Notificación de casos**. A los fines previstos ya se encuentra en análisis una planilla base a la cual, a partir de las conclusiones a las que se arriben, podrá o no ser modificada a criterio ya sea de las autoridades del Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud bonaerense, como así también de las sugerencias de los referentes de las diferentes Regiones Sanitarias.

Dentro de este apartado y a continuación se encuentra el formato del formulario para la notificación de casos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)³² para la centralización de datos en la provincia de Buenos Aires.

³² Frente y revés de la Planilla de Notificación de Casos para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Tarea 10 (diez) Componente Registros y Notificación.

LLENADO DE LOS RUBROS

OCUPACION : TAREAS QUE REALIZA EL CASO EN ESTUDIO:

Este rubro está destinado a registrar las tareas que desempeña, o desempeñó el paciente y que pueden tener relación con su enfermedad actual.

EJEMPLO:

- 1 - Tareas nocturnas en bares, clubes, confiterías, hoteles, etc., especialmente all grupo humano más vulnerable: Alternadora, prostituta, mozos, barman, personal de cocina, etc
- 2 - Personas que transitan rutas: camioneros, choferes, taxistas, ruteras, etc
- 3 - Profesionales y técnicos del área de Salud Pública que pueden ser susceptibles a contraer enfermedades venéreas en su áreaa laboral. Médicos, Bioquímicos, Bacteriólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeros y Auxiliares de Laboratorio.
- 4 - Personal bajo bandera y en comunidades cerradas: soldados, cárceles, Institutos correccionales, etc.
- 5 - Otros.

FORMA CLINICA:

Sífilis. Normas de Diagnóstico y Notificación

	Reciente	Primaria Secundaria
I- SIFILIS ADQUIRIDA (°)	Tardía o Terciaria	Neurosífilis Cardiovascular Cutánea y/o visceral
	Latente	Tardía (más de 2 años) Temprana (menos de 2 años)

(°) Especificar si existe embarazo en el caso notificado.

II- SIFILIS CONGENITA	Precoz Tardía Latente
-----------------------	-----------------------------

Blenorragia. Normas de Diagnóstico y Notificación.

- I- Blenorragia aguda
 - II- Blenorragia crónica
 - III- O complicaciones y secuelas
- Indicar en cada caso el órgano afectado.

CANTIDAD DE CONTACTOS CENSADOS Y SI FUERON CONTROLADOS O NO.

MEDICAMENTOS SOLICITADOS: Anotar el nombre del medicamento y el número de ampollas o comprimidos prescritos para el tratamiento completo.

En lo que se refiere a la confección de **Boletines Especiales**, éstos están pautados en el número de dos (2) a lo largo del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010; uno de ellos se encuentra basado en las recomendaciones previstas para la prevención, la asistencia, la contención, el tratamiento fármaco terapéutico y su posterior seguimiento en la evolución de los casos de la sífilis detectada durante el período gestacional y/o a la sífilis congénita en el caso que no hubiera sido tratada la madre durante su período de embarazo o haberlo sido incorrectamente en tiempo y forma (inferior a un mes previo al momento del parto; o la administración de antibióticos no recomendados; o tratamiento discontinuado o interrumpido previo a su finalización, entre otros motivos).

El mismo constará de una sección inicial donde se registren los puntos sobresalientes del Proyecto de Eliminación de la Sífilis Congénita 2010 llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires bajo el financiamiento del Consejo Federal de Inversiones de la República Argentina; y una segunda con las recomendaciones propiamente dichas, las cuales se encuentran acordes a los lineamientos dispuestos por el Ministerio de Salud nacional, a los efectos de unificar criterios sanitarios³³.

En lo que se refiere a la información que constituya el otro de los boletines, ésta será la que emerja de las conclusiones de los datos epidemiológicos y las estadísticas que se han recolectado a lo largo del

³³ Tarea 11 / Componente Registros y Notificación. Se adjunta el modelo del boletín de recomendaciones. El mismo ya ha sido revisado e impreso / Programa Provincial de VIH/Sida e ITS del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires a los efectos de su posterior distribución.

PESC/2010, las problemáticas y las bondades del sistema sanitario que se hayan inferido de las reuniones y las charlas/taller de capacitación y sensibilización y toda información que puede ser de utilidad para armar una estructura que supere la simple exposición de datos numéricos de cada una de las localidades y regiones sanitarias, lo que no expondría la realidad de lo que se ha podido percibir personalmente en los municipios visitados y en los que se han llevado a cabo las charlas/taller interactivas en las que cada una de las partes han expuesto sus experiencias a lo largo de los últimos tiempos.

CONCLUSIONES PARCIALES y VISIÓN EXTERNA

- Como premisa inicial hay que resaltar las diferencias existentes entre los partidos que se encuentran incluidos en la zona del gran Buenos Aires y los del resto de la provincia. Esas diferencias, básicamente, podríamos agruparlas en lo que hace a la cantidad de habitantes, a la densidad poblacional (relación hab. x superficie) y a la relación cuantitativa que existe entre esa población y los centros de salud de primer y segundo nivel de atención.

- En el ámbito del GBA se puede evidenciar la migración de pacientes entre centros de salud de los diferentes partidos que lo componen. Esa migración, a la cual podríamos calificar de “auto derivación” (son las personas las que toman la determinación de concurrir a otros establecimientos y no por orden de los profesionales de su comunidad), no siempre mantiene relación con la realidad. Esto es, no se corresponde con que las necesidades demandadas por la embarazada no se encuentren cubiertas en los hospitales o CAPS de su zona, salvo excepciones específicas; de acuerdo a las expresiones que se han podido recoger en las diferentes reuniones que se llevaron a cabo en las localidades incluidas en el PESC/2010, existe dos causas que sustentan estos mecanismos: la primera es una cuestión de cercanía geográfica, ya que para

quienes viven a las afueras y en los límites de un partido les resulta más sencillo trasladarse a los centros de salud de otro lindero, para lo cual deben realizar cambio de domicilio y otra serie de trámites que parecen no incidir en la decisión adoptada. La otra causa, según se ha podido deducir, mantiene relación con el mito que tal o cual localidad tiene un sistema sanitario que ofrece mejores servicios, lo cual en la gran mayoría de los casos no es cierto (aunque existan casos en que así ocurre).

- A raíz de lo expresado en el ítem inmediato anterior se puede recaer en dos puntos: en primer lugar, existen localidades del Gran Buenos Aires que son decididamente “derivadoras” de la atención de mujeres en período gestacional (entiéndase por ello el concepto antedicho de “auto derivación”) y otras que son receptoras de la población de los partidos limítrofes. En segundo término, esa derivación no puede ser catalogada de “expulsión” por parte del municipio, puesto que no es la resultante de la falta de atención por parte de los equipos de salud de determinado lugar; de hecho en gran parte de los casos acuden a establecimientos hospitalarios al momento del parto, realizándose los estudios y controles durante el embarazo y los correspondientes al postparto -en menor proporción- (incluidos los del RN) en su localidad de residencia.

- Del punto anterior, deriva la problemática de la comparación e interrelación de la casuística entre los diferentes partidos del Gran Buenos Aires. Resulta complejo asociar los datos de embarazadas que padecían sífilis en el período gestacional con los casos de los recién nacidos con sífilis congénita (o que se le realizaron los estudios de VDRL como consecuencia de la infección materna y quedó establecido y asentado en la HC de ese modo, puesto que en un alto porcentaje de los casos esos estudios se realizan de modo sistemático). La migración combinada a la “auto derivación” promueve la confusión en los datos recabados en algunas localidades, no sólo a los efectos del presente trabajo sino inclusive en los establecimientos sanitarios municipales y provinciales.

- El traslado de las embarazadas al momento del parto en las distintas localidades del Gran Buenos Aires muchas veces se da hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Al igual que lo descrito en el punto anterior, los motivos tienen que ver con la idea de arribar a un sistema que ofrece una mejor asistencia en ese momento tan importante en la vida de una mujer. En la zona oeste del GBA se encuentra anclado uno de los centros hospitalarios dependientes del Ministerio de Salud de la Nación: el Hospital “Prof. Dr. Alejandro Posadas”, el cual es receptor de numerosas mujeres a punto de parir de la región por tratarse de un establecimiento con una estructura (edilicia y de personal) capaz de

soportar la llegada de pacientes no sólo de la zona sino de muchos sitios del país. Cuando se dan estos casos (partos en hospitales de la CABA o en el Hospital Posadas) el rastreo y seguimiento de los datos es aún más engorroso, puesto que se salen de los sistemas sanitarios a los que se acudió en un principio y que mantienen relación el uno con el otro: el municipal y/o el provincial.

- En las localidades y partidos del interior de la provincia también existe esa migración y “auto derivación” aunque en mucha menor escala. La superficie de los partidos es mayor, las distancias a cubrir en muchos casos son largas en extremo y las vías de comunicación no son todo lo fluidas que se quisieran. Pero de todos modos existen ciertas características geográficas (más allá de aquellas personas que habitan cerca de los límites de una determinada localidad) que contribuyen al caso que estamos describiendo: ciertos partidos envuelven, al menos en parte, a otros con los que limitan. Del mismo modo, hay rutas que favorecen el traslado hasta localidades que corresponden a otra jurisdicción. Pero de todas formas la proporción es muy inferior a lo que se sucede en el conurbano bonaerense.

- Otro de los puntos a tener en cuenta es la dificultad sistemática para llegar a las parejas de las mujeres embarazadas. Existen

motivos basados en conceptos insoslayables y tienen que ver con ciertos tabúes culturales. Cuando se habla de embarazo, no se halla incluido el varón en el término; si bien es cierto que se trata de un estado de la mujer y no hace falta ninguna aclaración al respecto, en lo que respecta a la temática de la infecciones de transmisión sexual (no ya a lo que tenga que ver con tema de compromiso y cuidado de la pareja, lo cual es de suma importancia pero excede al tema que nos ocupa), la participación de la pareja es substancial. Otro de los aspectos a contemplar al respecto es la negación de padecer una patología determinada, lo cual no es privativo del género masculino, pero en este caso se vincula directamente. Del mismo modo, y por sobre todas las cosas, cuestiones sociales hacen que se prefiera esconder la posibilidad de haber contraído ciertas enfermedades; la sífilis es una infección transmitida sexualmente, y como tal “invade” la intimidad de las personas haciendo aún más difícil captar a quién no se ve obligado a realizarse los exámenes. De hecho, es una condición que se da en casi todos los sectores sociales de éste y de otros países. En la República Oriental del Uruguay se ha determinado por un decreto que los varones parejas (padres) de las embarazadas deben realizarse los estudios de las enfermedades transmisibles sexualmente, entre otras, de manera obligatoria. Lo cual, más allá de poder parecer excesivo, resulta de suma importancia ya que al igual que en nuestro país sólo entre el 12 y el 15 % de las parejas acuden a la consulta para hacerse los estudios cuando se les

solicita por encontrar resultados reactivos o positivos a análisis de infecciones de transmisión sexual en las embarazadas.

- Si bien es cierto que en general quienes desarrollan actividades en los establecimientos hospitalarios u otros centros de asistencia son poco dispuestos a brindar datos que tengan relación con las actividades que se desarrollan a diario en sus instituciones, la predisposición que se ha encontrado en la gran mayoría de los casos ha sido buena. En primer lugar, porque se ha concurrido en persona a cada sitio para explicar cuáles eran los objetivos del PESC/2010, hecho que fue visto por quienes recibían la visita como un acto de consideración y de darle la seriedad y la importancia merecida tanto al proyecto en sí mismo como a las instituciones que prestarían sus instalaciones para la recolección de la información. Por ello ha sido que, salvo excepciones muy particulares, el trabajo del personal contratado especialmente para este trabajo no ha tenido inconvenientes para alcanzar los objetivos preestablecidos. En aquellos sitios donde se presentaron ciertos obstáculos, personalmente quien suscribe se ha encargado de intentar allanar los caminos, fin que se logró sin mayores dificultades.

- Respecto de la predisposición y de la actitud del personal de los centros de salud es importante resaltar que esto se ha producido por diferentes causas, las cuales tienen que ver con las realidades de cada uno de los partidos bonaerenses seleccionados. Hay localidades donde realmente cabe destacar la labor que se lleva a cabo, puesto que los índices se encuentran por debajo de la media producto del orden y la sistematización con que se llevan adelante las tareas; en estos casos el interés puesto de manifiesto por las autoridades radicaba esencialmente en poder replicar este tipo de programas en lo relacionado con otras infecciones de transmisión sexual, tal el caso del virus del papiloma humano (HPV), enfermedad que se encuentra en alza en gran parte de los sitios donde me ha tocado asistir y es motivo de preocupación de los profesionales que conforman los equipos de salud; lo que ha llevado a solicitar específicamente la realización y toma de ciertas determinaciones al respecto. En otros casos, antitéticos, la realidad indica que no se tienen registros de ningún tipo de los últimos años referidos a la sífilis congénita, la gestacional, ni a otras afecciones transmitidas a través de las relaciones sexuales y transmisibles al feto por vía transplacentaria o al RN por el canal de parto; en definitiva han tomado este PESC como una oportunidad de recabar la información y ponerse al tanto, conjuntamente con el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. Aires, sobre la casuística de su lugar. Por lo general este tipo de problemática es aislada y escasa,

y sólo se ha evidenciado (al menos hasta el momento) en localidades del GBA.

■ En lo que se refiere a lo expresado en las últimas líneas del punto inmediato anterior, tienen que ver tanto la falta de recursos (personal y financiero) como la sobredemanda de la población al sistema estatal de salud. Si bien es cierto que ello es una constante en todo el territorio provincial, también lo es que existen ciertas estructuras municipales que cuentan con menos recursos para afrontar esa demanda de los ciudadanos. Los motivos de las carencias pueden deberse a decisiones de políticas sanitarias comunales o por falta de respaldo económico. Las causas de la sobredemanda han sido descritas en el presente informe; a modo de síntesis podemos decir que gran parte de la población bonaerense no cuenta con cobertura social, que un porcentaje importante de quienes tienen cobertura la misma no responde a las necesidades en tiempo y forma, y otros puntos que ya han sido enunciados en párrafos anteriores.

■ Si bien no es exclusividad de los nosocomios y maternidades contemplados en aquellos en que la demanda supera a la oferta factible de brindar, forma parte de la realidad que no siempre es posible cumplir con lo que los protocolos indican sobre los

controles que se le deben realizar a las embarazadas respecto del tema que nos ocupa y de otras infecciones de transmisión sexual. Lo adecuado y recomendado según los organismos internacionales de salud y lo que la experiencia clínica cotidiana indica, durante el período gestacional de una mujer sin complicaciones es necesario la realización de tres estudios sistematizados en lo que a análisis de laboratorio se refiere. Los mismos se deberán efectuar en cada uno de los trimestres. Son muy pocos los sitios en donde esta normativa es respetada, debido a la no concurrencia de la paciente hasta la falta de turnos en algunos casos; este hecho ha llevado a discusiones entre los responsables de los Servicios médicos de Obstetricia y Ginecología con los de Neonatología durante las reuniones mantenidas en las que me he encontrado presente, dejando ver que las falencias muchas veces no responden a un sistema en general sino a establecimientos en particular.

- Siguiendo con el tema desarrollado en el punto anterior, es importante resaltar los caminos que debe seguir una embarazada para ingresar en el sistema de asistencia de parte de los centros de atención dependientes del Estado, sean éstos municipales o provinciales. Gracias a los Cuestionarios Iniciales que fueron incluidos oportunamente dentro del material a completar por parte del personal del PESC/2010 fue factible tomar conocimiento de cuáles son los pasos de una gestante para ser asistida. Si bien

existen excepciones a la regla general que se describirá a continuación, estamos en condiciones de afirmar que, a saber: i) la embarazada inicia su primera consulta en un CAPS o Sala Sanitaria dependiente del sistema de salud municipal; ii) en caso de un embarazo de riesgo es derivada a la maternidad más cercana, sea ésta de la misma estructura o pertenezca a la órbita provincial; iii) en caso de un embarazo normal, los estudios se siguen en los CAPS hasta la semana 32, donde se deriva al hospital donde se va a realizar el parto. En el punto ii) se crea una disyuntiva que he podido apreciar en varias localidades: si por tratarse de una patología tratable y fácilmente curable, la sífilis durante el período gestacional es causal de un embarazo de riesgo. Hay quienes consideran que debe ser tratada en los hospitales (sobre todos quienes representan a los centros de atención primaria de la salud) y hay quienes consideran que podría ser seguida su evolución desde los CAPS o Salas Sanitarias municipales. A falta de un criterio unificado (no ya a la totalidad de la provincia sino dentro de un mismo partido, incluso en aquellos donde el sistema sanitario depende en su totalidad del municipio), es que existen ciertas disputas entre las partes, alegando el sistema de atención primaria la falta de medios (personal y tiempo/turno) y recibiendo la misma respuesta de parte del segundo nivel. Ciertamente es que todos coinciden que cuando los tratamientos se han desarrollado en los centros municipales, al momento del parto no se cuenta en un alto porcentaje de los casos

con la información adecuada; entiéndase por ello que se desconoce si el tratamiento se ha completado en tiempo y forma, lo cual genera la problemática de tener que recurrir a análisis de testeo rápido, cuando no se decide hacer el tratamiento ante la duda.

- De todos modos y en consecuencia con lo expresado anteriormente, podría decirse que en términos generales en aquellas localidades donde conviven los sistemas de salud municipales de atención primaria con la estructura hospitalaria provincial, las relaciones son de fuertes vínculos en algunos casos y aceptables en otros. De todos modos es una condición que indefectiblemente debe cumplirse el traspaso de un sistema a otro al momento del parto en los casos de partidos que cuentan con estructuras mixtas; la embarazada debe concurrir al hospital para dar a luz. Lo que podría no encontrarse dentro de lo que se consideraría óptimo es el traspaso de la información de la evolución de los estudios realizados a la embarazada durante los meses de gestación. Eso podría solucionarse, sencillamente, mediante la confección de una libreta de la embarazada donde se lleve en detalle la secuencia de los controles y su evolución, lo cual ha sido promovido y sugerido en las reuniones donde este tema ha salido a relucir. De hecho desde aquí se ha realizado un bosquejo

presentado al Ministerio para implementar y unificar criterios en los establecimientos de la provincia de Buenos Aires.

Las conclusiones aquí expuestas forman parte de los datos que se han podido apartar de lo remitido por Auditores y Encuestadores, del mismo que de las reuniones que se han mantenido con autoridades sanitarias en las localidades que forman parte del presente proyecto. Seguramente puedan faltar algunas ideas, pero se encuentran las que sientan las bases para desarrollar conclusiones que a priori son indiscutibles.