

## Síntesis o resumen del proyecto:

Desde principios de la década de los 90 el Gobierno del Partido de Olavarría se propuso desarrollar y fortalecer un proyecto sanitario con fuerte hincapié en la salud materno-infantil. El proyecto aquí presentado muestra la evolución del proceso en los últimos 10 años, donde se pueden observar importantes desarrollos a nivel de infraestructura, importante provisión de insumos, aumento de cobertura profesional por medio de personal muy calificado. Los resultados son más que sobresalientes a nivel epidemiológico y sanitario: la tasa de mortalidad infantil descendió y se mantiene en valores muy inferiores a la media provincial y nacional, con tasas solo habituales en el mundo desarrollado.

### Caracterización del municipio en que tuvo lugar la experiencia:

(Tipo de municipio, población, indicadores socioeconómicos, presupuesto municipal, cantidad de empleados municipales, entre otros datos)

**Situación geográfica:** El Partido de Olavarría se encuentra ubicado en el centro de la provincia de Buenos Aires, a 350 Km. de la Capital Federal, 300 km de Mar del Plata y 320 km de Bahía Blanca. Su superficie es de 7.715 km<sup>2</sup>, limitando con los partidos de Gral. La Madrid, Azul, Tapalqué, Benito Juárez, Daireaux, Laprida y Bolívar. Tiene acceso por las rutas provinciales 226 y 51 y por la ruta nacional N° 3, vía Azul. Desde el punto de vista sanitario pertenece a la Región Sanitaria IX de la Provincia de Buenos Aires, con sede en Azul.

**Contexto Político** El Gobierno del Partido de Olavarría está ejercido por la Unión Cívica Radical desde el año 1991 a la fecha, iniciando el Intendente Municipal, Sr. Helios Eseverri, su quinto mandato al frente del Poder Ejecutivo. Dicho Poder está compuesto además por cinco Secretarías (Gobierno, Salud Pública, Obras Públicas, Economía y Hacienda y Desarrollo Económico), varias Subsecretarías y Direcciones. En el Poder Legislativo están representados los partidos mayoritarios (UCR y Justicialismo) y otras fuerzas minoritarias. El Presidente del H.C.D es el Dr. Julio Alem, perteneciente al partido de gobierno.

**Contexto Económico** El proceso de recesión económica de los últimos tiempos que impacto principalmente en los sectores productivos y expresó, entre otros indicadores, un aumento de los niveles de desocupación, generó una disminución de la cobertura de los seguros de salud, lo cual significó que la Municipalidad absorbiera una gran masa de población y por ende un aumento del gasto público en salud. (Ver datos económicos en Anexo 1).

### Presupuesto Ejecutado Municipal y de Salud

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Presupuesto total	43.624.378	45582.697	42.073.173	36.618.178	37.513.390	43.460.138	53.647.000*
Presupuesto de Salud	10.340.967	10.900.446	11.882.719	11.290.867	14.319.424	16.747.483	16.624.236*

**Contexto demográfico y epidemiológico** El municipio de Olavarría cuenta con una población de 103.952 habitantes, de la cual el 27 % es menor de 14 años y 10,25% mayor de 65 años. La población se encuentra concentrada en la ciudad cabecera del partido, donde viven cerca del 80% de los habitantes. La tasa de crecimiento anual se estima del 1%. Asimismo, la expectativa de vida es de 73,1 años (76,8 para el sexo femenino y 69,7 para el masculino). Para el año 2003, la tasa bruta de mortalidad general fue de 9,2 por mil habitantes, cifra que ha venido manteniéndose en los últimos cinco años.

A nivel poblacional cabe destacar que las enfermedades del Sistema Circulatorio particularmente la Enfermedad cerebrovascular y Enfermedad Isquémica del corazón siguen siendo la primera causa de mortalidad general, encontrándose en segundo lugar las defunciones por neoplasias.

**Personal Municipal actual:** Total de personal: 1250 empleados, Personal de salud : 634 de empleados, de los cuales 290 son profesionales o técnicos.

**Objetivos propuestos** (objetivo principal y secundarios; explícitos e implícitos) y metas del proyecto o políticas del municipio:

Estos objetivos, metas, estrategias y metodologías fueron diseñados en el año 1991

**Propósito:**

1. Mejorar la calidad de vida de la población materno-infantil del Partido de Olavarría

**Objetivo general:**

1. Organizar e implementar un sistema socio-sanitario para el control sanitario y apoyo social a la población materno-infantil del Partido de Olavarría.

**Objetivos específicos**

1. Diseñar e instrumentar un sistema sanitario que permita la captación temprana y el control adecuado de la embarazada y el menor sano del Partido de Olavarría.
2. Desarrollar un sistema de información que permita conocer en tiempo real la situación sanitaria del menor de 1 año de edad y de la embarazada.

**Metas**

1. Reducir la mortalidad infantil al menos en un 50 % en los próximos 10 años.

**Estrategias:**

1. Aumento de los recursos destinados a infraestructura, insumos materiales y recursos humanos calificados en un 100 % en el transcurso de 10 años.
2. Organización de un sistema sanitario que promueva la equidad, eficacia, integralidad y accesibilidad para todos los habitantes del Partido de Olavarría.

**Metodología:**

1. Creación de un área específica sanitaria: Dirección de atención Primaria de la Salud.
2. Desarrollo de alta complejidad Hospitalaria
3. Control y monitoreo permanente de toda la población materno infantil del Partido de Olavarría

### **Problema que la experiencia intenta resolver. Caracterización:**

La mortalidad materno-infantil se constituyó en una de las principales problemáticas a modificar en 1990: el total de muertes en el 1º año de vida fueron 46 (lo cual representó una tasa de mortalidad infantil del 23,3 ‰), de las cuales 28 (60 %) fueron neonatales (período comprendido entre el nacimiento y los 28 días de vida), y dentro de este grupo, el 57 % (16 casos) fueron por prematuridad. Por otra parte, el 40 % restante de muertes entre el mes y el año de vida, se debieron a causas infecciosas, muerte súbita y mal definidas. La mayoría de las causas eran evitables o potencialmente evitables.

El análisis intersectorial efectuado en aquel momento identificó tres causas básicas desde el punto de vista sanitario: 1) insuficiente infraestructura sanitaria en el primer nivel de atención y baja complejidad hospitalaria, 2) Insuficiente número de profesionales capacitados en las distintas áreas de atención, 3) escasa organización y administración de la información en tiempo oportuno para la toma de decisiones, 4) Escasa concienciación de los agentes de salud y de la población sobre medidas preventivas básicas, 5) insuficiente coordinación intersectorial público-privado.

#### Identificación de la problemática

En 1991 la provisión de servicios sanitarios era suministrada por medio de 15 Unidades Sanitarias y un Hospital nivel III, distribuidas en el Partido de Olavarría, (con 15 médicos generales, 25 enfermeros y 3 odontólogos) y un Hospital General nivel VIII con 6 médicos Pediatras que desarrollaban su tarea en 3 consultorios externos y cuatro pequeñas salas de internación (20 camas). El servicio de Obstetricia del Hospital Municipal contaba con 5 médicos especialistas y 4 obstetras con 16 camas de internación. La organización de los servicios permitía ofrecer atención médica a quienes concurrían en forma voluntaria a control o asistencia. Si bien no eran número pequeños de profesionales o servicios, no alcanzaba a cubrir las continuamente incrementadas necesidades.

La carencia de políticas preventivas organizadas e informatizadas permite ejemplificarse por medio de la inmunización menor sano, que se constituía en una de las causas de mortalidad en años previos. (Las coberturas de los años previos al 90 en el Partido de Olavarría alcanzaban el 70 % de cobertura en 1º dosis de BCG (esperable 100 %), el 60 % en antisarampionosa (esperable mayor del 90 %), 85 % de cobertura en 1º dosis de Sabin y Triple bacteriana y la caída al 75 –70 % en las 2º y 3º dosis de las mismas vacunas, entre otras coberturas insuficientes.

Finalmente, es posible afirmar que no existía la concienciación sobre el control preventivo, ya sea por parte de la población como por parte de los efectores sanitarios, los servicios estaban destinados a la atención de la enfermedad y actuaban en forma no coordinada entre sí. No existía tampoco conocimiento aplicado sobre los resultados de las políticas desarrolladas: la información era tardía y se conocían los resultados de las tasas de mortalidad cuando eran distribuidas por el nivel nacional o provincial. Nótese que en aquella época la Mortalidad Infantil nacional era similar a la encontrada en nuestro Partido. El sector público no tenía vínculos con el sector privado en ningún tipo de acción sanitaria.

Este panorama nos exigía asumir decisiones políticas concretas y tomar medidas a la brevedad para evitar la aparición de enfermedades o muertes prevenibles (ya sea por partos prematuros, muertes por enfermedades para las cuales se disponía vacunas o por causas atendibles al control del embarazo y la embarazada). La puesta en marcha de un programa de control materno infantil nos permitiría disminuir la aparición de complicaciones en el embarazo y el niño sano y su atención y tratamiento oportuno.

Siempre se ha dicho que la Mortalidad infantil es el reflejo de cómo vive una sociedad: en Olavarría las dificultades económicas de la última década han impactado fuertemente en la sociedad, con un importante grupo poblacional sin ningún tipo de cobertura. Este trabajo muestra claramente que desde el sector salud, en un trabajo intersectorial y comunitario comprometido y una fuerte inversión es posible modificar la salud de la población, mejorando su calidad de vida sensiblemente.

**Caracterización del área del municipio en la que se llevó a cabo el programa:**

Características generales de dicha dependencia teniendo en cuenta principalmente misiones y funciones de la unidad, objetivos de la unidad, grado de formalización de la unidad y de los procedimientos, tipo de departamentalización (rígida o flexible):

La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Olavarría creó en el año 1991 la Dirección de Atención Primaria de la Salud, con el objetivo de organizar y desarrollar un sistema de atención y control de la salud que estuviera cerca de la gente y desarrollara en forma precisa acciones preventivas en áreas previamente seleccionadas de trabajo. Para ello designó un Director de Atención Primaria y un Coordinador de Unidades sanitarias, con la misión de diseñar e instrumentar un sistema de atención primaria de la salud con fuerte desarrollo en la salud materno infantil, además de atención de las enfermedades. Bajo su conducción se agruparon las Unidades sanitarias existentes y todo su personal.

Hoy, la Dirección de APS, tiene a su cargo 28 centros de salud, de los cuales 24 son Unidades Sanitarias, distribuidas en la ciudad y las localidades del partido, más los Hospitales de Espigas y Sierras Bayas, que en la primera etapa tenía estructura y función de unidad sanitaria ambulatoria, y en el último año se procedió a la incorporación del Hospital de Hinojo ( categoría III B) como parte de la red asistencial (nótese que en 10 años se incorporaron 9 Unidades Sanitarias más y 2 nuevos Hospitales, en forma cuantitativa podríamos decir un incremento de casi el 50 % de los efectores de salud en el primer nivel!). Además cuenta desde el comienzo de su gestión con el centro de Control, Distribución y Administración de Inmunizaciones conocido como Banco de Leche-Centro de inmunizaciones.

Su personal actual está constituido por 29 médicos generalistas, 57 enfermeros, de los cuáles 3 son universitarios, 4 son profesionales y 6 actualmente se encuentran realizando el curso de profesionalización, 15 administrativos distribuidos en las U. S. de la ciudad y zona, 7 odontólogos y una psicóloga consultora.

Por su parte el Hospital Municipal Olavarría inauguró en el año 1994 el nuevo Servicio de Pediatría (conocido como Hospital de Pediatría, por sus dimensiones y capacidades), en el cual se incorporó Terapia Intensiva Infantil, terapia intermedia y recientemente ( 2001) terapia intensiva neonatal. El número de profesionales alcanza a 16 médicos pediatras, con especialistas en la mayoría de las áreas y atención tanto en consultorios como en las Unidades de cuidados generales o intensivos y no solo a la población de Olavarría, sino a la mayor parte de la población de la región centro de la Provincia de Buenos Aires. Recientemente se concursó y designó la jefatura de Área de Cuidados Generales, intermedios e intensivos Pediátricos, destinada a cubrir y organizar una estructura tan compleja en relación con los servicios maternos y de Atención Primaria de la Salud. Por su parte el Area de Ginecología y Obstetricia dispone a la fecha salas de parto, quirófanos e internación provista de todos los recursos necesarios (28 camas), apoyados por 5 quirófanos de última generación para apoyo quirúrgico las 24 hs. del día.

La Coordinación de Minoridad dependiente de la Secretaría de Gobierno dispone en un total de 11 Jardines Maternales donde concurren 430 menores comprendidos entre los 45 días y los 4 años mientras sus madres trabajan, recibiendo allí alimentación, educación y cuidados profesionales. Los Centros de día albergan a más de 500 menores y adolescentes. Como contrapartida para toda la asistencia social y alimentaria se exige el control del menor sano, la embarazada y la vacunación completa.

Desde el sector de asistencia alimentaria se entregan alimentos a más de 3700 familias, muchos de los cuales cuentan con menores y embarazadas, según indicación profesional de las Unidades Sanitarias. La provisión de alimentos por medio de comedores familiares en la actualidad (16), servicios de viandas (8) y copas de leches (3), más las familias directamente asistidas descriptas reciben un total de 30 mil Kg. de alimentos mensuales. Esta cifra es 3 veces superior a la suministrada en el año 2001.

Los servicios públicos han tenido un incremento importante en los últimos años: el servicio de agua se incrementó en 9.700 metros desde 1997 a la fecha, mientras que las cloacas crecieron 13.800 metros en el mismo lapso. La provisión de energía eléctrica cubre el 99% de la población urbana y rural y el gas natural alcanza a un mayoritario grupo poblacional. El servicio de recolección de residuos ha sido privatizado en el año 1991 cubriendo toda la ciudad en forma diaria, lo mismo que la limpieza de las calles. La disposición final de residuos era a cielo abierto hasta 1984, en ese año se construyó un primer relleno sanitario

que permaneció hasta 1999, cuando comenzó a funcionar un nuevo relleno sanitario con alta tecnología, regido por las normativas del SPA.

Desde el punto de vista habitacional desde 1991 al 2004 se incorporaron a obras particulares 230.690 m<sup>2</sup> como incorporaciones o anexos y 300.170 m<sup>2</sup> como construcciones nuevas, lo cual significa que en 13 años el incremento de m<sup>2</sup> cubiertos de viviendas alcanzó a 530.860 m<sup>2</sup>. Podría interpretarse que a 70 m<sup>2</sup> por vivienda significan aproximadamente 7500 viviendas construidas en forma privada en ese lapso de tiempo. Los registros que se disponen desde 1998 a la fecha permiten apreciar que desde el sector público se han construido más de 1000 viviendas por distintos planes estatales. El censo de 1991 arrojó 34.109 viviendas en el Partido, por lo tanto es posible afirmar que el crecimiento fue cercano al 25 % en este período.

**Marco normativo de la experiencia: ordenanzas, decretos y toda otra norma que sustenten jurídicamente la experiencia (ADJUNTAR COPIAS A LA PRESENTE):**

**Características generales de la iniciativa:** actividades originales y definitivas; población beneficiaria original y definitiva; cantidad de beneficiarios; tipo de articulación; nivel de participación ciudadana:

La estrategia implementada a partir de 1990 fue el incremento de la infraestructura, insumos materiales y recursos humanos calificados. Ya ha sido descrito en el desarrollo del análisis de la problemática los recursos existentes en el año 1990 y en el ítem anterior los recursos disponibles en la actualidad.

Desde el punto de vista de las políticas organizativas y de gestión se estableció la normatización del control del embarazo, control del niño sano y desarrollo de un plan de monitoreo y evaluación de las actividades desarrolladas. Se seleccionaron áreas programas con el consiguiente compromiso de resolución en las poblaciones a cargo. La población asumida como prioritaria estaba constituida por aquellas personas que sólo poseían cobertura sanitaria dentro del sistema público, identificadas mediante Acción Social. Esta población carecía de posibilidades para costear con sus propios ingresos la asistencia sanitaria, estimándose en 60.000 personas (el 60 % de la población carece de cobertura social por medio de Obras sociales).

Se definió como política de salud de la comuna la cobertura de la población materno-infantil en su totalidad sin costo alguno para la misma.

Se procedió a la asignación de personal permanente en los diferentes efectores de cada área programa y consolidó la creación de los registros correspondientes para sistematizar la información de lo actuado. En las Unidades Sanitarias las distintas estrategias fueron implementadas en conjunto con las autoridades de las Sociedades de Fomento, ya que muchas de las Unidades están asentadas en edificios de dichas instituciones, consolidando una importante participación comunitaria, ya que ellos son los responsables del mantenimiento y desarrollo de las estrategias sanitarias a implementar.

El sector privado se adhirió fuertemente por medio de la confección de la Historia Clínica materno infantil provista por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) a partir de los primeros años de la década del 90, con la importante colaboración del Círculo Médico local.

#### Descripción de las políticas sanitarias implementadas

A la par de la implementación de la Historia Clínica y Libreta Sanitaria y de controles prenatales del CLAP se normatizaron los controles en salud, como sigue a continuación:

#### Normatización del control Prenatal:

1. Detección precoz de embarazo en todas las consultas de mujeres a los servicios de salud, por cualquier motivo que concurriera.
2. Captación anterior a las 12 semanas, atención y seguimiento del embarazo, valoración del crecimiento y maduración fetal y evolución materna.
3. Valoración del estado alimentario y nutricional de la embarazada.
4. Educación para la salud ( higiene personal, puericultura, actividad laboral, higiene de la vivienda, etc)
5. Psicoprofilaxis obstétrica: 8 clases a partir del 6<sup>o</sup> mes, realizadas por el médico, enfermero y/o obstétrica en las Unidad Sanitaria u Hospital Municipal.

#### Métodos y técnicas a emplear en cada control

Examen clínico obstétrico de la embarazada: Esta actividad será desarrollada en cada consulta.

1. *Enfermera:* Control de signos vitales, peso y talla (solamente la 1<sup>a</sup> vez esta última) Valoración de las vacunas. Alimentación, higiene, puericultura y educación para la salud.
2. *Odontólogo:* examen bucal de toda gestante de acuerdo con la norma de control de embarazada en Odontología. Se planteó para obtener buen resultado que todo el equipo de salud DEBE DERIVAR EN FORMA PERMANENTE LA EMBARAZADA AL ODONTOLOGO –

3. *Asistente Social*: Trabajo en conjunto para el control, asistencia y derivación oportuna
4. *Médico Generalista*: Valoración clínica general y control específico. Todos los datos deben estar en la historia Clínica y Libreta Sanitaria- Interrelación con el servicio de Toco-Ginecología del Hospital –
5. *Sistema de información*: desarrollo de información mensual con registros sobre semana de captación de cada nueva embarazada, controles efectuados sobre programados, Pap realizados, vacunas efectuadas, patologías asistidas, derivación, interconsultas, etc. Búsqueda activa de las embarazadas que no concurren a control.

#### Normatización del menor de 1 año

##### A) *Captación precoz del recién nacido, antes de los 7 días desde el nacimiento*

1. Informe de Atención Primaria, a las Unidades Sanitarias correspondientes según su ubicación geográfica, de los partos efectuados en forma semanal. (canal formal)
2. Promoción de la comunicación del nacimiento en nuestra población a cargo de familiares, amigos, vecinos, etc. (canal informal).
3. Visita domiciliaria del equipo de salud durante el puerperio, de acuerdo a las posibilidades de cada sector

##### B) *Control integral del menor de un año*

1. número de controles 13-14 (incluido el control de 7 días)
  - 1-a) controles médicos: 7 días, 15 días, 1 mes, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12 meses.
  - 1-b) controles de enfermería: todos los meses
2. *Sistema de información*: desarrollo de información mensual con registros sobre semana de captación de cada nuevo menor, controles efectuados sobre programados, vacunas efectuadas, patologías asistidas, derivación, interconsultas, etc. Búsqueda activa de menores que no concurren a control.

##### C) *Coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia entre Unidades Sanitarias y Hospital*

##### D) *Coordinación de interconsultas y derivaciones entre el sector público y privado.*

E) *Control mensual de mortalidad infantil en el Registro Civil de Olavarría*: Mediante convenio se accede a copia de los certificados de fallecimientos de menores del Partido, ello nos permite conocer en forma inmediata cualquier fallecimiento, citar a los profesionales actuantes y efectuar los ateneos correspondientes tendientes al análisis y corrección de situaciones que podrían haber sido previstas.

## **Etapas de implementación y grado de avance**

Fueron instrumentadas cuatro etapas de desarrollo: 1) Diagnóstico de situación, 2) normatización del control del menor sano y la embarazada y sistema de información, 3) implementación y 4) evaluación y difusión permanente a los involucrados.

La primer etapa se completo en 3 meses durante 1992, la segunda se completó a finales de 1992, la etapa de implementación comenzó a principios de dicho año (por sectores y áreas), mientras que la evaluación se comenzó a efectivizar a mediados de 1992. Estas dos últimas etapas se mantienen en funcionamiento en la actualidad, lo mismo que la difusión a todos los públicos (profesionales y comunidad).

Para ejemplificar los grados de avances realizamos breves aportes cuantitativos, a partir de 1992, fecha de comienzo del Programa del menor y embarazada en el área de Atención Primaria de la Salud. (ver tablas en Datos estadísticos APS en Anexo 2)

### **MEDIA DE NIÑOS SANOS BAJO CONTROL Y CONTROLES EFECTUADOS**

Sobre un total aproximado de 3600 menores de 2 años se controlan en el sector estatal 1971 en el última año, lo cual representa el 54 % del total del Partido de Olavarría, cifra similar al porcentaje de población que no dispone de cobertura social de ningún tipo (lo mismo que decir que el 100 % de los menores a controlar en el sector público). Si se observa la cifra total de media de controles se puede comprobar que se aumento en 10 años un 35 % de niños captados (de 1259 a 1971). Cada niño fue controlado en promedio 4 por veces al año (recordar que por Norma en el primer año se controlan con el médico 6 veces al año y que en el segundo año solo dos veces, el resto son controles de enfermería).

### **NIÑOS BAJO PESO BAJO CONTROL Y CONTROLADOS**

Se puede observar que se duplicaron los niños bajo peso bajo control, lo cual no significa simplemente que haya más distróficos, es posible afirmar que se captaron más niños para el control, ya que el porcentaje sobre el total de niños sanos bajo control se mantuvo en similar porcentaje (4,2 % en 1992 y 4,9 % en el 2002).

### **EMBARAZADAS BAJO CONTROL**

El primer dato que observamos es que el número de embarazadas bajo control se incrementó de 223 en 1993 a 423 en 2002, representando un 90 % de aumento en la captación por el sistema y por ende la aceptación de nuestras embarazadas en la elección del efector para su control. Obsérvese que 9 controles promedio por embarazadas es sumamente alto y ha sido mantenido a través de los años.

### **PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNO PREVENIBLES**

El programa nacional obligatorio de inmunizaciones comprende las vacunas que previenen la aparición de las siguientes patologías: difteria, tétanos, tos ferina o coqueluche, complicaciones extra pulmonares de la tuberculosis, parálisis aguda flácida o poliomielitis, sarampión y en etapa más reciente las infecciones por hemophilus influenza, parotiditis o paperas, rubeola y hepatitis B. Las coberturas mínimas necesarias para evitar la aparición epidémica de estos cuadros es de 90 % de la población, con coberturas mínimas para sarampión del 95 %. Es notable comprobar la cobertura ideal a partir de 1992 y su mantenimiento hasta la fecha.

### **SISTEMA DE INFORMACIÓN**

A partir de 1991 se diseño un sistema informático que permite conocer en forma mensual más de 150 características del control del menor y la embarazada sana, desagregado por áreas de trabajo, condición social y accesibilidad.

En la actualidad la mayoría de los registros están informatizados en las Unidades Sanitarias y Hospital Municipal.

### **DIFUSIÓN DE LA INFORMACION**

En forma anual se informa a los medios de comunicación sobre el trabajo efectuado y está disponible para la población en todos los centros de salud, muchos de ellos distinguidos por algunas de sus actividades por medio de certificaciones específicas de monitoreo.



**Financiamiento:** Fuentes de financiamiento público y/o privado; costo total de la experiencia; recursos propios o compartidos:

La totalidad del personal afectado al programa materno infantil pertenece a la planta de trabajadores municipales, con regímenes de planta permanente o mensualizados. Los haberes percibidos son a cargo por completo del erario municipal. Los insumos utilizados provienen de la misma fuente, excepto en algunos casos por programas específicos de apoyo a nivel provincial, como es la provisión de leche y las vacunas desde Nación.

El presupuesto asignado a Salud Pública ha oscilado entre un 25 a un 30 % del presupuesto total de la Municipalidad y en términos generales podría decirse que por co-participación provincial el Municipio recibe aproximadamente el 40 % de éstos fondos (los fondos co-participables son aportes provinciales correspondientes a los gravámenes que se obtienen en el Partido por parte de la Provincia) .

Indicador	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Presupuesto total	43.634.378	45582.697	42.073.173	36.618.178	37.513.390	43.460.138	53.647.000*
Presupuesto de Salud	10.340.967	10.900.446	11.882.719	11.290.867	14.319.424	16.747.483	16.624.236*

**Proceso de negociación y conflictos que hayan surgido durante el diseño o implementación del programa:**

La realización de las normativas, así como las actividades y sus respectivas evaluaciones fueron diseñadas en conjunto por los actores involucrados en el desarrollo y concreción del proyecto. En el mismo participaron los médicos, odontólogos y enfermeros dependientes de la Dirección de APS y el Hospital Municipal.

Primeramente se encargó a diferentes grupos la realización de una propuesta de trabajo, que en su totalidad diesen respuesta a la problemática de la salud materno infantil. Luego, cada grupo presentó el diseño propuesto y los mismos fueron discutidos, evaluados, corregidos y finalmente aprobados por unanimidad, para luego ser implementados en todos los centros de salud dependientes de la comuna.

Luego de 10 años, se procedió a la actualización de la norma de control de niño sano, y en el corriente año se procederá a la actualización de la correspondiente al control del embarazo de bajo riesgo. Las Inmunizaciones ha sufrido los cambios propios de las actualizaciones de la Norma nacional de Inmunizaciones, verificadas las mismas en los años 1997 y 2003.

## **Evaluación del impacto de la experiencia:**

### **Indicadores de estructura**

#### **Recursos materiales: inmuebles**

2 Hospitales nivel III nuevos  
9 Unidades Sanitarias nuevas

#### **Otros Recursos materiales:**

6 vehículos para ambulancias nuevos incorporados para los centros alejados.  
5 vehículos para ambulancias nuevos incorporados para el Hospital Municipal.  
Sistema de intercomunicación permanente con todos los vehículos, bomberos, policía y servicios médicos de emergencia de la ciudad.

Nuevo Servicio Municipal de Pediatría:

Incorporación de cuidados intermedios e intensivos neonatales y pediátricos.

Nueva tecnología diagnóstica incorporada: TAC, RMN y Ecodoppler color.

Servicios asistenciales con provisión de aire y oxígeno central.

Hotelería con alto confort familiar.

Nuevo Servicio de Toco-ginecología

#### **Recursos Humanos**

24 Profesionales médicos incorporados nuevos  
20 enfermeros (5 universitarios) nuevos

### **Indicadores de proceso**

#### **Control del Niño Sano**

Número de controles efectuados a los niños sanos y las características de los mismos:

Como método adicional de control y supervisión, la Dirección de APS diseñó un modelo de evaluación de los controles de niño realizados, valorando 5 parámetros prioritarios (estándares):

- 1) Captación del Recién Nacido (RN) teniendo como fecha óptima el 1º control antes de los 15 días de vida
- 2) Número de controles, considerando adecuados a los que igualan o superan al 80 % de los previstos por norma
- 3) Cobertura de vacunación
- 4) Grado de trofismo, clasificándolos en eutróficos y/o distróficos de 1º, 2º o 3º grado por su ubicación en los percentilos de peso/ edad
- 5) Lactancia materna

#### **Resultados obtenidos**

La captación y el control seriado de los niños demuestra uno de los compromisos del equipo de salud para la prevención sanitaria, ya que desde el año 1992 hasta la fecha, el promedio de niños bajo control creció de 1.259 a 1709 niños promedio, lo cual representa en estos 11 años, un aumento en la captación y control de 0 a 24 meses del 35 %.

En el período considerado, la prioridad de control fue el grupo de niños de 0 a 24 meses, con menor atención en el grupo de 2 a 6 años, tendencia que se buscó revertir a partir del año 2003, año en el cual se registraron 1971 niños bajo control, cifra máxima de captación en los centros de salud de nuestro partido.

El uso de la herramienta de Evaluación de los controles a los 6, 12 y 24 meses respectivamente nos permitieron visualizar la tarea asistencial-preventiva en su justa dimensión.

- 1) La captación de los (RN) antes de los 15 días ronda el 74% en los últimos 5 años, verificándose un aumento al 78 % en el año 2003
- 2) Los controles en salud varían sus porcentajes, de acuerdo al grupo de edad considerado. Así, a los 6 meses de edad, el promedio histórico fue de 78 %, incrementándose en el año 2003 al 85 %; a los 12 meses de vida, el promedio se sitúa en el 64 % del total de niños bajo programa, elevándose nuevamente en el año 2003 al 68 %, y en el corte de 24 meses de vida, se confirma una media de 61 % de controles sobre el total de la población registrada.
- 3) El grado de trofismo evaluado por norma nos muestra que la población menor de 2 años eutrófica representa el 95 a 97 % de los niños bajo control

- 4) La proporción de lactancia materna varía con el grupo de edad considerado, siendo el 60 % a los 6 meses, con un importante 18 % a los 24 meses de vida.

### **Control de la Embarazada de Bajo Riesgo**

#### **Controles de embarazo en el sistema de Atención Primaria de la Salud**

El grupo más vulnerable, la adolescencia, comprendido entre los 12 a 18 años, representa el 15 a 18 % de los embarazos totales controlados en el sistema. Este porcentaje se ha mantenido estable en todo el tiempo de la experiencia.

Un indicador internacional de la calidad de los controles de embarazo y por consiguiente de la disminución de la morbilidad perinatal es el número de controles efectuado a cada embarazada. Junto con el número de controles realizados, es menester lograr una captación precoz del embarazo, que permita efectuar las acciones preventivas efectivas en tiempo y forma (sirva de ejemplo la suplementación de folatos en las primeras 12 a 14 semanas).

Nuevamente los datos de los registros nos muestran que la media de captación de nuestras embarazadas ha descendido de 15.1 semanas en el año 2000 a 14.2 semanas en el año 2003, aunque aún no logramos la meta propuesta en 1991 de captar las gestantes antes de la semana 12. Este registro se verá en el anexo con distintos valores, determinado por el análisis del Sistema Informativo Perinatal, el cual incluye además el control en el sistema Hospitalario.

#### **Porcentaje de cobertura de inmunizaciones en menores de un año**

Hasta el año 1998 la cobertura contra difteria, coqueluche y tétanos se realizaba mediante el uso de la vacuna triple bacteriana, la cual es reemplazada a partir de ese año por la vacuna cuádruple, que aumenta la cobertura para las infecciones por hemophilus influenza; en igual tenor sucedió con la vacuna antisarampionosa, que cambia por triple viral, aumentando la cobertura para las infecciones por virus de la rubeola y paperas. en orden de aumentar el espectro de enfermedades, en el año 2001 se oficializa la cobertura en recién nacidos contra la infección por virus de la hepatitis B.

Los porcentajes expuestos como cobertura se obtiene de cruzar las dosis efectivamente aplicadas con la población estimada para el período considerado, por ello en algunos casos la cobertura supera el 100 %. Un caso especial es la cobertura con antisarampionosa en el año 1998, ya que en ese año se desarrolló, por la aparición de una epidemia a nivel nacional, una campaña de revacunación obligatoria hasta los 20 años de edad.

La selección de las dosis aplicadas detalladas en el cuadro del anexo, es la utilizada para evaluar el proceso de cobertura y por ende el riesgo de aparición de las enfermedades antes mencionadas, según las recomendaciones de la OMS. Los datos aquí presentados muestran desde el año 1984 un nivel de cobertura óptimo exclusivo para BCG en los últimos 20 años, no así para el resto de las vacunas, lo cual favorecía la aparición de las enfermedades inmunoprevenibles. A partir del año 1991, se logra mediante la búsqueda sistemática de los casos incompletos, la adecuación de los registros y la implementación del programa de control de niño sano, la corrección de las coberturas para llevarlas a los valores necesarios para evitar la aparición de casos en forma epidémica. Así, por ejemplo en el año 1998, mientras la provincia de Buenos Aires sufrió una de las mayores epidemias de sarampión con alta tasa de internación y mortalidad, Olavarría sólo registró 10 casos probables y 2 confirmados por serología y aislamiento virológico.

En el año 2001 se incorpora la vacunación anti-hepatitis B, observándose nuevamente el crecimiento de la cobertura en el lapso de 2 años a valores adecuados para la prevención de dicha patología

### **Indicadores de resultado-impacto**

El impacto de la experiencia se demuestra ampliamente con el descenso de todas las Tasas de Mortalidad Infantil analizadas en los últimos 13 años (ver anexo Mortalidad). Este indicador corresponde a todo el Partido de Olavarría (recordar que la población con mayor riesgo y sin cobertura es dependiente del sector estatal)

1. La Tasa de Mortalidad Perinatal (mortalidad fetal tardía + mortalidad neonatal precoz) descendió desde el 24,3 ‰ al 10,4 ‰.

- a. En números absolutos significa que muertes fetales tardías se produjeron 23 en 1990 mientras que en el 2003 solo fueron 13 . Asimismo la mortalidad de menores de 0-7 días ( neonatal precoz) solo acumuló durante el 2003 a 8 muertes.
2. La Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz y Tardía (entre el día 0-7 y 7-28)  
Tuvo una importante modificación la Mortalidad Precoz (disminuyó del 12,7 ‰ al 4,0 ‰, es decir de 25 fallecidos a 8), mientras que la tardía se mantuvo estable (1,5 ‰ y 2,0 ‰)
3. La Tasa de Mortalidad Infantil postneonal (entre el mes de vida y los 12 meses) descendió del 9,1 ‰ al 1 ‰.
  - a. En términos cuantitativos en 1990 la mortalidad entre el mes y el año acumuló 18 muertes, en tanto que durante el 2003 solo ocurrieron 2 muertes.
4. La Tasa de Mortalidad Infantil total (desde el nacimiento hasta el año de vida) descendió del 23,3 ‰ al 6,9‰.
  - a. Es decir que en el año 1990 fallecieron 46 menores de un año de vida, mientras que el año 2003 fallecieron 14.

(Ver Anexo Mortalidad Infantil, Anexo 3)

Desde la visión de la población puede decirse que la aceptación y prestigio que goza el sistema local de salud ha sido permanentemente ratificado: Una encuesta de 1996 y el 1999 nos mostraba resultados muy halagüeños.

#### **Mecanismos de seguimiento y evaluación implementados:**

Control del menor sano: Informe mensual de todos los efectores de salud  
 Cobertura de inmunización: Informe mensual del Centro de Inmunizaciones  
 Control del embarazo: Informe mensual de todos los centros de salud.  
 Tasa de cesárea: Informe mensual Hospital Municipal  
 Tasa mortalidad infantil: evolución mensual del año en curso, reuniones y ateneos con los involucrados.  
 Análisis mensual del sistema informático perinatal (ver Datos perinatales, Anexo 4)

#### **¿Qué aprendizaje institucional significó el desarrollo de la experiencia? (en términos de gestión, estrategias políticas, identificación de déficit de capacidad institucional, etc.?) ¿Este aprendizaje, ha dado lugar a iniciativas específicas?**

Hubo necesidad de diseñar una nueva gestión de control del embarazo y control del menor nacido en el Partido de Olavarría, con la normatización de las acciones a desarrollar y posteriormente el monitoreo permanente para concretar la real ejecución de la norma . El segundo hito del proyecto fue el hincapié en la información ágil y oportuna en tiempo, disponible para tomar decisiones en el tiempo real. El hecho que haya sido una política generada desde los mandos directivos pero discutida, escrita y ejecutada por los niveles operativos contribuyó sin duda al éxito final. No puede dejar de mencionarse que la mejoría y disponibilidad de tan amplia infraestructura como la incorporada fue un salto cualitativo impactante en la salud del Partido de Olavarría, pero ningún buen resultado hubiera sido posible si todo el personal (profesionales y no profesionales) no hubieran controlado cada embarazo desde la semana más temprana, no hubieran ido a buscar tantos niños a su hogares para vacunarlos en tiempo, si no se conociera desde la áreas sociales cuales eran los más vulnerables, cuando ir a buscarlos, cuando aumentar la protección desde el Estado.

Las normas de control de embarazo, niño sano, inmunizaciones, planificación familiar fueron implementadas durante el transcurso del año 1991-1992 y fueron extraídas en mayor parte de la experiencia de la Provincia de Neuquen. Años después, con la experiencia ganada a nivel local, fueron reviviéndose, adaptándose y consolidando, no solo en los efectores de salud, sino en la población que las hizo suyas.

La Provincia aportó en forma regular insumos como leche y las vacunas necesarias, ambas son elementos indispensables para el logro alcanzado. No debe dejarse de lado que desde el

año 1995 la Municipalidad de Olavarría produce más de 100 medicamentos genéricos en su pequeño pero completo laboratorio de Producción de Medicamentos. Este hecho no es menor: disponer tratamiento para las enfermedades comunes en el momento oportuno es el complemento racional a un diagnóstico aportado en los centros de salud.

La atención de la salud se ha convertido en el polo de desarrollo del Partido de Olavarría en los últimos 20 años, incorporando últimamente docencia universitaria por medio de la Escuela de Medicina y recientemente el lanzamiento de dos planes dirigidos al futuro y fruto sin duda de experiencias positivas como la relatada:

El primero de ellos, un plan municipal de promoción de la salud que apunta a disminuir los factores de riesgo cardiovasculares (principal causa de muerte en la población adulta) en un plazo estimado de 20 años y poniendo especial énfasis en el sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad como factores de riesgo culturales del futuro de nuestros niños y jóvenes.

El segundo plan, fundado en experiencias vividas y con la visión en el futuro, es la creación de un plan municipal de investigaciones en salud, donde puedan capacitarse jóvenes investigadores locales y desarrollar proyectos que permitan conocer nuestra realidad y aportar ideas y propuestas para su transformación.

**Resumen Situación socio-económico-educativa  
del Partido de Olavarría (2001)**

**Población Ocupada: Principales características**

	varones		mujeres		total	
	personas	%	personas	%	personas	%
<b>ocupados</b>	<b>20.831</b>	<b>100,0</b>	<b>11.744</b>	<b>100,0</b>	<b>32.575</b>	<b>100,0</b>
<b>nivel educativo</b>						
hasta primario incompleto	1.547	7,4	684	5,8	2.231	6,8
primario completo	7.845	37,7	3.116	26,5	10.961	33,6
secundario incompleto	4.110	19,7	2.295	19,5	6.405	19,7
secundario completo	4.500	21,6	1.898	16,2	6.398	19,6
más de secundario completo	2.828	13,6	3.751	31,9	6.581	20,2
<b>categoría ocupacional</b>						
patrón o empleador	1.653	7,9	279	2,4	1.931	5,9
trabajador por su cuenta	4.479	21,5	1.979	16,9	6.457	19,8
obrero o empleado	14.220	68,3	8.928	76,0	23.150	71,1
trabajador sin salario	112	0,5	446	3,8	559	1,7
programa transitorio	366	1,8	112	1,0	478	1,5
<b>estabilidad</b>						
permanente	16.418	78,8	9.751	83,0	26.170	80,3
trabajo temporario	1.924	9,2	472	4,0	2.395	7,4
changa	336	1,6	0	0,0	335	1,0
duración desconocida	2.153	10,3	1.521	13,0	3.674	11,3
<b>rama de actividad</b>						
actividades primarias	1.085	5,2	56	0,5	1.140	3,5
industria manufacturera	3.966	19,0	666	5,7	4.630	14,2
construcción	2.540	12,2	112	1,0	2.649	8,1
comercio	4.456	21,4	2.469	21,0	6.925	21,3
transp, almacenaje y comunicaciones	2.503	12,0	390	3,3	2.892	8,9
serv financ, inm, alq y emp	1.339	6,4	472	4,0	1.810	5,6
adm pública y defensa	1.394	6,7	390	3,3	1.784	5,5
enseñanza	422	2,0	2.839	24,2	3.266	10,0
servicios sociales y de salud	361	1,7	1.228	10,5	1.591	4,9
servicio doméstico	138	0,7	2.452	20,9	2.594	8,0
otros serv comunit, soc y per	1.201	5,8	446	3,8	1.646	5,1
otras ramas	417	2,0	0	0,0	417	1,3
minas y canteras	362	1,7	0	0,0	362	1,1
sin especificar	646	3,1	223	1,9	869	2,7
<b>tipo de establecimiento</b>						
público	1.949	9,4	3.264	27,8	5.213	16,0
privado	18.826	90,4	8.420	71,7	27.194	83,5
otros	62	0,3	56	0,5	163	0,5
<b>tamaño del establecimiento</b>						
1 persona	3.345	16,1	3.925	33,4	7.270	22,3
2 a 5 personas	7.502	36,0	3.280	27,9	10.782	33,1
6 a 15 personas	2.520	12,1	1.669	14,2	4.190	12,9
16 a 25 personas	1.219	5,9	725	6,2	1.945	6,0
26 a 50 personas	1.005	4,8	809	6,9	1.814	5,6
51 a 100 personas	944	4,5	416	3,5	1.360	4,2
101 a 500 personas	1.929	9,3	498	4,2	2.427	7,5
501 y más	335	1,6	112	1,0	446	1,4
sin especificar	2.032	9,8	310	2,6	2.342	7,2
<b>formalidad <sup>1/</sup></b>						
formales	10.324	72,6	5.594	62,7	15.935	68,8
informales	3.896	27,4	3.334	37,3	7.215	31,2

Fuente: Encuesta de Hogares. Ministerio de Trabajo de la Nación. Olavarría 2001

## NIVELES DE ACTIVIDAD COMPARADAS

Aglomerado	actividad	empleo	desempleo	subempleo
<b>Olavarría</b>	<b>40,7</b>	<b>34,5</b>	<b>15,1</b>	<b>14,0</b>
Partidos del	43,1	36,0	16,5	16,0
Bahía Blanca	41,2	34,2	17,0	11,7
Gran La Plata	45,6	38,5	15,6	15,8
Mar del Plata y	47,2	37,4	20,8	14,9
Ciudad de Buenos	51,0	45,7	10,4	11,0
Comodoro Rivadavia	40,1	34,8	13,3	13,1
Concordia	35,2	28,9	17,9	16,3
Corrientes	34,8	29,0	16,7	10,9
Formosa	31,0	27,6	11,1	8,3
Gran Buenos	45,1	38,5	14,7	14,5
Gran Catamarca	37,1	30,9	16,8	14,7
Gran Córdoba	40,9	35,8	12,5	13,3
Gran Mendoza	39,4	35,5	10,0	15,1
Gran	34,5	30,0	11,3	12,5
Gran Rosario	41,7	34,3	17,8	16,6
Gran San Juan	38,5	33,6	12,8	21,5
La Rioja	38,2	33,6	12,1	16,3
Neuquén y	43,0	37,0	14,0	14,2
Paraná	38,6	33,4	13,5	15,3
Posadas	36,2	33,6	7,1	18,0
Río Cuarto	37,5	33,4	11,1	10,4
Río Gallegos	39,4	38,6	1,9	6,7
S.M. Tucumán y Tafí	40,0	32,6	18,4	16,5
S.S. de Jujuy	35,7	28,9	19,1	15,7
Salta	38,9	33,1	14,9	16,9
San Luis y El	40,2	36,5	9,4	18,9
Santa Fe y Santo	39,1	33,0	15,7	16,3
Santa Rosa y Toay	42,6	37,8	11,2	12,0
Santiago del Estero y La	34,5	30,9	10,5	8,3
Ushuaia y Río	39,9	34,8	12,8	10,2
<b>Total aglomerados</b>	<b>42,7</b>	<b>36,5</b>	<b>14,7</b>	<b>14,7</b>

### Los ocupados

La tasa de empleo (calculada como porcentaje entre la población ocupada y la población total) es de 34,5 y es inferior al total de los aglomerados (36,5).

La tasa de actividad en los varones es del 52,9 %, mientras que en las mujeres es del 29,3 %.

El desempleo es del 13 % en los varones; el 18,4 % en las mujeres y el 9,6 % en los jefes de hogar. El grupo que registra la tasa de desempleo mas alta es el de jóvenes de 16 a 24 años.(25,1 %).

Los resultados de la Encuesta indican que en Olavarría hay aproximadamente 32.575 personas ocupadas, de las cuales el 63,9 % son varones y el 36,1 % son mujeres. En cuanto a la categoría de la ocupación el 71,1 % es obrero o empleado, el 19,8 % es trabajador por su cuenta; el 5,9 % es patrón o empleador y el 1,5 % es trabajador de un programa transitorio de empleo. Esto presenta algunas diferencias entre los varones y las mujeres, ya que en estas ultimas es mayor la proporción que trabaja como obrera o empleada ( 76 % ), mientras que en los varones es mayor la proporción de cuentapropistas (21,5 %) y patronos ( 7,9 % ) .

Con respecto a la estabilidad de la ocupación, el 78,8 % de los varones y el 83 % de las mujeres tiene un trabajo permanente. El 10,3 % de los varones y el 13 % de las mujeres manifiesta tener un trabajo de duración desconocida, en tanto que el 9 % de los varones y el

4 % de las mujeres tienen un trabajo temporario. Solo el 1,6 % de los varones realiza changas.

La rama de Actividad que concentra mayor cantidad de ocupados es el Comercio: 4444 varones y 2469 mujeres trabajan en actividades relacionadas con el comercio. En los varones, le siguen en orden de importancia la Industria Manufacturera ( 19 % ), la Construcción ( 12,2 % ), el Transporte Almacenaje y Comunicaciones ( 12 % ) y luego, con menor participación la Administración Pública y Defensa, los Servicios Financieros y las Actividades primarias. En las mujeres, la enseñanza es la Rama que concentra la mayor proporción de Ocupadas ( 24,2 % ) y luego sigue el Comercio ( 21 % ), el Servicio Domestico ( 20,9 % ) y los Servicios Sociales y de Salud ( 10,5 % ).

### **Salarios**

El salario promedio de los ocupados es \$ 550,6. Al comparar este valor con los salarios promedio de los ocupados de los otros aglomerados bonaerenses, se observa que el salario de Olavarría es mayor que el de Mar del Plata, pero menor que en Bahía Blanca, Conurbano y Gran La Plata.

Al desagregar la información por sexo, se comprueba que en Olavarría los salarios de las mujeres son un 40% menores que los de los varones: el salario promedio de los varones es \$ 649,7 y el de las mujeres \$ 376,53. Este indicador está directamente ligado con el anterior , ya que la mayoría de las mujeres se desempeñan en el Servicio doméstico y enseñanza con medio tiempo de trabajo.,

### **Los desocupados**

El desempleo en Olavarría es 15,1 de la población económicamente activa. En números absolutos Olavarría tiene 5770 desocupados de los cuales 3125 son varones y 2645 son mujeres.

La tasa de subempleo es de 14%. Esto representa 4384 personas.

### **Situación educativa**

En este apartado se analiza la situación educativa de la población de Olavarría, en particular, la asistencia a la escuela de los chicos de 6 a 18 años, y el nivel educativo alcanzado por los adultos.

### **Tasas de asistencia escolar:**

En general, se puede afirmar que las tasas de asistencia escolar son similares a las de otros aglomerados de la provincia de Buenos Aires.

En el grupo de chicos de 6 a 13 años, el nivel de asistencia a la escuela es del 99%. En el grupo de 14 a 18 años, el nivel de asistencia desciende al 85,5%. En particular, se observa un descenso a partir de los 16 años, edad en la que la mayoría de los chicos han finalizado el ciclo de EGB.

Al analizar los datos según el quintil de ingreso per cápita familiar se observa que en el grupo de niños de 6 a 13 años, el nivel de asistencia a la escuela es del 97,7% en el primer quintil, mientras que en los otros cuatro quintiles el nivel de asistencia es del 100%. En el grupo de 14 a 18 años, el nivel de asistencia también aumenta a medida que aumenta el quintil: en el quintil de menores ingresos es del 79,1% y alcanza el 100% en el quintil de ingresos más altos.



**MEDIA DE NIÑOS SANOS BAJO CONTROL Y CONTROLES EFECTUADOS**  
Atención Primaria de la Salud. Olavarría (Bs. As.)

<b>AÑO</b>	<b>MEDIA ANUAL CONTROLES</b>	<b>CONTROLES EFECTUADOS</b>	<b>PROMEDIO CONTROLES POR NIÑO</b>
1992	1259	6141	4,87
1993	1112	6090	5,5
1994	1207	6196	5,1
1995	1043	6926	6,6
1996	1271	7150	5,6
1997	1404	6707	4,7
1998	1436	5853	4,0
1999	1467	6013	4,1
2000	1607	6010	3,7
2001	1709	7062	4,1
2002	1971	7505	3,8

**NIÑOS BAJO PESO BAJO CONTROL Y CONTROLADOS**  
Atención Primaria de la Salud. Olavarría (Bs. As.)

<b>AÑO</b>	<b>MEDIA ANUAL</b>	<b>CONTROLES EFECTUADOS</b>
1992	53	325
1993	52	322
1994	50	357
1995	46	334
1996	48	303
1997	50	228
1998	51	147
1999	50	193
2000	47	214
2001	57	173
2002	98	483

**EMBARAZADAS BAJO CONTROL**  
Atención Primaria de la Salud. Olavarría (Bs.As.)

<b>AÑO</b>	<b>MEDIA ANUAL</b>	<b>CONTROLES EFECTUADOS</b>	<b>PROMEDIO CONTROLES</b>
1992	S/R	1862	--
1993	223	2353	10,6
1994	216	2228	10,3
1995	244	2506	10,2
1996	264	2451	9,2
1997	314	2747	8,7
1998	307	2602	8,4
1999	306	2710	8,8
2000	301	2836	9,4
2001	348	3269	9,4
2002	423	3884	9,2

**PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNO PREVENIBLES**  
**Cobertura de vacunación del Partido de Olavarría (1984-2003)**

<b>AÑO</b>	<b>1º SAB Y CUAD</b>	<b>3º SAB Y CUAD</b>	<b>1º REF</b>	<b>1º BCG</b>	<b>1º T V</b>	<b>1º HEP B</b>
1984	84.2	68.8	70.6	99.1	77.1	
1985	88.8	68.6	54.4	69.1	69.7	
1986	99.1	67	56.1	69.8	54.3	
1987	84.3	70.8	46	81.3	77.8	
1988	95.1	77.5	41	80.3	88	
1989	70.3	65.2	45.9	23.1	55.7	
1990	105.7	97.6	82.8	102.5	110	
1991	87.9	87.6	64.8	93.8	103	
1992	97.3	96	89	102	102	
1993	95	93.5	93.5	99.4	99.3	
1994	95	91.9	86.2	98.7	113.1	
1995	99.3	92.3	85.3	102.2	112.7	
1996	85.9	80.5	84.1	83.6	107.3	
1997	98.5	94.1	84.5	96	112.7	
1998	100.7	96.5	99.1	90.9	359.3	
1999	99.5	90.3	90.5	95.4	101.9	
2000	105.6	105.1	103.8	104	85.3	
2001	98.3	103.2	109.8	101.3	107.5	35
2002	101.9	82.8	98.3	106.2	112.1	40.5
2003	94.5	95	99	99	95	92

Fuente: Ministerio de salud de la Pcia. de Buenos Aires

**TASAS DE MORTALIDAD COMPARADAS**  
**ARGENTINA (2001) –OLAVARRÍA, Bs. As. (2003)**

Tasa bruta de natalidad	Argentina	18,3
	Olavarría	19,1
Tasa bruta de mortalidad	Argentina	7,7
	Olavarría	9,2
Tasa de mortalidad infantil	Argentina	16,8
	Olavarría	6,9
% de muertes neonatales reducibles	Argentina	58,8
	Olavarría	59,0
% de muertes post-neonatales reducibles	Argentina	59,0
	Olavarría	50,0
<b>Tasa de Mortalidad Materna y peso del RN</b>		
Tasa de mortalidad materna	Argentina	4,6
	Olavarría	11,0
% recién nacidos con un peso < a 2500g.		7,8
		6,8
% recién nacidos con un peso < a 1500g.		1,2
		0,9

La tasa de Mortalidad infantil de Olavarría es casi 3 veces inferior al promedio nacional. El resto de las Tasas son similares, excepto la tasa de Mortalidad Materna. Creemos que la misma no es posible compararla dado el bajo valor del denominador en Olavarría (una sola muerte alcanza una tasa de casi dos dígitos, imposible de disminuir).

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación y Secretaría de Salud (Olavarría)

**TASA DE MORTALIDAD PERINATAL  
OLAVARRIA (Bs. As.), 1993-2003**

<b>AÑO</b>	<b>NACIDOS VIVOS</b>	<b>DEFUNCIONES FETALES</b>	<b>DEFUNCIONES 0-7 DIAS</b>	<b>MORTALIDAD PERINATAL</b>
1993	1853	15	10	13,4
1994	1786	13	13	14,5
1995	11766	13	12	14,2
1996	2064	13	11	11,6
1997	1686	5	7	7,1
1998	1986	10	8	9,1
1999	1998	13	12	12,5
2000	1988	16	15	15,6
2001	1809	13	14	14,9
2003	2025	13	8	10,4

No se incluyen registros de 2002 debido a problemas de registro, aunque los datos disponibles son similares al año 2003.

**FUENTE:**

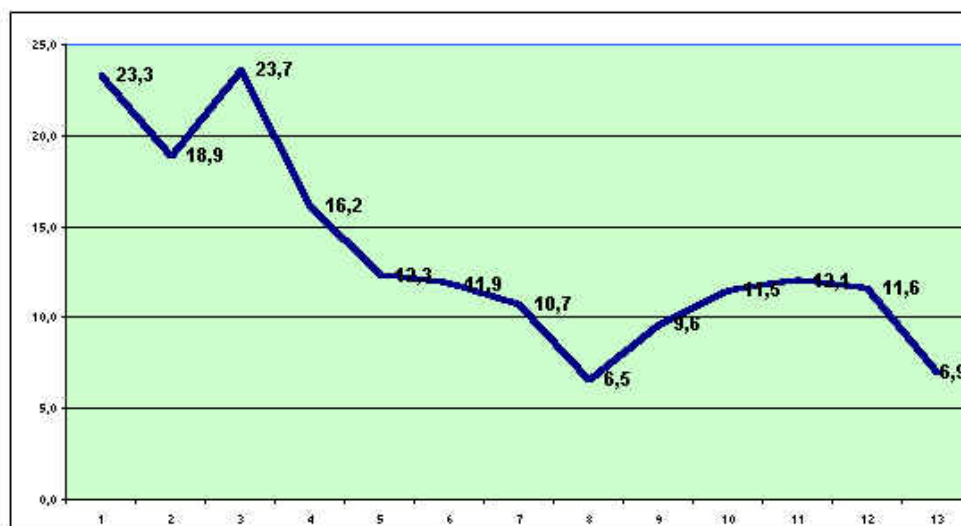
Ministerio de Salud de la Pcia. Bs. As.- Secretaría de Salud Municipalidad de Olavarría.

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DIFERENCIADA  
OLAVARRIA (Bs. As.), 1990 – 2003**

AÑO	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES MENORES DE 1 AÑO		TASA DE MORTALIDAD INFANTIL		
		0 - 28 DIAS	29 DIAS - 12 MESES	MORT. NEONATAL	MORT. POSNEO	TOTAL
1991	1973	28	18	14,2	9,1	23,3
1992	1959	18	16	10,7	8,2	18,9
1993	1853	16	14	8,6	7,6	16,2
1994	1786	18	4	10,1	2,2	12,3
1995	1766	13	8	7,4	4,5	11,9
1996	2064	14	8	6,8	3,9	10,7
1997	1686	10	1	5,9	0,6	6,5
1998	1986	12	7	6,0	3,5	9,6
1999	1998	16	7	8,0	3,5	11,5
2000	1988	18	6	9,1	3,0	12,1
2001	1809	16	5	8,8	2,8	11,6
2003	2025	12	2	5,9	1,0	6,9

Vale la misma aclaración que la tabla anterior para el año 2002 (Mortalidad infantil 10,2 ‰)

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL  
OLAVARRIA (Bs. As.), 1990 – 2003**



**PORCENTAJES DEFUNCIONES NEONATALES  
SEGUN GRUPOS DE CAUSAS, BASADOS EN CRITERIOS DE EVITABILIDAD  
OLAVARRIA (Bs. As.), AÑO 2003**

Causas defunciones neonatales	Nº	%
Reducibles por buen control de embarazo	3	25,0%
Reducibles por buena atención en el parto	1	8,3%
Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz	3	25,0%
Otras reducibles	0	0,0%
Parcialmente reducibles por buen control de embarazos	0	0,0%
No evitables	5	41,7%
Desconocidas	0	0,0%
<b>Muertes Evitables</b>	<b>7</b>	<b>58,3%</b>

**PORCENTAJES DEFUNCIONES POSNEONATALES  
SEGÚN GRUPOS DE CAUSAS, BASADOS EN CRITERIOS DE EVITABILIDAD.  
OLAVARRIA (Bs. As.), AÑO 2003**

Causas de defunciones post-neonatales	Nº	%
Reducibles por prevención	1	50,0%
Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz	1	50,0%
Otras reducibles	0	0,0%
Parcialmente reducibles	0	0,0%
No evitables	0	0,0%
Desconocidas	0	0,0%
<b>Muertes evitables</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>

## ESTADISTICAS BASICAS PERINATALES

Variable - Período	2000	2001-2003
Registrados por el SIP	1027	1816
Nacidos vivos >19 sem.	1015	1784
Bajo peso al nacer < 2.500	81 (8.0%)	121 (6.8%)
Muy bajo peso al nacer <1500	16 (1.6%)	16 (0.9%)
Nacidos muertos >19 semanas >499 grs.	8	11
Tasa de mortalidad fetal	7.0 ‰	6.0 ‰
Muertos después de nacer	6	6
Tasa de mortalidad neonatal precoz	5.0 ‰	3.0 ‰
Contribución del bajo peso a la mortalidad neonatal	83.3%	83.3%
Muertes fetales y neonatales	13	16
Tasa de mortalidad perinatal	13.0‰	9.0 ‰
Muertes maternas	1	2
Tasa de mortalidad materna	9.8‰	11.0 ‰

El bienio comprende del 01-06-01 AL 01-06-03 y se realizó con el objetivo de comparar ambos períodos. La diferencia en los n se debe a errores de registros, donde algunos ellos quedan en blanco por déficit de llenado de las HC o del registro en si.

### PARTOS: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS 2000-2003

Características	2000		Bienio 2001-2003	
	N	%	N	%
RPM > 24 hs.	29	2.9	67	3.7
Inicio no espontáneo	201	19.8	338	18.8
Prematurez < 37 sem.	104	10.2	168	9.3
RCIU (PEG < 10 centil)	84	8.3	184	10.2
Macrosomía (PEG > 90 centil)	79	7.8	146	8.2
Terminación espontánea	750	73.3	1351	75.3
Fórceps	5	0.5	9	0.5
Cesárea	266	26.0	432	24.1

La tasa de prematuridad supera en dos puntos la media nacional. El RCIU, como indicador más adecuado que la tasa de bajo peso al nacer de 2.500 gramos (ya que relaciona tiempo de gestación con peso alcanzado) muestra un compromiso mayor que el bajo peso al nacer en esta población. La principal causa de cesárea durante el año 2002 fue la iterativa (34.3%), el Síndrome Fetal Agudo con 12.7% seguido de la incompatibilidad cefalo-pélvica con 4.3%. Las presentaciones podálicas y transversas explicaron el 8% de las causas.

### CONTROL PRENATAL EVALUACIÓN DE CALIDAD EN LA CAPTACIÓN Y VACUNACION

Media de controles = 5.8	2000		Bienio 2001-2003	
	N	%	N	%
Con vacunación y control	971	95.3	1714	95.1
Sin control	48	4.7	89	4.9
1er. < de las 20 semanas	613	63.1	1033	60.3
1er. Entre 20-29 semanas	143	14.7	257	15.0
1er. > de la semana 30	45	4.6	89	5.2
Sin fecha	170	17.5	335	19.5
Sin vacunación ATT	85	8.3	175	9.7

El control prenatal tardío (después de la semana 20) alcanza el 20%, pero se mantiene un porcentaje superior al 95% de pacientes controladas. Es importante el porcentaje de cobertura de vacuna ATT (mayor al 90 %).



### CONTROL PRENATAL: EVALUACIÓN DE LA CANTIDAD 2000 y 2001-2003

N° de controles prenatales	N	2000	2001-2003	
		%	N	%
Uno	24	2.4	38	2.2
Dos	52	5.3	102	5.8
Tres	89	9.0	152	8.7
Cuatro	121	12.2	207	11.8
Cinco	135	13.7	264	15.1
Seis	153	15.5	266	15.2
Siete	151	15.3	266	15.2
Ocho	120	12.1	199	11.4
Nueve	126	12.7	220	12.6
<b>Total</b>	<b>971</b>	<b>100.0</b>	<b>1714</b>	<b>100.0</b>

La línea de base recomendada de 5 controles se acercó al 70%, lo que refleja un marco aceptable de control.

**MORBILIDAD MATERNA (2002 y 2001- 2003)**

Principales patologías	2000		Bienio 2001-2003	
	N=1019		N=1803	
	N	%	N	%
Con alguna patología	341	33.5	604	33.5
Hipertensión previa	11	1.1	32	1.8
Preeclampsia	21	2.1	51	2.8
Eclampsia	4	0.4	5	0.3
Cardiopatía	1	0.1	3	0.2
Diabetes	17	1.7	29	1.6
Infección urinaria	64	6.3	120	6.7
Otras infecciones	8	0.8	17	0.9
Parasitosis	3	0.3	5	0.3
Amenaza de parto prematuro	49	4.8	76	4.2
Desproporción cefalopélvica	15	1.5	20	1.1
Hemorragia primer trimestre	6	0.6	11	
Hemorragia segundo trimestre	2	0.2	4	0.2
Hemorragia tercer trimestre	14	1.4	20	1.1
Anemia crónica	89	8.7	144	8.0
Rotura prematura de membrana	30	2.9	69	3.8
Infección puerperal	1	0.1	6	0.3
Hemorragia puerperal	5	0.5	8	0.4

Treinta y tres de cada 100 pacientes presentaron alguna patología, siendo la APP y la anemia las principales patologías. En el caso de la anemia, resulta baja en relación a datos poblacionales de otros estudios. El cálculo de riesgo mostró que aquellas pacientes con infección urinaria presentaron un riesgo cuatro veces mayor a presentar APP en algún momento de la gestación (OR= 4.3, IC 95% = 2.5-7.4) , de forma que ambas tasas se encuentran asociadas.

**MORBILIDAD NEONATAL (2000 y 2001- 2003)**

Principales patologías	2000 N=1015		Bienio 2001-2003 N= 1784	
	N	%	N	%
Deprimidos leves	39	3.8	58	3.3
Deprimidos graves	7	0.7	13	0.7
Prematuros	103	10.1	165	9.2
Con alguna patología	90	8.9	120	6.7
Membrana hialina	3	0.3	3	0.2
Síndrome espirativo	3	0.3	3	0.2
Apneas	2	0.2	2	0.1
Otros S.D.R.	32	3.2	44	2.5
Hiperbilirrubinemia	28	2.8	41	2.3
Hemorragia	0	0	0	0
Infección	4	0.4	5	0.3
Neurológica	6	0.6	8	0.4
Defectos congénitos	17	1.7	19	1.1
Hematológicas	1	0.1	1	0.1
Metabólico nutricional	5	0.5	7	0.4
Otras patologías	10	1.0	14	0.8

La presencia de neonatos deprimidos no supera el 4%. Diez de cada 100 nacidos vivos presentaron alguna patología, entre las que se destacan los distres respiratorios. Cabe señalar que la edad gestacional media entre los casos de distres respiratorio fue de 35.1 , es decir, prematuros, versus 38.7 de los que no presentaron compromiso.

**CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE LA MADRE ADOLESCENTE (10-19) VS. MADRE ADULTA (20-35) . JULIO 2001 A JULIO 2003**

<b>Características</b>	<b>10-19 años</b>	<b>20-35 años</b>
Registrados por el SIP	372 (22.3%)	1269 (69.8%)
Nacidos vivos >19 sem.	366	1248
Bajo peso al nacer < 2.500 grs	40 (10.9%)	65 (5.2%)
Muy bajo peso al nacer <1500 grs	6 (1.6%)	7 (0.6%)
N.muertos >19 semanas >499 grs.	2	5
TM fetal	3 ‰	4 ‰
Muertos después de nacer	2	3
TM neonatal precoz	5.0‰	3.0‰
Contribución del bajo peso a la mortalidad neonatal	100.0%	75.0%
Muertes fetales y neonatales	4	8
Tasa de mortalidad perinatal	11.0‰	6.0‰
Muertes maternas	0	1
RPM > 24 hs.	17 (4.6%)	43 (3.4%)
Inicio no espontáneo	53 (14.4%)	239 (19.0%)
Prematurez < 37 sem.	50 (13.6%)	93 (7.4%)
RCIU (PEG < 10 centil)	37 (10.1%)	111 (8.9%)
Macrosomía (PEG>90 centil)	28 (7.7%)	104 (8.3%)
Terminación espontánea	283 (76.9%)	949 (75.7)
Fórceps	2 (0.5%)	6 (0.5%)
Cesárea	82 (22.3%)	298 (23.8%)

Clásicamente se ha considerado la edad materna como uno de los factores de riesgo de mal desenlace perinatal. Aquí en forma descriptiva se comparan para un mismo período y lugar las estadísticas básicas entre madres adolescente y adultas no añosas. Se pueden observar diferencias porcentuales en la tasa de bajo peso al nacer, prematurez y RCIU con mayores guarismos para las adolescentes. Sin embargo, los datos deben ponderarse para explicar los verdaderos riesgos de esta población.

**MORBILIDAD MATERNA SEGÚN EDAD DE LA MADRE  
JULIO 2001 A JULIO 2003**

<b>Morbilidad</b>	<b>10-19 años</b>	<b>20-35 años</b>
Embarazadas	370	1261
<u>Con alguna patología</u>	124 (34.1%)	400 (31.7%)
Hipertensión previa	4 (1.1%)	21 (1.7%)
Preeclampsia	10 (2.7%)	34 (2.7%)
Eclampsia	4 (1.1%)	1 (0.1%)
Cardiopatía	0	2 (0.2%)
Diabetes	1 (0.3%)	19 (1.5%)
Infección urinaria	30 (8.1%)	75 (5.9%)
Otras infecciones	7 (1.9%)	9 (0.7%)
Parasitosis	0	4 (0.3%)
Amenaza de parto prematuro	17 (4.6%)	47 (3.7%)
Desproporción cefalopélvica	4 (1.1%)	14 (1.1%)
Hemorragia primer trimestre	3 (0.8%)	7 (0.6%)
Hemorragia segundo trimestre	1 (0.3)	2 (0.2%)
Hemorragia tercer trimestre	3 (0.8%)	10 (0.8%)
Anemia crónica	24 (6.5%)	104 (8.2%)
Rotura prematura de membrana	20 (5.4%)	43 (3.4%)
Infección puerperal	2 (0.5%)	4 (0.3%)
Hemorragia puerperal	3 (0.8%)	4 (0.3%)

El 68,3 % de las embarazadas no presentaron en términos generales ninguna patología en las mayores, levemente superior a las adolescentes, sin embargo la anemia crónica, la patología más frecuente, es mayor en las adultas que en las adolescentes.

**CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD MATERNA  
JULIO 2001 A JULIO 2003**

<b>Controles</b>	<b>10-19 años</b>	<b>20-35 años</b>
Con algún control	353 (95.%)	1203 (95.4%)
Sin control	17 (4.6%)	58 (4.6%)
1er. < 20 semanas	214 (60.6%)	737 (61.3%)
1er. entre 20-29 semanas	44 (12.5%)	179 (14.9%)
1er. > semana 30	12 (3.4%)	69 (5.7%)
Sin fecha	17 (4.6%)	218 (18.1%)
Sin vacunación ATT	43 (11.6%)	115 (9.1%)

Es llamativo que ambos grupos presenten un perfil de control durante el embarazo muy similar, incluso con algunos indicadores más favorables a las adolescentes, como el control tardío o la falta de fecha en la historia clínica. Muestra este dato que el control de las adolescentes es mejor aún que el resto de las mujeres embarazadas, contradiciendo un mito instalado al respecto.

**MORBILIDAD NEONATAL SEGÚN EDAD MATERNA  
JULIO 2001 A JULIO 2003**

<b>Morbilidad</b>	<b>10-19 años</b>	<b>20-35 años</b>
Deprimidos leves	19 (5.2%)	33 (2.6%)
Deprimidos graves	6 (1.6%)	6 (0.5%)
Prematuros	49 (13.4%)	91 (7.3%)
Con alguna patología	26 (7.1)	82 (6.6%)
Membrana hialina	0	2 (0.2%)
Síndrome espirativo	0	3 (0.2%)
Otros S.D.R.	9 (2.5%)	34 (2.7%)
Apneas	1 (0.3%)	1 (0.1%)
Hemorragia	0	0
Hiperbilirrubinemia	7 (1.9%)	26 (2.1%)
Infección	0	4 (0.3%)
Neurológica	1 (0.3%)	6 (0.5%)
Defectos congénitos	5 (1.4%)	10 (0.8%)
Hematológicas	0	1 (0.1%)
Metabólico nutricional	4 (1.1%)	2 (0.2%)
Otras patologías	3 (0.8%)	7(0.6%)

Pueden observarse algunos resultados perinatales menos favorables a las adolescentes, como la mayor depresión neonatal o la prematuridad. El riesgo de bajo peso al nacer es mayor en este grupo de embarazadas, pero desaparece al considerar la adecuación ponderal y edad gestacional debido a las diferencias menores entre ambas tasas. No obstante, la

tendencia es a mostrar menor peso y tamaño corporal de los productos maternos en las madres menores de 20 años.

**ESTADO NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA**  
**Estado nutricional previo a la gestación y bajo peso al nacer**

**Método:** Cálculo del índice de masa corporal (IMC)

**Datos:** Talla actual y peso habitual preconcepcional

**Bajo peso al nacer:** < 2500 gramos

**Enflaquecida:** IMC: < 19.8

**Frecuencia de enflaquecimiento materno: 17.9% (datos del total de población estudiada N= 1584)**

**Frecuencia de bajo peso al nacer según enflaquecimiento materno**

Estado nutricional materno	Bajo peso al nacer (BPN)	
	SI	NO
Enflaquecida	32	245
No Enflaquecida	77	1205

% BPN en enflaquecidas: 29.0  
% BPN en No enflaquecidas: 16.0  
OR = 2.04 IC 95%: 1.32-3.15  
Fracción atribuible en la población: 14%

El estado nutricional puede ser evaluado mediante varios métodos antropométricos, Rosso Mardones, adecuación de peso a la mediana de talla por intervalos de edad gestacional, incremento de peso por percentilos , índice de masa corporal. Hemos seleccionado este último considerando el punto internacional de 19.8 previo a la gestación como indicador de emaciación o enflaquecimiento. Si bien el bajo peso al nacer es más frecuente en mujeres enflaquecidas, el porcentaje no es sustancialmente mayor en el contexto general de las embarazadas.

**TASAS COMPARATIVAS ENTRE DATOS NACIONALES , PROVINCIALES Y DEL SISTEMA DE SALUD PUBLICO DE OLAVARRIA**

**NACIDOS VIVOS REGISTRADOS SEGÚN EL TIEMPO DE GESTACIÓN. REPÚBLICA ARGENTINA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2001 Y HOSPITAL MUNICIPAL OLAVARRÍA 2002.**

División territorial	Pretérmino		Término		Postérmino		Sin especificar		Total
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	
Argentina	48353	<b>7.1</b>	58668	<b>85.8</b>	9453	<b>1.4</b>	39001	<b>5.7</b>	683495
Provincia de Buenos Aires	16841	<b>6.9</b>	204733	<b>84.0</b>	4948	<b>2.0</b>	17198	<b>7.1</b>	243720
Conurbano bonaerense	11830	<b>7.1</b>	137489	<b>82.7</b>	4225	<b>2.5</b>	12597	<b>7.6</b>	166141
Olavarría	97	<b>9.5</b>	888	<b>87.5</b>	10	<b>1.0</b>	20	<b>2.0</b>	1015

Los valores aumentados con respecto a pretérmino en Olavarría deben ser considerados teniendo en cuenta que es mucho menor el porcentaje sin especificar (2 vs. 7) que el resto de los sitios comparados.

**NACIDOS VIVOS REGISTRADOS SEGÚN EL PESO AL NACER. REPÚBLICA ARGENTINA, PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2001 Y HOSPITAL MUNICIPAL OLAVARRÍA 2002\*.**

División territorial	< de 1500 gramos		de 1500 a 2499 gramos		de 2500 a 2999 gramos		de 3000 y más gramos		Total
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	
Argentina	7554	<b>1.13</b>	71801	<b>6.24</b>	122354	<b>18.3</b>	497789	<b>74.2</b>	669498
Provincia de Buenos Aires	2900	<b>1.21</b>	15765	<b>6.57</b>	44888	<b>18.7</b>	176198	<b>73.5</b>	239751
Olavarría	16	<b>1.60</b>	65	<b>6.40</b>	200	<b>19.7</b>	733	<b>72.3</b>	1015

\*Se excluyeron los casos con peso al nacer sin determinar. Los porcentajes hallados son similares a los valores a nivel nacional y provincial.



**Nacidos Vivos registrados según la edad de la madre. República Argentina, Provincia de Buenos Aires 2001 y Hospital Municipal Olavarría 2002\*.**

División territorial	menor de 15 años		entre 15 y 19 años		de 20 a 34 años		de 35 y más años		Total casos
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	
Argentina	3022	<b>0.44</b>	97060	<b>14.33</b>	48768	<b>72.02</b>	89335	<b>13.19</b>	677101
Provincia de Buenos Aires	531	<b>0.22</b>	28992	<b>11.97</b>	177900	<b>73.44</b>	34807	<b>14.37</b>	242230
Olavarría	5	<b>0.5</b>	192	<b>18.9</b>	707	<b>69.6</b>	111	<b>11.0</b>	1015

\*Se excluyeron los casos con edad sin determinar.

Estas tablas presentan sumariamente los nacidos vivos clasificándolos de acuerdo al peso, la duración de la gestación y el factor de riesgo edad materna. Puede observarse que en términos generales la población de Olavarría asistida se enmarca dentro de las tasas nacionales y provinciales. Existen algunas diferencias, tanto a favor como en contra, pero limitadas a valores relativamente bajos. Un poco más alta resulta la tasa de adolescentes madres. Sin embargo, según los datos para la población total de Olavarría del año 2000, la Dirección de Estadísticas Provincial muestra un 12.2% de madres menores de 20 años. Existe entonces la posibilidad de un sesgo importante en la población asistida en el Hospital.