

zada al centro de salud del área u hospital de referencia. En caso de ser reactiva la embarazada, los agentes sanitarios incorporaban en un panel ad-hoc de su sector de trabajo, una bandera que identificaba la situación materna y hacían el seguimiento hasta el parto. A partir de este momento, al recién nacido se le practicaba una determinación serológica inicial y microhematócritos seriados en caso de tener clínica compatible. En caso de ser negativos los exámenes parasitológicos, al RN se le practicaban determinaciones serológicas al 2o., 4o. y 6o. mes de vida. En los dos años que hubo un seguimiento cercano de la experiencia, la incidencia de Chagas congénita fue de 0.9%. La misma fue baja en relación a la única experiencia sistemática realizada en Salta (4.0%), y atribuible fundamentalmente a un seguimiento irregular con una alta tasa de pérdidas maternas, alrededor del 70%. El análisis de este resultado, tuvo que ver con aspectos relacionados básicamente con la crisis del sistema de salud que operó en esos años, que incluyó medidas de fuerza que limitaron en más del 60% la capacidad operativa del sistema durante ese período.

Desde 1990 a 1996, a pesar de una notificación incompleta, el número de casos diagnosticados prácticamente se ha duplicado. Así, en diversas áreas operativas del interior como Cafayate, Rosario de Lerma, Chicoana, Guachipas, Cachi, Embarcación, Salvador Mazza, Tartagal, Orán, Metán, en este período diagnosticaron casos congénitos. A diferencia de la primera década, en que se diagnosticaron casos principalmente en los primeros meses de vida, en la actualidad la detección se hace en los primeros años de vida. Esto es posible, a que en las áreas de referencia desde hace más de una década, el índice de infestación triatomínea domiciliar es, en promedio, inferior al 2%. Esto indica, que en las áreas puede identificarse en primer lugar la condición de no infestación de las viviendas de los niños, la serología materna y luego el seguimiento efectivo de los lactantes hijos de madre chagásica.

Las perspectivas de la endemia provincial, aún cuando persistan zonas de riesgo entomológico, mientras se implemente la vigilancia en forma sistemática en las áreas rurales, son buenas. Luego, la transmisión materno-fetal del *T. cruzi* se irá constituyendo en el factor principal de la urbanización de la endemia en la población joven de los centros poblados de la provincia. Esto, está siendo confirmado de acuerdo a resultados preliminares de encuestas serológicas en escolares residentes de la ciudad de Salta (no publicado).

Aspectos socioeconómicos de las parasitosis

MR29. Análisis económico de programas de control: costos y asignación de recursos. MARÍA LAURA ESQUIVEL¹, SERGIO SOSA ESTANI² Y ELSA L. SEGURA²

¹Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health; ²CEDIE - ANLIS IDr. Carlos G. Malbrán»

La escasez de recursos impone la necesidad de hacer elecciones. Esto implica que hay que encontrar mecanismos para asignar esos recursos escasos de modo de lograr su utilización óptima. La esencia del análisis económico es la comparación de cursos de acción alternativos. Para las actividades, productivas o de consumo, del sector privado, la guía para la asignación de recursos está dada en el mercado por medio del sistema de precios relativos. Para las actividades del sector público, en las que usualmente se producen una o varias de las llamadas «fallas de mercado», esa asignación requiere técnicas de decisión, las cuales representan sólo una herramienta más en el proceso de toma de decisiones. A pesar de la importancia de otros factores, la estrategia preferible es usualmente aquella que produce el mayor impacto para un nivel dado de gasto. Este principio es la base del análisis sistemático de la asignación de recursos (análisis costo-beneficio (ACB), costo-efectividad (ACE), y costo-utilidad (ACU)). Esas técnicas son mecanismos que sirven para juzgar la eficiencia de los programas, dando una perspectiva comparativa de la utilidad relativa de las intervenciones. La diferencia entre ellas radica en la forma en que se expresan los efectos de los programas: valores monetarios, indicadores de efectividad o de utilidad (DALYs, QALYs). Estas tres técnicas no son excluyentes, y cada una de ellas presenta ventajas y desventajas: si bien ACB permite comparar programas con distintos objetivos, requiere valorizar tanto los costos como los beneficios en términos monetarios (¿cuál es el valor de la vida?) y elegir una tasa de descuento apropiada (análisis de sensibilidad). El ACE no requiere valorar los beneficios en términos monetarios (lo que implica determinar un indicador de efectividad adecuado que refleje todas las consecuencias de las distintas alternativas), pero sólo permite comparar programas con objetivos similares. Por último, si bien teóricamente las medidas utilizadas en el ACU incorporan todos los componentes que hacen al beneficio real de las actividades, es necesario determinar una medida de utilidad adecuada, válida y medible.

Por otro lado, la utilización de estas técnicas enfrenta diversos problemas operativos: es frecuente que la información sobre costos sea incompleta o inexistente, o que sea difícil asignar los costos conjuntos a las distintas actividades. Otro problema es la omisión de los costos soportados por las familias o comunidades cuando el análisis no tiene una perspectiva social. Los efectos o impacto de las actividades pueden ser difíciles de predecir o de medir. Hay también problemas para medir los beneficios intangibles, para lo cual se aplican usualmente el enfoque del capital humano o de «willingness to pay». Cuando los costos o los beneficios, o ambos, se producen durante sucesivos períodos de tiempo, es necesario determinar cuál es la tasa de descuento apropiada para calcular su valor presente y aplicar la técnica de ACB. Por su parte, ACE calcula el costo promedio sin tener en cuenta la escala, por lo cual es necesario realizar análisis incremental. Por último, es necesario tener en cuenta la presencia de externalidades, economías de escala y economías externas.

Como ejemplo de un inicio de análisis económico, el Proyecto María (Am J Trop Med Hyg, 46(4): 444, 1992) demostró que la vigilancia realizada mediante la estrategia de APS con tecnología apropiada (TA) tuvo un costo directo 3.5 veces menor a la estrategia con el programa de organización vertical. Esta información debería completarse con estimaciones de costos y beneficios indirectos para poder determinar el verdadero impacto desde una perspectiva social. Estimando el número de infectados y enfermos chagásicos que precisan atención médica, se gastarían en el país, en el sistema Público, alrededor de \$ 70.000.000 por año (costo de una consulta por paciente \$30), siendo este un costo parcial que no considera tratamientos o estudios especiales. Esto significa 4 veces el costo directo anual para las actividades de control y prevención de la transmisión de Chagas.

MR30. Particularidades sociales y económicas de la hidatidosis y otras zoonosis parasitarias en la patagonia argentina. JORGE ALFREDO IRIARTE

Departamento Zooantroponosis del Sistema Provincial de Salud. Moreno 555, (9103) Rawson, Chubut.

En la dilatada extensión de la Patagonia Argentina que con sus 787.054 km² cubre casi el 25 % de la superficie total del país, pastaban, según la encuesta Nacional Agropecuaria del año 1995 algo más de 9.000.000 de lanares que directa o indirectamente brindaban sustento económico a aproximadamente el 25 % de sus 1.478.138 habitantes (Censo Nacional de Población y Vivienda '91).

La hidatidosis, considerada la zoonosis más importante de esta región de la República Argentina, cuenta con una serie de características socioeconómicas que, de un tiempo a esta parte, vienen siendo observadas con gran interés por todos aquellos que desde distintos ámbitos técnicos y científicos intentan controlar esta peligrosa patología que, término medio y antes de la implementación de Programas Provinciales de Control, alcanzaban una prevalencia superior al 1% en niños en edad escolar en la mayoría de los establecimientos educativos patagónicos.

Sabemos que la hidatidosis, que no sólo afecta al ganado sino también al hombre, se contrae al ingerir alimentos, agua o tierra contaminados con huevos de la tenia *Echinococcus granulosus* cuyo hospedero definitivo, entre otros, es el perro.

Este trabajo intenta analizar las particularidades sociales y económicas que hacen a la vigencia de ésta zoonosis endémica para la región, zoonosis que como se recordará tiene en la secuencia oveja - perro - hombre su trilogía de sustentación y en la ancestral costumbre del hombre de campo de alimentar a los perros con vísceras afectadas por la enfermedad, su escollo más difícil de sortear.

El documento plantea también una serie de aspectos ligados a otras zoonosis, principalmente los relacionados con el elevado grado de urbanización que se está alcanzando en la provincias patagónicas y que podrían

estar trasladando a sus ciudades y pueblos patologías que durante muchas décadas pertenecieron exclusivamente al ámbito rural.

MR31. Chagas, mujer y derechos humanos. El caso de la provincia de Buenos Aires. MARÍA CRISTINA LINCHETTA.

Cátedra de Derecho Político. Fac. de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata.

«Suelen decir los hombres prudentes, y no a bulto ni sin mérito, que quien quiera ver lo que ha de ser, que considere lo que ha sido; porque todas las cosas del mundo tiene en todo tiempo su correspondencia con los antiguos tiempos. Lo que procede de que, al ser aquellas realizadas por los hombres que tienen y han tenido siempre las mismas pasiones, resulta de necesidad que les siga el mismo efecto.» (Nicolás Maquiavelo, Discorsi, III, 43).

La distribución de la riqueza entre las naciones, ha provocado y provoca una, cada vez más, acentuada asincronía entre lo económico y lo social. Se ha dicho que el Norte se extiende hacia el Sur, al propio tiempo que la Periferia -el Tercer Mundo, globalización mediante- penetra en las viejas sociedades industrializadas. Tal situación ha generado una degradación general de las condiciones de vida. Siendo una de las más castigadas, junto con la pobreza y el desempleo, la protección social.

Ante esta normalidad, criterios derivados de la bio-ética, que supone la priorización de la calidad de vida, revitalizan la problemática de la Salud, considerada como una forma de vida -éticamente considerada- en esta secuencia finisecular. Más allá de la problemática económico-financiera que pareciera guiar la razón de ser de gobernantes y gobernados, criterios de justicia y moral, obligan, entonces, a detenerse y repensar en pro -como dijo Juan Pablo II- de una cultura de la igualdad.

Desde la óptica de LA MUJER y de la serie de discriminaciones que padece -sobre todo en Latinoamérica- nuestro tema fue abordado en virtud de la consagración constitucional del derecho a LA SALUD y a la no discriminación. Institucionalización ésta que no lleva como lógico correlato la erradicación de las enfermedades, tampoco las endémicas, entre ellas el Chagas; como así tampoco, garantiza el trato igualitario en igualdad de situaciones. De modo que ello, significa casi someter a la condición de proscriptos a quienes lo padecen, a la par que aumentar la vulnerabilidad de la mujer, de no mediar acciones positivas que protejan al género.

Estas palabras no nacen de una apreciación particular o antojadiza, sino que constituyen uno de los corolarios a que se arribara en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (Copenhague, marzo de 1995). Vale decir, la necesidad vital de celebrar un nuevo contrato social como modo de erradicar la pobreza, el desempleo y la injusticia social.

Boutros Ghali, en uno de los discursos pronunciados en la mencionada Cumbre, sostuvo que «No existe ningún grupo que ilustre estos tres temas de la confe-