

MAR



AÑO 4

Nº 12 -

DICIEMBRE 1984



**ORGANO
DE LA
SOCIEDAD
DE
MEDICINA
RURAL
DE LA
PROVINCIA
DEL
NEUQUEN**

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús





**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE

Dr. Rodolfo Arienti

SECRETARIO

Dr. Alejandro Gonzalez

Vottero

TESORERO

Dr. Jorge Gorosito

DIRECTORA DE

PUBLICACIONES

Dra Adriana Marcus

VOCALES

Dr Dudnik

Dra Ana M. Lis

Dr Juan Jose Servidio

Dr Pedro Zubizarreta

MR

DIRECTOR

Dr. Malcolm Elder

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Miguel Irigoyen, Dr. Jorge

Gorosito, Dr. Armando

Calá Lesina, Dr. Rodolfo

Arienti, Dra. Marta González

Dr. Arturo Garrillo. ASESORES

CIENTIFICOS: Dr. Horacio

Lores, Dr. Norberto Kurchan,

Dr. Julio Raby, Dra. María

Elena Chiesa, Dr. Julio Arce,

Dr. Daniel Etcheverría, Dr. Carlos

Pianciola, Dr. Mario Borini, Dr. Julio

Monsalvo

Reg. Prop. intelectual N° 191116

Dirección Postal - C.C. 705

(8300) NEUQUEN

DISTRIBUCION GRATUITA

Impreso en:

GRAFICA MODELO

Mitre 536 - T.E. 22690 NEUQUEN

MIR

INDICE

— EDITORIAL.....	1
— CRONICA DE LAS JORNADAS.....	2
— DISCURSOS.....	2
— ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN.	6
Dr. Osvaldo Pellin Dr. Alejandro Ferrari Dra. Monica D. de Boiocchi Dr. Manuel Lezcano	
— EL EQUIPO DE SALUD Y LA COMUNIDAD UNA EXPERIENCIA NEUQUINA EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL	43
Dr. Luis Wille Arrue Lic. Ricardo Musso Dr. Lorenzo Manera Dr. Ricardo Cicerchia Eladio Vidal Herminio Casanova Flaminio Muñoz	
— CONCLUSIONES DEL 1° ENCUENTRO PROVINCIAL DE ODONTOLOGOS.	53
— CONCLUSIONES DEL 1° ENCUENTRO PROVINCIAL DE BIOQUIMICOS.	58
— RELATOS GRUPALES Y PERSONALES.	59
— RESUMEN ESTADISTICO DE LAS JORNADAS.	103
— ANECDOTARIO.	106
— HOMENAJES	107

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores.

MR no hace suyas necesariamente las opiniones vertidas en los mismos.

EDITORIAL

Con una excesiva demora MR llega a sus pacientes lectores y amigos, al cumplir cuatro años de existencia. Hubiéramos querido salir con mayor asiduidad y evitando intervalos grandes entre cada número, y sería cargar las tintas si entráramos en detalles sobre los motivos. Sin embargo podemos sintetizar nuestras dificultades en dos aspectos: primero que MR se hace "a pulmón", con pocas personas, ocupando tiempo extralaboral; y segundo, la situación económica e inflacionaria incide sobre nuestros costos haciendo que aun resulte difícil cubrirlos con los fondos provenientes de nuestras cuotas societarias, colaboración publicitaria, y la generosidad de nuestros suscriptores voluntarios.

Este número pretende ser presentado como las Actas de las Primeras Jornadas Interprovinciales de Atención Primaria de la Salud, que tanto interés generaron en todo el país, realizadas en la primera semana de abril de 1984. Incluímos a dos de los temas centrales, y los relatos presentados, algunos en forma completa y otros en su versión resumida por los autores. Este evento científico congregó a representantes de dieciséis provincias y visitantes de Uruguay, Chile y Paraguay, duplicando el número de participantes previamente estimado. Prestigiaron estas jornadas relevantes figuras, entre otras el Dr. Abraam Sonis, el Dr. Nestor Perrone, el Dr. Francisco Mardones Restat (Chile), y el actual Ministro de Salud y Acción Social, el Dr. Aldo Neri. La SMR ha intentado dinamizar la alternativa de la Atención Primaria de la Salud, una estrategia y una opción de justicia social a la cual nos hemos adherido. Estas Jornadas han permitido el encuentro e intercambio de trabajadores de la Salud y del campo social, y no podemos más que estar agradecidos a todos los que concurrieron, algunos de lugares bien lejanos, a todos los que con su esfuerzo y apoyo hicieron de las mismas un éxito. Nuestra SMR se compromete a apoyar fervientemente la realización de las Segundas Jornadas y lanza el desafío ¿Cuál será la Provincia que recoja el guante?

La SMR ha sido desde sus comienzos un ámbito para la expresión de ideas y el desarrollo de prácticas que, en definitiva apuntan no sólo a sus objetivos intrínsecos sino también al apuntalamiento de las formas más elevadas de la protección de la dignidad de las personas, la comunidad y sus instituciones. Así es como la SMR como una de las entidades de profesionales convocantes, participó del Acto y la Marcha por la Vida, la Paz, la Justicia y la Democracia realizada el 16 de octubre de 1984 en Neuquén. Más de cuatro mil personas se reunieron y marcharon esa fría y ventosa noche con un alto espíritu de motivación, por la Avenida Argentina desde el monumento a San Martín hasta el Monumento a la Madre y regreso. Adhirieron Partidos Políticos, Organizaciones Gremiales, Sociedades de Profesionales, Organismos de los Derechos Humanos, convocados por las Asociaciones de Profesionales de los distintos Hospitales, Sociedad de Medicina Rural y Federación Médica Neuquina. Reafirmamos en esta página el compromiso perseverante en nuestro trabajo diario, acción y pensamiento puesta al servicio de estos propósitos, y manifestado en el ámbito específico, el derecho de la Salud, Salud Integral para todos, seguirá siendo motivo principal de nuestro accionar.

MR tiene la obligación y la necesidad de recordar a tres compañeros y amigos que se fueron este año. "Cotico" Cuevas, uno de nuestros socios fundadores, falleció en julio a los 34 años. Conocido y querido por todos, desde el anónimo poblador cordillerano hasta la autoridad más relevante, brindó su sapiencia y bonhomía en distintos puntos de la provincia, y a la SMR, numerosas e interesantes iniciativas. Con unas breves líneas, un colaborador expresa nuestro sentir y recuerdo para con Cotico. No menos dolorosa es la referencia al trágico accidente ocurrido con el avión del vuelo sanitario del 12 de septiembre de 1984 que despegaba desde Chapelco, donde venían Mario Centeno, 22 años, camillero del Hospital Regional Neuquén, y Carlos Potente, 27 años, médico residente, trayendo un lactante enfermo, su madre y hermano. Junto con los dos pilotos, Reguera, y Bosch, todos fallecieron. Hemos recordado en esos momentos, los innumerables vuelos sanitarios que hemos vivido en estos años, ya como médicos residentes, ya como médicos en el interior de la provincia, ya como responsables del traslado y en todo ello quisiéramos desterrar cualquier aspecto heroico y efímero de este trabajo, de este servicio. Pero duele, y la tentación es grande..., también lo es para señalar la falla técnica, la falla humana, pero nuestras páginas quieren ser iluminadas con otras facetas de estas jóvenes vidas. Para ellos dedicamos entonces este número de MR.

LA DIRECCION

DISCURSO DEL MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN LUIS JULIAN JALIL

"Hace quince años, nuestro gobierno, conciente de la grave situación sanitaria que ubicaba a la Provincia del Neuquén en los últimos lugares del país, con los peores indicadores y muy escasos recursos, puso en marcha un Plan de Salud nutrido por una firme decisión política dispuesta a impulsarlo para revertir tal situación, e implementado por un grupo técnico de relevancia que le dio solidez científica y continuidad."

"Se otorgó ya por entonces una prioridad fundamental a la Atención primaria, base de nuestro plan, con acciones que permitieron llegar a la población de la Provincia con la cobertura indispensable, debiendo destacarse las actividades de Maternidad e Infancia que tanta importancia han tenido y con las cuales, al cabo de sólo dos años, se logró reducir la Tasa de Mortalidad Infantil en más de 50 puntos".

"En 1970 esta Tasa era superior al 100 por mil, los servicios de salud muy escasos y desordenados, las acciones de tipo preventivo mínimas y discontinuas, el personal insuficiente en número y capacitación y el saneamiento ambiental prácticamente inexistente".

"A partir de ese año se desarrolló un fenómeno que ha llamado la atención de muchos expertos de nuestro país y del extranjero, puesto que tan grave situación cambió positivamente en muy poco tiempo".

"Neuquén dejó los últimos lugares y pasó a ser punto de referencia, área de estudio de muchos interesados en el tema y un lugar de trabajo deseado para muchos profesionales que encontraban aquí un sistema que les permitía desarrollarse y vivir dignamente".

"Un aspecto importante del Plan fue la creación en 1974 de la RESIDENCIA EN MEDICINA GENERAL, destinada a capacitar a los médicos para el desempeño de su función en lugares con características muy particulares. De esta residencia egresaron hasta la fecha 64 profesionales, la mayoría de los cuales están aquí presentes".

"A estos médicos Neuquén no les ofreció solamente la Residencia, sino que al finalizar las mismas ingresaron todos en el sistema de salud y continuaron trabajando en la provincia, siendo ésta una característica única en el país en los programas de formación de residentes".

"De éstos surgió la Sociedad de Medicina Rural, entidad que hoy organiza estas jornadas de Medicina Rural y Atención Primaria, con la grata concurrencia de tantos participantes provenientes de

distintos lugares de nuestra patria y que cuenta además con la distinguida presencia de autoridades nacionales e internacionales del área".

"El Gobierno del Movimiento Popular Neuquino, ha dado hoy a la salud la misma prioridad que le otorgó hace 15 años, porque sin ella no son posibles el desarrollo del hombre y la justicia social. Sin embargo la situación actual es muy diferente de aquella. El país ha sufrido un enorme deterioro, moral, social y económico, del cual será difícil recuperarse. Todos estos factores tienen amplia repercusión sobre la SALUD. Ya no se trata de combatir solamente patologías altamente vulnerables, las que, afortunadamente, en su mayoría están bien controladas en nuestra provincia. La SALUD está fuertemente condicionada por la miseria, la desocupación, el hambre, la carencia de vivienda y de servicios básicos".

La época de la trágica dictadura signó para el futuro años de dolor que entre todos debemos revertir para que nuestra patria vuelva a encontrarse con la paz, la prosperidad y la felicidad".

"En ese contexto también el Sector SALUD debe jugar un rol de trascendencia. Ya no es posible concebirlo como un compartimento estancado. Debe hacerse realidad una efectiva coordinación multisectorial que permita tratar los problemas del hombre de hoy con medidas realmente apropiadas y eficaces. Para ello hace falta comprender acabadamente cómo influyen los factores sociales y económicos sobre el fenómeno de la salud, y conocer con rigor científico el correcto tratamiento de los problemas de la comunidad".

"El estudio de la Atención Primaria debe ser un tema fundamental puesto que con ella es posible, mediante acciones que tengan una debida "penetración social" y que faciliten una justa distribución de los recursos, llegar a todos los habitantes y en especial a los grupos más necesitados".

"Dentro de un sistema bien equilibrado, ese primer nivel de atención, realizado en contacto íntimo con la comunidad y estimulando la participación de ésta, debe ser de alta jerarquía".

"Por todo lo dicho consideramos a esta Jornada como de gran importancia y es nuestro deseo que durante el transcurso de las mismas se obtengan conclusiones que puedan ser aplicadas para el perfeccionamiento de la Atención de la Salud".

"Señores: con gran satisfacción declaro inauguradas las Jornadas de Medicina Rural y Atención Primaria y les deseo mucho éxito y una buena estadía en nuestra Provincia".

DISCURSO DE MIGUEL IRIGOYEN

PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL DEL NEUQUEN

NEUQUEN, 5 de abril de 1984.

Señores:

Los miembros de la Sociedad de Medicina Rural nos sentimos satisfechos y agradecidos por la presencia de Uds. en estas jornadas.

Me ha correspondido a mí, en esta ocasión, darles la bienvenida y desearles una feliz y fructífera estadía en la provincia del Neuquén.

La SMR fue fundada el 21 de Abril de 1979, podríamos ver en esta reunión, como una forma más que halagueña de festejar su 5° Aniversario.

Desde sus comienzos orientó su accionar hacia el desarrollo del MEDICO GENERAL, por ser este el recurso adecuado para llevar a cabo, junto con los demás miembros de Equipo de Salud, la Atención Primaria de la Salud, este médico general es el que puede con buena calidad, y utilizando la tecnología adecuada, favorecer la accesibilidad a toda la población a los Servicios, y ejecutar las acciones básicas de Salud, aceptadas por la Comunidad, y con su participación para el mantenimiento de la Salud.

Así, la SMR se ocupó de desarrollar el material científico adecuado a ésta práctica. Se comenzó con la confección de cuadernillos que se enviaban a todos los puntos de la Provincia, luego fueron casetes. Simultáneamente se fundó la revista MR, que fue creciendo hasta el presente, en que es un orgullo de la SMR.

La organización anual de Jornadas Científicas, para tratar temas de APS, fue un objetivo inquebrantable hasta hoy, que volvemos a reunirnos en compañía de todos Uds..

La SMR ha mantenido permanente contacto con la comunidad científica, estrechando vínculos con todos los profesionales y técnicos que brindan sus esfuerzos para la Salud de la Población (Colegios Médicos, Colegio de Asistentes Sociales, Colegio de Psicólogos, Sociólogos, Antropólogos, etc) de nuestro país y algunos países de América.

La incorporación a la Sociedad Médico Científica de Río Negro y Neuquén, los aportes y actividades con la Biblioteca y Centro de Documentación y Ciencias Biomédicas, los trabajos de Investigación y docencia realizados con algunos departamentos de la UNC, hablan de la constante actividad científica de la SMR.

La relación con las Autoridades Provinciales es fluida y debemos agradecer en este momento, el aliento y apoyo recibido de las mismas.

La SMR, junto con el resto de las Asociaciones Médicas ha aportado con entusiasmo ideas toda vez que ésta fue requerida o lo consideró necesari-

o; aun cuando, como en épocas del pasado reciente, estas provocaban irritación o gestos agresivos.

Actualmente se trabaja sobre un proyecto de Ley de Carrera Sanitaria Provincial cuya sanción, es ya impostergable. La documentación sobre este tan importante instrumento legal se encuentra avanzada, y su puesta en vigencia representa un anhelo de los médicos de la Provincia. Deseamos puedan todas las provincias brindar este instrumento a sus trabajadores de la Salud.

Nuestra Sociedad ve que los recursos que destinamos nuestro país a la salud, y principalmente a la enfermedad de la población, son cifras muy importantes, estos recursos deben ser administrados de manera que incluyan a todos los sectores, en una política de prestaciones que no establezca diferencias, ni marque privilegios entre los habitantes de nuestra patria. La idea de un Seguro Nacional de Salud, debe ser impulsada.

Nuestra Universidades deben incorporarse a estos ideales, abandonando el cientificismo elitista, para formar profesionales que posean la mejor técnica e información científica, y un conocimiento acabado de la realidad y la problemática de nuestro país; para que puedan asumir así, un compromiso vital con el mismo. La Universidad debe crear cursos intermedios en corto plazo, para brindar posibilidades a los jóvenes, y soluciones a las necesidades de la población. Para ello, en Neuquén, la UNC ha demostrado tener sus brazos abiertos.

Los fondos para investigación deben llegar también al interior del país.

Nuestros gobiernos democráticos deben sentar bases para un verdadero cambio, y abrir las puertas a la participación comunitaria organizada, en el sentido más amplio, y sin temores. Esto llevará a asumir a la Salud como un Derecho y una Responsabilidad.

En este marco de acciones, la legislación debe colocar definitivamente al Medicamento en su rol de Bien Social.

La APS es una estrategia válida, a cuya modalidad no debe dejar de unirse un contenido político que esté profundamente ligado a los logros de justicia Social que todos anhelamos para nuestra patria.

La Provincia en su momento tomó esa decisión política, y hoy está orgullosa de ello, animando a las demás provincias argentinas y países latinoamericanos a seguir este camino.

Esta Semana de Solidaridad Latinoamericana, que incluye el Día Mundial de la Salud y nuestro 2 de abril, es un marco propicio para que trabajemos por la Salud de nuestros pueblos.

Sres. gobernantes, amigos, hermanos de América gracias por estar con nosotros.

CRONICA DE JORNADAS

En el mes de abril de 1983 la Comisión Directiva de nuestra Sociedad decidió la organización de las Cuartas Jornadas Provinciales de Medicina Rural. También se resolvió extenderlas al ámbito nacional, bajo la denominación de Primeras Jornadas Interprovinciales de Atención Primaria de la Salud.

Dada la magnitud que implicaba la organización de un evento de este tipo, se designó una Comisión "ad-hoc", conformada por los socios Rodolfo Arienti, Malco Elder, Jorge Gorosito, Walter González, Miguel Irigoyen, Marcelo Bortman y Juan José Servidio. Se le confirió a esta Comisión plenos poderes en todo lo atinente a la organización, respondiendo directamente ante la Comisión Directiva.

La primera reunión de la Comisión Organizadora se produjo en la segunda quincena del mes de abril de 1983. Se fijaron los objetivos que justificaban la organización de las Jornadas, y se tomaron dos decisiones en consonancia con el espíritu participativo que siempre guió a nuestra Sociedad: la Comisión no tendría autoridades formales, compartiendo todos sus integrantes el mismo grado de responsabilidades, y se solicitó a todos los socios que enviaran, a través de los vocales, propuestas de temas para ser tratados en las Jornadas.

Los objetivos fijados fueron: a) continuidad de nuestro máximo evento científico anual, b) hacer conocer el accionar de nuestra Sociedad en el ámbito nacional, c) promover un foro de reunión y discusión para todos aquellos profesionales de la Salud interesados en la Atención Primaria.

La consulta a los socios resultó en el aporte de 34 temas sugeridos. Los mismos fueron consolidados en un temario de 5 puntos, que fue elevado para la aprobación de la Comisión Directiva, junto con la propuesta de la fecha de realización (5 al 8 de octubre), y la sede (San Martín de los Andes).

A continuación la organización se dividió en dos áreas: la científica y la de infraestructura. Para la primera se designaron los coordinadores de cada tema, a los cuales se brindó lineamientos básicos dentro de los cuales tenían amplias facultades para la elección de los panelistas y formas de desarrollo de los temas. La Comisión Organizadora se abocó de lleno a la labor restante.

Como uno de los temas a desarrollar era el de "Políticas Nacionales de Salud", se contactó a los principales dirigentes del área en los partidos políticos mayoritarios. De resultados de estos encuentros surgió la inconveniencia para estos dirigentes para concurrir a estas Jornadas dada su proximidad con la fecha dispuesta por el Gobierno Nacional para las elecciones generales; 30 de octubre.

Por ese motivo se decidió cambiar la fecha a los días 7 al 11 de diciembre, y dado que la época del año lo permitía, realizarlas en el complejo turístico de Caviahue.

A fines de julio se concretó otro viejo anhelo de nuestra Sociedad: aunar a toda la familia de profesionales de la Salud. Es así que se decidió realizar conjuntamente con las Jornadas el Primer Encuentro Provincial de Bioquímicos y el Primero de Odontólogos.

Confirmada la disponibilidad de toda la capacidad hotelera de Caviahue, en los primeros días de setiembre se realizó la difusión a nivel nacional, enviándose 1500 afiches y notas-invitación a todos los establecimientos asistenciales oficiales del país. Ya se habían incorporado a la Comisión Organizadora la mayoría de los residentes de Medicina General del Hospital Neuquén.

Para la primera semana de noviembre estaban listos todos los preparativos. Es de destacar el invaluable apoyo recibido del Gobierno Provincial, en especial la Secretaría General y Ministerio de Bienestar Social, apoyo que continuó y aún se acrecentó tras la asunción de las autoridades constitucionales.

Estaba visto que estas Jornadas iban a ser un compendio de todas las tradiciones societarias. Así, el adelantamiento de la fecha de asunción de las autoridades electas el 30 de octubre y su coincidencia con la fijada para la Jornadas, obligó a la postergación de éstas a sólo 20 días de su inicio, después de 7 meses de ardua labor.

El resto del mes de noviembre se nos fue en las comunicaciones de la postergación, y recién a fin del mes de enero de 1984 recibimos la confirmación de la participación del Dr. Aldo Neri en la fecha tentativamente fijada: 5 al 8 de abril de 1984.

Teniendo en cuenta el escaso tiempo disponible, y dado que en esa fecha se corría el riesgo de tener inconvenientes climáticos en Caviahue, se decidió cambiar la sede a Neuquén Capital.

Marzo fue un mes de intenso trabajo para ajustar todos los detalles, y los días 5, 6 y 7 abril se concretaron las ansiadas Jornadas. El predio de la Sociedad Española fue un digno marco, egalanado por días de características primaverales, donde 300 profesionales se dieron cita para participar de estos eventos. Catorce provincias representadas, delegados de 3 países limítrofes, 26 temas libres presentados, jornadas de trabajo desde las 9 a las 22 hs, son una prieta síntesis del éxito alcanzado.

Para quienes tuvimos el grato honor de constituir la Comisión Organizadora, esos 3 días fueron la respuesta a 1 año de trabajo, y nos sentimos con derecho de decirles a nuestros compañeros que confiaron en nosotros: MISION CUMPLIDA.

DECRETO N° 0487

NEUQUEN, 22 de Febrero de 1.984

VISTO:

Que la SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA RURAL DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN organiza las "PRIMERAS JORNADAS INTERPROVINCIALES DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y CUARTAS JORNADAS PROVINCIALES DE MEDI-

área, y como decíamos anteriormente se dá cabida de este modo en los Ateneos del Servicio. Finalmente nos habíamos propuesto mejorar la relación médico-paciente, por supuesto que esto no lo podemos evaluar, al día de hoy podemos decir que nosotros hemos encontrado a lo largo de estos tres años, médicos que se inclinan por la atención pediátrica primaria en los Centros de Salud, aún en desmedro o sin tanta coherencia, con su formación previa se encuentran cómodos, están trabajando bien y piden quedarse en los Centros de Salud, la carga de trabajo se redistribuyó en forma mas o menos homogénea, y si bien hay Centros que en forma absoluta trabajan más que otros Centros, allí van más médicos a atender. Pudimos hacer entonces la carga de consulta por médico y por Centro en forma o menos homogénea. Con respecto al controlado de los datos se hace en el servicio de pediatría, que maneja estas cifras y si bien nuestro objetivo, como les decía, era mejorar la relación médico-paciente, y si bien no lo podemos saber muy bien, si lo hemos conseguido o nó. Lo que sí hemos encontrado, algo que no nos habíamos propuesto de entrada y que es la creación de un sistema de vigilancia epidemiológico del crecimiento y el desarrollo de estos niños menores de dos años, de toda la provincia, prácticamente, o sea que son 17.000 menores de dos años de los cuales hay 12.000 que reciben este tipo de prestaciones y frente a las cuales tenemos un registro homogéneo, un diagnóstico basado en una definición operativa o sea que tenemos cifras mas o menos comparables y que Uds. van a advertir cuando se expongan los resultados.

Bueno, y ahora pasaríamos al sistema de registro, describiendo la H.C. pediátrica que se lleva a cabo en los Centros de Salud. Esta es la primer hoja de la H.C. pediátrica que está hecha en un material consistente es una cartulina dura que aguanta el manipuleo, el ajeteo de esta Historia y que de alguna manera está hecha de tal modo que casi con total seguridad va a poder alcanzar esta sola, sus ocho hojas a todo el seguimiento longitudinal de los primeros dos años. No hay nada que agregarle, ni hojitas mal prendidas que se pierden ni nada y si bien su costo es algo alto porque es una hoja de cartulina, todo parece indicar que se adapta a nuestros fines. La primer hoja seguramente puntualiza los datos personales del chico y de la familia, valorando los factores de tipo biológico, de tipo social y de tipo ecológico, que nos están permitiendo, en este momento extraer de aquí esos factores para relacionarlos con los desvíos del desarrollo y los desvíos de la desnutrición que se produzcan, de la nutrición hacia la desnutrición.

Tenemos arriba, no les voy a leer exhaustivamente, pero les voy a leer algunos de estos factores para que los que no los pueden ver de lejos, son los siguientes: el responsable familiar, que es el que subviene a las necesidades económicas del grupo. El parentesco que tiene ese responsable familiar la edad, su ocupación, el tipo de ocupación, el nivel de instrucción que tiene y las observaciones que se pueden hacer con respecto a ese dato.

Después el nombre de la madre, su nivel de instrucción, si trabaja fuera del hogar en una tarea remunerada, el cuidado de los niños, quién lo realiza, las tareas en el hogar, si las realiza sin ayuda o con

ayuda, el número de gestas, la paridad, hijos menores de 5 años fallecidos, la causa.

Ustedes ven, está todo dirigido a poder encontrar los factores de riesgo, hijos menores de 5 años que viven actualmente, resultado del embarazo anterior, si fue un aborto, un nacido muerto, un nacido vivo, si vive o no vive, el último producto de la gestación, si amamantó al último hijo y cuánto tiempo, el embarazo actual, si lo controló, etc.

Después viene los datos sociales de la vivienda, los datos de saneamiento y los antecedentes patológicos que pudiera haber en el grupo familiar. Finalmente en las observaciones el médico firma la historia y coloca una impresión acerca de la relación que ha tenido en ese momento, lo que le impresiona el miembro informante en ese momento que generalmente es la madre, como ustedes ven esto llenarlo bien requiere una actitud, es decir, primero tener un poco de tiempo interior para realizarlo y después tener cierta tranquilidad para llenarlo y es un buen medio, es un buen instrumento para que el que lo quiera aprovechar establezca desde esa primera consulta que es un momento sumamente sensible para la relación médico paciente justamente una buena relación.

La segunda hoja está dividida en dos una parte donde se evalúan las cuatro áreas ya conocidas sobre el desarrollo psicomotor, conducta motriz, in tersensorial, la del lenguaje y la conducta social, donde en cada uno de los controles médicos del primero y segundo año, el médico debe marcar en cada uno de estos casilleros con un signo mas (+) en caso de que esto que se pregunta este presente o con un signo menos (-) si no esta, el desarrollo psicomotor del niño y luego la segunda parte, la evaluación del control, que esto lo tiene que llenar al 6°, al 12° y al 24° mes, el médico encargado, el médico pediatra encargado de ese centro, debe llenar y revisar todas la historias clinicas de los chicos recientemente ingresados en ese mes entonces allí ustedes ven la evaluación del control, cómo se toman distintos parámetros de eficiencia, como por ejemplo los de captación óptima, los de captación eficiente y los de captación tardía, esto también tiene una definición operativa así la de captación óptima es aquella captación que se realiza antes del primer mes de vida, la eficiente antes que se cumpla el segundo mes de vida y la tardía después. Los controles: si son adecuados, inadecuados, o deficientes

Después vienen las vacunaciones si son completas o si son incompletas, habla de esquemas vacunales total, es decir, de todas las vacunas que deben aplicarse al niño, si las tiene todas sería completa, si falta una dosis de cualquiera de las inmunizaciones, es incompleta. El estado nutricional si es eutrófico, desnutrido de primer grado, desnutrido de segundo grado, denutrido de tercer grado, de acuerdo a la clasificación de Gómez que cada vez que se evalúa se hace un corte, si el chico no concurre a control, y no está registrado el peso, el último peso en la historia clinica se coloca un "se desconoce", nosotros en este momento ya nos vamos enfrentando con un cúmulo grande, ya les va a explicar esto el Dr. Ferrari, "se desconoce", donde vamos a tener que ir discriminando de ese grupo, donde se desconoce cuántos son los que son desnutridos y no han vuelto. Después viene natología ambu-

CINA RURAL", las que se realizarán en la Ciudad de Neuquén los días 5, 6 y 7 de Abril de 1984; y

CONSIDERANDO:

Que este evento científico es de importante trascendencia para la Salud Pública Provincial y Nacional.

Que el término a desarrollar interesa a la política de salud por abordar basicamente aspectos referidos a la atención primaria, prioridad fundamental del Gobierno Provincial;

Por ello y en uso de sus atribuciones;

Artículo 1°: AUSPICIASE Y DECLARASE de interés provincial a las "PRIMERAS JORNADAS INTERPROVINCIALES DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD Y CUARTAS JORNADAS PROVINCIALES DE MEDICINA RURAL", las que se realizarán en la Ciudad de Neuquén los días 5, 6 y 7 de Abril de 1984.

Artículo 2°: El presente Decreto será refrendado por el Señor Ministro de Bienestar Social.

Artículo 3°: Comuníquese, publíquese, dése al Boletín Oficial y archívese.

ES COPIA

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DEL
NEUQUEN
DECRETA:

FDO) SAPAG
JALIL

LA PRESENTACION DEL TEMA "POLITICA SANITARIA NACIONAL" POR EL DR. ALDO NERI EL SABADO 7 DE ABRIL DE 1984



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Encabezaba los temas de este número. Debemos informar a nuestros lectores que luego de dicha ponencia, la SMR facilitó la cinta magnetofónica, al Director de prensa del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, ELISEO ALVAREZ, ante su expreso pedido, con el formal compromiso de su devolución y desgrabación

en el término de una semana. A pesar de los reiterados reclamos por carta y por vía telefónica, no hemos logrado el reintegro de dicho material. Este es el único motivo por el cual no presentamos dicho tema, y tiene nombre y apellido: ELISEO ALVAREZ.

RED DE ESTABLECIMIENTOS - 1982



Instituto de Salud Colectiva

Universidad Nacional de Lanús

- HOSP REGIONAL DEL NEUQUEN
- HOSP ZONAL
- HOSP CABECERA DE AREA
- PUESTO SANITARIO
- CONSULTORIO PERIFERICO (CENTRO DE SALUD)

los avances que se iban haciendo, intentando siempre contar con el consenso del grupo de trabajo. Nos propusimos entonces en las normas, fijar los contenidos médicos y de enfermería para cada control y adaptar los mismos para que pudieran ser cumplidos por el médico general porque vislumbrábamos ya que esta norma iba a servir para toda la provincia, ya que en toda ella ya se desarrollaba este programa.

Esta revisión entendíamos iba servir como una revitalización para toda actividad. Los contenidos contemplan cuatro aspectos fundamentales que ya están bastante difundidos; es el examen físico del niño, el control de su esquema vacunal, los principios de puericultura, la estimulación psicosensorial y educación para la salud a nivel individual.

Otro aspecto importante de las normas, fue determinar un número de controles médicos y de enfermería eficiente porque hasta ese momento como la norma era administrativa, prácticamente el médico veía todos los meses a los chicos. Entonces empezamos a discriminar dentro de los dos años, cuáles eran los meses de mayor sensibilidad como para que por el riesgo que implicaba esa etapa de la vida, algunos controles fueron médicos y otros de enfermería en distintas etapas.

Esto nos permitió ahorrar consultas superfluas, que apoyaría la redistribución horaria que haríamos con el programa de organización de los recursos así con menos consultas y programadas, nosotros establecimos ocho controles médicos para el primer año y cinco controles de enfermería también para el primer año, para el segundo año hay tres controles médicos y uno de enfermería, sin embargo esto lo estamos revisando y estamos viendo la posibilidad de una nueva adecuación. Por otra parte les quiero advertir que no trabajamos con el esquema de riesgo, recién ahora se está desarrollando una línea de investigación en función de todo el modelo observado que ofrece esta Historia que ya lleva tres años. Este estudio está dirigido a advertir cuáles son los factores de riesgo que determinan la desviación del desarrollo del chico o la aparición de la desnutrición en el menor de dos años. Esto, conjuntamente con otra aspiración que esperamos concretar este año: la elaboración de las normas del pre-escolar y del escolar.

Nosotros tomamos en el caso de los registros de peso, talla y pc los gráficos del Hospital de Niños de La Plata. Hecha la norma teníamos que elaborar una H. C. para que se pudieran registrar todas esas acciones. Finalmente la norma también prevé la realización de citaciones programadas para los controles y proceder al archivo cronológico según mes de nacimiento del niño o sea que en cada archivo de cada archivo de cada centro de salud las H.C. están ubicadas en grupos, según mes de nacimiento que componen tantas otras cohortes de acuerdo a ese mes de nacimiento o sea los nacidos en junio del 81, están todos en un sector del archivo los cuales son ordenados a su vez por orden alfabético u orden numerico.

Esto es una cosa muy sencilla pero muy práctica que nos permite una rápida revisión de la magnitud del trabajo que tenemos y de las características de nuestra clientela, porque están a su vez marcadas en el archivo los chicos desnutridos y prematuros,

marcados con una orejuela en la historia. Lo que quiero decirles es que la norma está, una vez establecida, confrontada, con el servicio, fue difundida a toda la provincia por un equipo que salió a todas las zonas sanitarias difundiendo la norma y permitiendo todas las adecuaciones que a nivel local se propusieran o sea que ustedes van a ver después en la evaluación que los resultados de Neuquén, son anteriores porque nosotros largamos el programa antes que en el interior.

Entonces para poder aplicar la norma debimos adecuar los recursos que teníamos en el servicio. Entonces este programa de actividades determinó una fijación de coberturas por barrio, ya que no todos los barrios de Neuquén son iguales, entonces de alguna manera tenemos que discriminar y fundamentar el porque de la cobertura. Además de la cobertura va a salir la carga de trabajo que va a tener cada centro, y por lo tanto íbamos a tener que sacar de allí las horas médicas necesarias. A nosotros el programa una vez que lo describimos nos dio un marcado déficit de horas médicas, un déficit que fue compensado con nuevas designaciones que si bien no fueron el 100% de lo que necesitábamos, permitió el inicio de las acciones.

Asimismo, impidió la apertura de acciones de educación para la salud en las escuelas por falta de horas médicas.

La fijación de cobertura por barrio tuvo cuatro criterios: la accesibilidad, la cobertura por obras sociales el riesgo que implicaba vivir en esa area y el modelo observado (rendimiento de los servicios).

Así fue por ejemplo que la fijación de cobertura, por ejemplo para los barrios del Progreso y Mariano Moreno fue totalmente distinto, el barrio Progreso está en el extremo oeste de la provincia, es prácticamente una ciudad satélite de la Ciudad de Neuquén con una gran población recientemente inmigrante y con características de difícil accesibilidad con situación socio-económica deprimida, entonces tenía la más alta cobertura en relación al barrio Mariano Moreno, donde hay menos población con mayor accesibilidad a los centros de aprovisionamiento, con mayor gente cubierta por Obra Social y con una visión así empírica de la realidad que nos permitió saber que la situación de ese barrio no era tan grave como la del otro. Entonces, una vez que teníamos fijadas las coberturas, fijamos también los tiempos de la consulta, porque se fijaron tiempos para las consultas, o sea por lo menos tiempo teórico. Sabíamos que nos iba a llevar más tiempo el llenado de la H.C. que después vamos a ver en los pacientes de primera vez y en los desnutridos, entonces fijamos veinte minutos de tiempo de consulta para esas dos situaciones y diez minutos de consulta ulterior y por patología. Esto nos permitió, entonces, calcular la carga de trabajo en función de las coberturas dadas y a su vez para cada barrio. El programa se evalúa por un responsable pediatra de cada centro, a nivel de la coordinación del programa que fijó un responsable en el Servicio que hace la auditoría de las H.C. que hace los consolidados de toda esta información y que la devuelve al grupo en forma periódica y programada, mensualmente como para que el grupo vaya advirtiendo cuáles son las diferencias, cuál es el relieve de las prestaciones que se van llevando a cabo en el

PRUEBAS DE DESARROLLO PSICOMOTOR HCP N° 2

MES	CONDUCTA MOTRIZ	R	COORD. INTERSENS.	R	LENGUAJE	R	CONDUCTA SOCIAL	R
1	Eleva cabeza en posición prona				Reacción al sonido de una campanilla			
2	Cintura escapular mismo plano que cintura pélvica		Fija mirada		Vocaliza en respuesta a sonrisa y conversación del examinador			
4	Mantiene cabeza erguida al ser llevado a posición sentado		Busca con la mirada la fuente del sonido		Vocalización prolongada		Ríe a carcajadas	
5	Esbozo de trípede		Palpa el borde de la mesa-intenta prehensión		Vuelve la cabeza hacia quien le habla			
7	Sentado solo		Transfiere objetos		Sonidos silábicos		Imitación de sonidos	
9	Parado con ayuda		Prehensión de objetos con participación pulgar		Dice da-da o equivalentes			
12	Camina con ayuda Se pone de pie solo		Pinza radial		Dice dos palabras		Entiende "no" Responde al nombre	
15	Camina solo		Coloca objeto en recipiente		Dice tres palabras			
18	Se agacha		Reconoce y señala dos partes del cuerpo					
24	Corre		Construye torre de cinco cubos		Dice nombres			

EVALUACIONES DEL CONTROL 6 Meses

CAPTACION <input type="checkbox"/> Optima <input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Tardía	CONTROLES <input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> Inadecuados <input type="checkbox"/> Deficientes	VACUNACIONES <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	ESTADO NUTRICIONAL <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Desnutrido 1° <input type="checkbox"/> Desnutrido 2° <input type="checkbox"/> Desnutrido 3°
PATOLOGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Raquitismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otras _____			
INTERNACIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N° _____ Diagnósticos _____			

EVALUACIONES DEL CONTROL 12 Meses

CAPTACION <input type="checkbox"/> Optima <input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Tardía	CONTROLES <input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> Inadecuados <input type="checkbox"/> Deficientes	VACUNACIONES <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	ESTADO NUTRICIONAL <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Desnutrido 1° <input type="checkbox"/> Desnutrido 2° <input type="checkbox"/> Desnutrido 3°
PATOLOGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Raquitismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otras _____			
INTERNACIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N° _____ Diagnósticos _____			

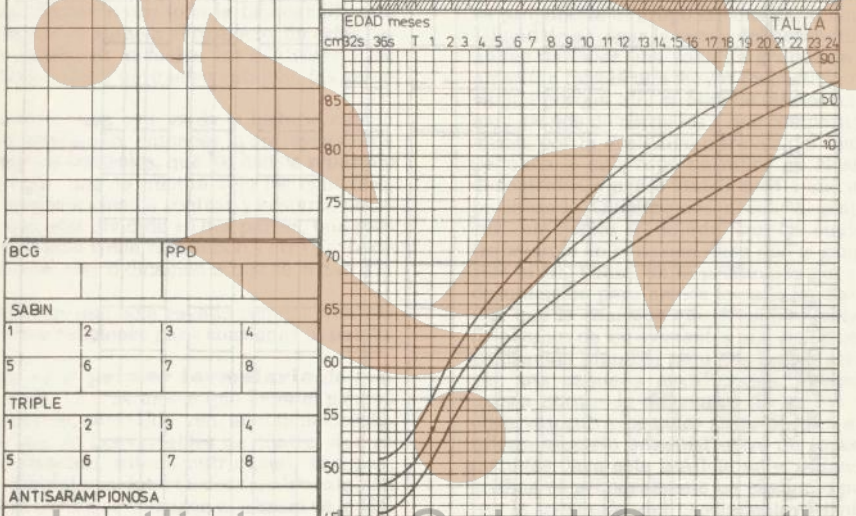
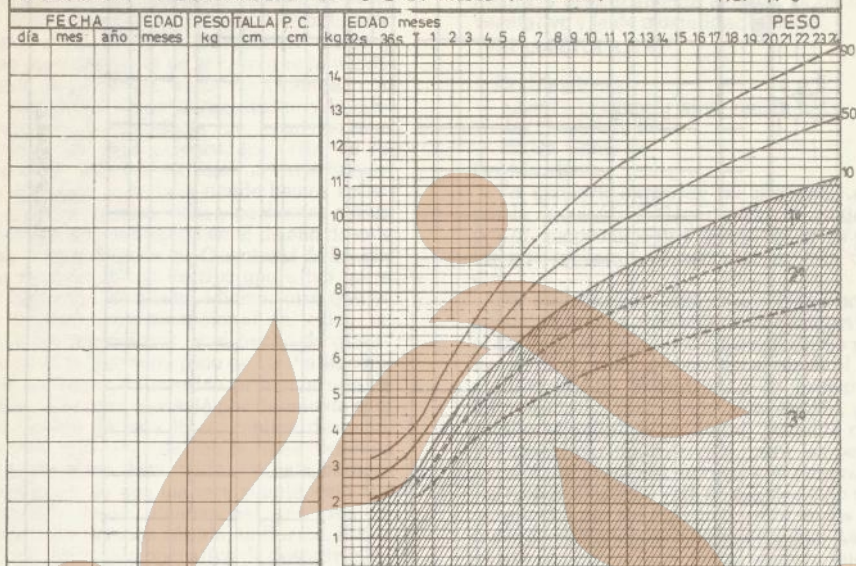
EVALUACIONES DEL CONTROL 24 Meses

CAPTACION <input type="checkbox"/> Optima <input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Tardía	CONTROLES <input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> Inadecuados <input type="checkbox"/> Deficientes	VACUNACIONES <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	ESTADO NUTRICIONAL <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Desnutrido 1° <input type="checkbox"/> Desnutrido 2° <input type="checkbox"/> Desnutrido 3°
PATOLOGIA AMBULATORIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Raquitismo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Otras _____			
INTERNACIONES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N° _____ Diagnósticos _____			

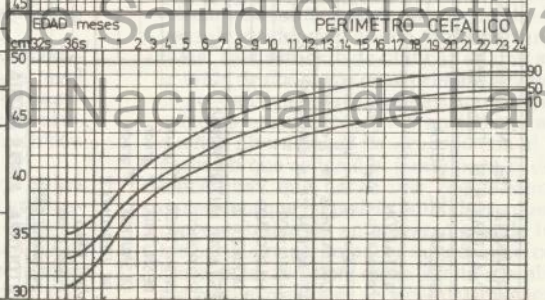
Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE 0 a 24 meses (VARONES)

HCP N° 3



BCG		PPD	
SABIN			
1	2	3	4
5	6	7	8
TRIPLE			
1	2	3	4
5	6	7	8
ANTISARAMPIONOSA			
OTRAS VACUNAS			
DENTICION (mes de erupcion)			
-22-13-18-9-7-7-9-18-13-22-			
□□□□□□□□□□			
□□□□□□□□□□			
-20-12-16-8-6-6-8-16-12-20-			



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

PROVINCIA DEL NEGUEN-SUBSECRETARIA DE SALUD (M.B. S.)
 EVALUACION DE NIÑOS - BAJO CONTROL AL MES DE VIDA

2- LUGAR DE ATENCION _____
 3- MES DE NACIMIENTO _____
 4- ZONA _____
 5- MES DE EVALUACION _____
 6- AÑO _____

NUMERO DE FICHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	TOTAL
CAPTACION														
OPTIMA (R.N. hasta 30 días)														
EFICIENTE (31 días a 2 meses)														
TARDIA (más de 2 meses)														
ATENCIÓN (n° de controles)														
ADECUADO														
INADECUADO														
DEFICIENTE														
ESTADO NUTRICIONAL														
EUTROFICO														
DESNUTRIDO 1er grado														
DESNUTRIDO 2o grado														
DESNUTRIDO 3er grado														
SE DESCONOCE														
VACINAS														
COMPLETAS														
INCOMPLETAS														
PATOLOGIA AMBULATORIA														
RAQUITISMO														
ANEMIA														
OTRAS														
INTERNACIONES														
SI (Numero)														
NO														
ALIMENTACION A PECHO														
SI														
NO														
SE DESCONOCE														

15- RESPONSABLE

latoria, esto de patología ambulatoria todavía es un punto de bastante controversia, nosotros un poco, lo que es sólo consignar la patología ambulatoria que afecte al crecimiento y desarrollo del chico, y entonces se pone con un sí en el caso que hay existido ese caso de patología, otras relacionadas con el estado nutricional como el raquitismo y la descripción aquí, de qué patología fue, lo mismo aquí en internación las evaluaciones, los criterios de evaluación al 12° mes y al 24° mes no varía mayormente. La siguiente es la hoja donde hemos transcrito los gráficos de peso, talla y perímetro cefálico, para eso nos hemos basado en el diseño de este gráfico, las curvas de peso, de Cusminski de La Plata con dos modificaciones de tipo operativo, para que todos hablemos el mismo idioma, una que es consignar la edad postconcepcional del chico, en los casos de los prematuros, y el hecho de que el percentil 10 de la curva de peso de La Plata, coincide con el comienzo de nuestro primer grado de desnutrición, todo peso que esté por debajo de esta curva, por debajo de esta línea implica desnutrición. El puntito que coincide con la línea, también lo consignamos como desnutrido. De esta manera hemos uniformado de una manera simple, esto que nos vá a permitir tener, digamos así, una idea, un relevamiento mas o menos rápido, uniforme, homogéneo, de esta definición operativa de desnutrición, que coincide bastante con toda la bibliografía que en este momento se maneja al respecto. En estos casilleros se consignan la fecha, los controles y los datos de peso, talla y perímetro cefálico, las vacunaciones.

La siguiente es una hoja ya de la historia clínica donde ya se consignan, entonces la entrevista, acá se consignan los controles, que los hemos separado de la patología, acá se anotan sólo los controles, cuando el paciente viene a control, y nosotros podemos decir que está dividido en dos partes, una parte de la que el niño viene recibiendo y otra parte de las impresiones y las indicaciones que se le dan a la madre.

La siguiente es una hoja rayada común, bien larga, con muchos renglones para consignar la patología.

La siguiente es el primer formulario de evaluación a los 6, 12 y 24 meses que llena el médico del Centro, donde, como Uds. ven, aquí tiene consignado cada una de las variables de control que es captación, atención, estado nutricional, vacunas, patología ambulatoria, internaciones, alimentación al pecho, acá arriba se consigna el número de la H.C. de cada chico, nacido ese mes con una equis (x), con una cruz, las variables ya consignadas.

La suma de todos esos formularios son consolidados por el Coordinador del Area Programa, a nivel de Servicio en este mismo formulario, que es prácticamente idéntico, nada más que consigna aquí arriba en vez del número de la H.C. el lugar de atención y el total de niños evaluados.

La siguiente: muestra los indicadores, de salud de la Provincia de Neuquén, donde se ve gráficamente cómo han evolucionado a lo largo de estos últimos años; la mortalidad infantil, el cruce en el año 1.975 con la mortalidad neonatal y los valores actuales de 28.9 de mortalidad por mil para el año 1.982.

Las otras variables son las de natalidad que se mantuvo prácticamente estable, la de crecimiento vegetativo y la de mortalidad general.

(Ver cuadros 3 y 4)

Dr. Mardones:

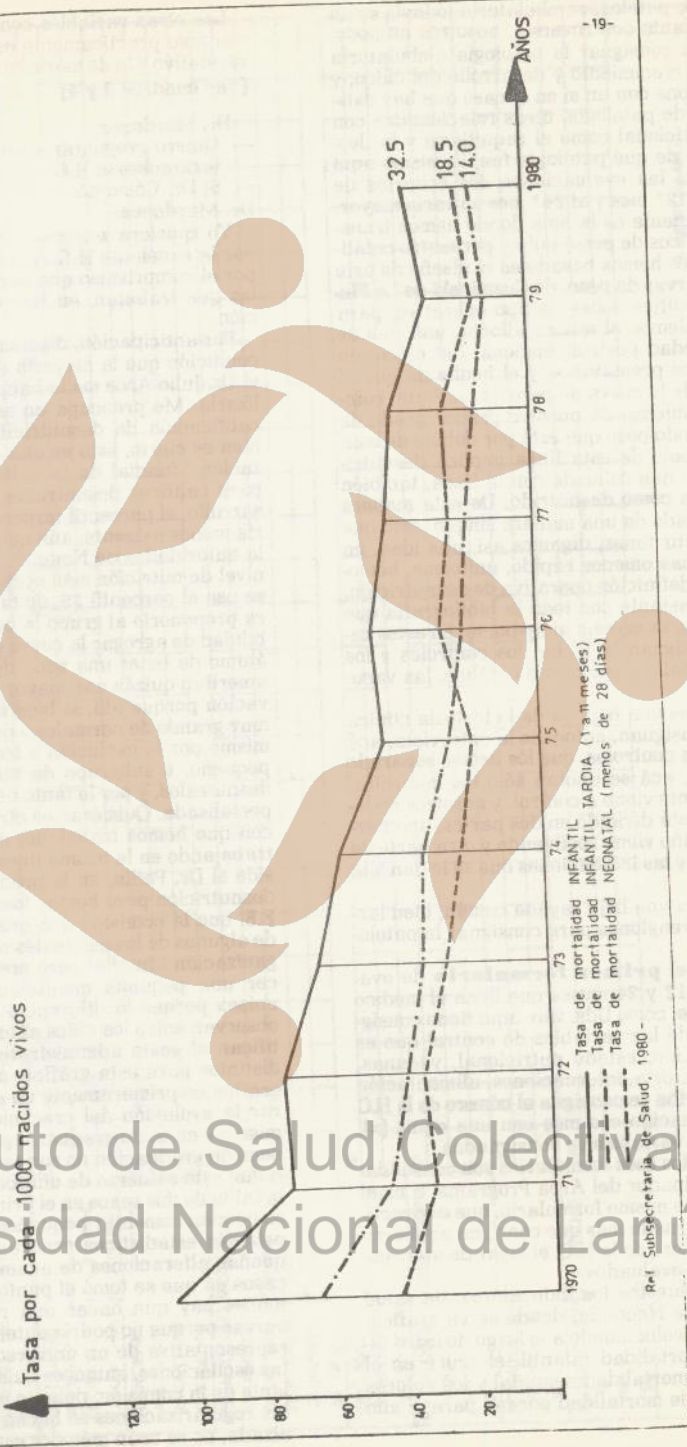
— Quiero preguntar si se puede hacer un comentario sobre la H.C.

— Sí Dr. Cómo nó.

Dr. Mardones

Yo quisiera expresar mi profunda admiración por la excelente H.C. que están llevando y además por el compromiso que tienen todos los profesionales que trabajan, en terreno, en esta documentación.

Por anticipación, digamos, estamos en una mejor condición que la mayoría de los asistentes, porque el Dr. Julio Arce me la había entregado y pude analizarla. Me preocupa un aspecto, es el criterio de calificación de desnutrición de primer grado. Si bien es cierto, esto es una convención, y la organización Mundial de la Salud, propone como límite para calificar desnutrición, para los países en desarrollo, el percentil tercero y en general lo que sería menos exigente, aún que la decisión tomada por la autoridades de Neuquén, pero en los países con nivel de nutrición más aceptable que Asia y Africa se usa el percentil 25, de tal manera que yo quisiera proponerle al grupo la consideración de la posibilidad de agregar la curva del percentil 25 y con el ánimo de tener una zona de grupos en riesgo que ameritan quizás una mayor frecuencia de la observación porque allí, si bien es cierto, hay un grupo muy grande de normales y que comparados consigo mismo por la evolución a través del tiempo hay un pequeño, o subgrupo de niños en riesgo que son desnutridos, y por lo tanto amerita una atención especializada. Quisiéramos ofrecer al grupo los datos con que hemos trabajado, con los cuales estamos trabajando en la misma línea que el grupo que preside el Dr. Pellín, en la predicción del riesgo de la desnutrición pero hemos tomado los datos del N.C. F.E. que la comisión que presidió Morley, maestro de algunos de los asistentes acá recomendó a la Organización Mundial pero nos hemos atrevido a hacer una pequeña modificación. Primero hacerla unisex porque la diferencia de un 2% 3% que se observan entre los niños antes de los 5 años, no justifican el gasto administrativo de tener dos stock distintos para esta gráfica, en el entendido que la gráfica es primeramente un elemento para comparar la evolución del crecimiento del niño consigo mismo y no tanto graduarlo porque el número de líneas de graduación no son tan importantes, este es tudio, este esfuerzo de unificar en una sola gráfica la tabla de dos sexos en el primer período de la vida se pueden comentar pequeños errores ya que todos estudios estadísticos generan incluso algunas pequeñas alteraciones de acuerdo con el número de casos en que se tomó el punto para cada edad, entonces hay que hacer una regularización de las curvas porque no podría entenderse que una curva representativa de un universo grande tuvieran estas oscilaciones, entonces quisiéramos confesar delante de la comisión, delante esta asamblea que estas regularizaciones se hacen simplemente a mano alzada, no se usan métodos estadísticos, porque los



Instituto de Salud Colectiva
 Universidad Nacional de Larú

Ref. Subsecretaría de Salud, 1980.

INDICADORES DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 1970 Y AÑO 1980

INDICADORES DE SALUD	1970	1980
POBLACION	154 570	241 863
NACIDOS VIVOS	5 360	8 521
DEFUNCIONES	1 615	1 432
DEFUNCIONES DE MENORES DE 28 DIAS	232	158
DEFUNCIONES DE 1 a 11 MESES	349	119
DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO	581	277
DEFUNCIONES MATERNAS	5	7
DEFUNCIONES DE 1 a 4 AÑOS	97	52
TASA DE NATALIDAD	34.7	35.2
TASA DE MORTALIDAD	10.4	5.9
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	4.3	18.5
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL TARDIA	65.1	14.0
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	108.4	32.5
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0.9	0.8
TASA DE MORTALIDAD DE 1 a 4 AÑOS	52	1.6

Ref: Subsecretaría de Salud, 1980-

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

más acuciosos métodos estadísticos no dan mejores curvas que las que uno pueda hacer a mano alzada, el otro problema estadístico es cómo medir la dispersión para no tener un serrucho en la dispersión porque de acuerdo al tamaño de la muestra el grupo puede tener desviaciones standar o percentiles demasiados diversos para cada una de las edades, igualmente hay que hacer una regulación de acuerdo a, con este método de mano alzada o hay que adoptar un método de tratar, con un método estadístico sencillo las desviaciones standar que es el método de los cuadrados menores y entonces transformar una serie de puntos, una nube de puntos en una línea y de esta manera dar los valores progresivos a lo largo del tiempo.

Yo quiero pedir excusas al grupo. Veo que están haciendo un trabajo tan acucioso que me he atrevido a presentarles esta reflexión porque Uds. están haciendo Vigilancia Nutricional de las más alta calidad y pudiera ser que, por usar el límite del percentil 10 estuvieran introduciendo un riesgo y aquí está su variable dependiente y a lo mejor no cuesta nada poner el percentil 25 como límite para definir el grado I de Nutrición.

Muchas gracias Dr. Pellín.

Al contrario, gracias a Ud. Dr. Mardones, Apreciamos mucho sus observaciones y tendremos que tenerlas en cuenta cuando hagamos una revisión global, que esto está previsto para este año, de toda esta actividad. Muchas gracias.

Yo diría que esperemos cinco minutos, como cuando llegamos a un Aeropuerto, sin movernos de los lugares. Descansen un poco mientras nosotros preparamos algo de la proyección que va a hacer la Dra. Mónica Boiochi.

Queríamos antes de proseguir, aclarar que la curva, los gráficos de crecimiento que hemos mostrado no son del Hospital de Niños de La Plata, que por un lapso dije de esa manera, sino del grupo de Crecimiento y Desarrollo de La Plata, dirigido por el Dr. Cusminski.

Ahora vamos a seguir, entonces y pasamos a la mecánica que vamos a hacer, la mostración de los resultados, previa a la exposición de la Dra. Boiochi, de las características del área de trabajo de la Zona Sanitaria III, de la Pcia. de Neuquén.

Al final de la exposición de los panelistas vamos a abrir el debate a las preguntas, es decir, el esquema. Ahora, de esta manera, la Dra. Mónica Boiochi va a hacer una mostración de su zona, en cuanto a los aspectos geográficos, demográficos, como para una ubicación del auditorio del área de trabajo de la zona sanitaria III. Seguidamente el Dr. Ferrari mostrará los resultados del área programa del Hospital Neuquén, los que serán comparados con los de la zona sanitaria III, y finalmente el Dr. Lezcano va a hacer la mostración de los resultados de la aplicación del programa en el Hospital de Aluminé.

Dra. BOIOCCHI

I-EVALUACION DE HISTORIA CLINICA PEDIATRICA EN ZONA SANITARIA III.

I- Características geográficas

La zona norte o zona sanitaria II limita al noroeste con Mendoza, al oeste con Chile, al sur-este con

el resto de la provincia del Neuquén.

Tiene una superficie de 18.000 Km², con una población entre 16.000 y 16.500 habitantes, un clima desértico con un ritmo de lluvias de 200 a 300 mm. anuales que caen en el invierno junto con nieves abundantes.

Algunos puntos geográficos importantes son el río Neuquén y el río Curileuvú, la Cordillera del Viento, los cerros Domuyo y Tromen, algunas lagunas y ríos menores.

Las poblaciones son Chos Malal, cabecera, con 7.300 habitantes, con una densidad de 1,7 habitantes por Km², Buta Ranquíl, Andacollo, Tricao Malal, Las Ovejas, El cholcar con 1500 a 200 habitantes, con una densidad de 0,4 habitantes por Km².

Las comunicaciones se efectúan por vía terrestre por la ruta 40, hacia Mendoza y Zapala y rutas menores hacia los pueblos vecinos, caminos enripiados en mal estado. Por vía aérea por TAN diariamente.

Estamos conectados al sistema nacional de telecomunicaciones, TV, radios.

2- Características socio culturales y económicas

a- La zona norte tiene las características de todas las zonas fronterizas del país: Escasa población

Carencia de servicios
Baja productividad
Falta de infraestructura, etc.

b- La organización interna de la provincia y por consiguiente la relación capital-interior, reproduce el esquema nacional, tenemos

- Alta tasa de emigración interna del campo a la ciudad
- Gran desproporción entre la población urbana y rural
- Gran concentración en la capital.
- Grandes diferencias de productividad regionales
- Notoria desigualdad en la calidad de vida de los habitantes de las distintas regiones
- c- La zona norte muestra una marcada dependencia administrativa e institucional del poder central. No existe poder de decisión.
- d- la zona norte se la define como un espacio económico mutilado

- Anulada su relación natural con Chile a sólo 140 Km. por paso Pichachón.
- Falta de caminos adecuados hacia Zapala, Mendoza, el valle del Neuquén y Río Negro.
- Falta de infraestructura
- Falta de promoción.
- Altos costos internos.
- Problemas de abastecimiento, acopio y comercialización.
- Producción minera: cuenta con oro, barita, sal de roca, petróleo gas. Todos muy lejos de ser explotación rentable.
- Es una población dependiente de la ganadería y agricultura. No han logrado aún un pleno desa-

rollo, sigue en un nivel de subsistencia (70% de la población en esa situación).

- No existen las industrias, sólo pequeños talleres.

e- La pirámide poblacional es de base ancha:

- Alto índice de natalidad 36%
- Migraciones internas.
- La despoblación por las migraciones internas, alejan a los jóvenes y adultos, quedando sólo los niños y los viejos, con lo que hay incorporación precoz del niño al trabajo, deserción escolar, abandono.

f- La población rural se caracteriza por:

- Tener tierras fiscales.
- Ser nómades.
- Crianceros: veranadas e internadas; piño
- Vivienda precaria y móvil.
- Algunos tiene puesto estable en la internada con una parte de la familia fija, lo que permite efectuar agricultura con tecnologías muy atrasadas.
- Vivienda de adobe.
- Ingresos: comercio de lana, carne, aves y verduras.
- Creencias: creen en los santos y los festejan con fiestas y cuecas.

g- La población urbana se caracteriza por:

- Características edilicias: adobes, ladrillos los barrios oficiales
 - Barrios más pobres.
 - Poca cantidad de crianceros.
 - Fuentes de trabajo, estables, empleados públicos temporarios: que dependen de la obra pública.
 - Desocupación actual: más de 400 desocupados
- h- La situación social de la zona norte es reflejo del atraso y estancamiento económico.

i- Sólo en salud las estadísticas muestran resultados positivos, lo cual no quiere decir que la población del norte tenga salud pues le faltan las condiciones mínimas, básicas, elementales. Tenemos salud en un nivel de subsistencia. No hay calidad de vida.

3- Características del Sector Salud.

1- Zona Sanitaria: Administrativa: centralizado y Administradora.

Jefe de Zona: supervisor y administrador de Salud.

2- Hospital Zona Chos Malal: Director y Consejo Asesor: Complejidad IV Cuatro básicas. Centro de derivación de la zona. Con area Programa y Atención Primaria de la Salud. Deriva a Hospital Neuquén: Complejidad VIII.

3- Hospitales Complejidad III:

Atención generalizada. Médicos generalistas. Director. Derivan a Chos Malal: Tricao Malal, Andacollo, Buta Ranquil, Las Ovejas. El Cholar.

4- Puestos Sanitarios, complejidad 1. Consultorio. Agente Santirario.

	Visitas Pro gramadas	Puesto Sa- nitario	Escuelas	Domicilios Particulares
Chos Malal	15	4	8	3
Tricao Malal	6	0	4	2
Buta Ranquil	10	2	5	3
Andacollo	12	4	3	5
Las Ovejas	8	2	5	1
El Cholar	6	0	0	6

Dr. FERRARI:

Les quiero mostrar la diapositiva es de los cortes evaluativos en la H.C. pediátrica. Esto surgió como una necesidad, de que cada médico, conociera la evolución de su paciente y la evolución de la Comunidad, que él en su área de responsabilidad, estaba manejando. Entonces, hacia los cortes en la H.C. al sexto mes, al décimo segundo mes y al vigésimo cuarto mes. Esa fue la idea original y después dijimos, bueno, que ese médico elabore esta planilla, que ya les muestra el Dr. Pellín. En ella figura: el lugar de atención: zona, sanitaria (porque se empezó a usar después en la provincia), evaluación de los niños bajo control al puede ser 6°, 12°, 24° mes. El número de ficha con que está identificada esta historia Clínica Pediátrica en cada Centro de Salud o área programa de un Hospital; y las características que habíamos visto, de captación, atención, estado nutricional, vacunas, patología ambulatoria, internaciones. Agregamos una que no teníamos antes que se nos ocurrió después, por eso no está en la H.C. pediátrica; sobre alimentación al pecho.

Después vimos que teníamos, entonces, el dato consolidado de cada cohorte y quisiera explicar de nuevo lo que significa "niño bajo programa". Nosotros al elaborar este programa de atención del menor de dos años cambiamos la vieja denominación del niño bajo control. Antes teníamos una definición de qué era un "menor de dos años bajo control": el que concurría a todos los controles periódicamente. El que faltaba a dos controles, se retiraba la ficha del fichero y dejaba de ser bajo control. Y después, bueno... tenemos tantas fichas en el fichero, esos son los niños bajo control.

Eso ahora cambió. Nos cuesta adaptarnos todavía a esta nueva realidad. Nosotros ahora tenemos niños ingresados en el programa, es decir que ese niño viene a los quince, diez al mes, a los dos meses y después no concurre más, su historia clínica pediátrica sigue permaneciendo con su cohorte respectiva, es decir, los nacidos en ese mismo mes hasta cumplir los veinticuatro meses.

Les explico esto para que se entienda después el asunto, "se desconoce", porque seguimos teniendo H.C. de chicos que se han trasladado, y no concurren más, otros, que a lo mejor dejan de venir por un periodo de tiempo, y después ingresan nueva-

TABLA N° 2
CARACTERISTICAS DE LA CAPTACION DE LA POBLACION
BAJO PROGRAMA AL AÑO DE VIDA-
COHORTES DE LOS NACIDOS EN 1982-
SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

POBLACION	TOTAL	CAPTACION					
		OPTIMA	EFICIENTE	TARDIA			
	N°	%	N°	%	N°	%	
Bajo control al año de vida	1665	1218	73,2	149	8,9	298	17,9

TABLA N° 3

N° DE CONTROLES EN LA POBLACION BAJO PROGRAMA AL AÑO DE VIDA-
COHORTES DE LOS NACIDOS EN 1982-
SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

POBLACION	TOTAL	N° CONTROLES					
		ADECUADO	INADECUADO	DEFICIENTE			
	N°	%	N°	%	N°	%	
Bajo programa al año de vida	1665	1020	61,2	293	17,5	352	21,1

mente al sistema, es decir que nosotros llamamos al "niño bajo programa" a todo aquel nacido dentro de esa cohorte, y que en algún momento ha ingresado al sistema.

Esto es lo mismo que lo anterior, pero consolidándolo por ejemplo para el Area Programa del Hospital Neuquén. Acá figura cada Centro de Salud, y ponemos los totales, es decir, vamos consolidando la información.

De esa manera nos encontramos que de golpe, sin darnos cuenta casi, teníamos un método, como dijo el Dr. Pellín, de control epidemiológico del seguimiento del menor de dos años.

Si esto se hace a nivel de cada hospital, y eso a su vez de cada zona, después se va consolidando todo y tenemos una visión panorámica de lo que está pasando, con el control del menor de dos años, de toda la Provincia de Neuquén.

Está bien, gracias.

Ahora les vamos a mostrar los resultados de los análisis de las cohortes de los nacidos en el año 1.982 de los doce meses del año 1.982.

Les voy a mostrar qué significa cada tabla, y lo vamos a ir comparando con la zona de Chos Malal.

Bueno, esta es la característica de captación de población bajo program al año de vida, son las cohortes de los nacidos en 1.982, del area programa del Servicio de Pediatría del Hospital Regional Neuquén. Tenemos 1.665 chicos, es decir 1.665 fichas en nuestros ficheros, de los cuales tenemos algunas con captación óptima, otros eficientes y tardía. La captación óptima está definida, como el que ingresa al sistema dentro de los primeros treinta días de vida. La captación eficiente como el que ingresa al sistema entre los treinta días de vida y dos meses Y captación tardía la que ingresa después, y esos son los porcentajes. (Ver tabla N° 2)

Desde ya, que las cifras van a ser diferente cuando comparemos los distintos lugares de la provincia que están dados por los diferentes efectores del sistema de salud. En las cifras que les doy, que son del área programa del Hospital Neuquén, nosotros tenemos muchos más salidas y entradas del sistema, porque se brinda, controles con otros efectores. Nosotros sabemos que atendemos chicos, que a su vez hacen control en el sector de obras sociales o sea que tenemos una gran movilidad de un sector a otro

De todas manera siempre nos mantenemos globalmente en las cifras de cobertura que había mostrado el Dr. Pellín por barrio, más o menos en lo que habíamos programado. Es el 73,2 % son de captación óptima, el 8,9% de captación eficiente y 17,9 % de captación tardía. Dentro de esta captación tardía no sólo están los que eran atendidos hasta ese momento en otro Sistema de Salud, sino también los nuevos ingresos a la Provincia, que no importa el momento en que llegan. Cuando concurren al control, así sea al sexto, séptimo u octavo mes ingresan al sistema y se los agrupa por edad cronológica de nacimiento junto con su cohorte.

Si hay algo que no se entienda sobre lo que va-

mos presentando, rogaría que nos la preguntaran.

¿Si la mortalidad neonatal es más alta que la tardía, es decir que el 60 % de los niños que mueren en el primer año de vida, mueren antes de los treinta días, por qué se califica de óptima la incorporación a los 30 días, y nó a los siete días cuando ya ha perdido Ud. 2/3 de los niños que van a morir en el primer año de vida?

Lo que pasa es que nosotros estamos trabajando basicamente con población sana. Eso no quita que los niños que han nacido con problemas neonatológicos, que han sido internados o con partos dificultosos, no se controlen antes. Lo que les muestro es lo que hacemos en Area programa el chico ese vá referido, a la primer consulta. Nosotros ponemos la primer consulta alrededor de la segunda semana de vida, de 10-15 días de vida, pero tenemos que clasificar de alguna manera. Eso no quita que todos los niños que nacen con problemas son seguidos de otra manera o por Neonatología. Esto es para el niño sano, seguimiento del niño sano, nosotros tratamos de hacer una gran división de todo lo que es patología del crecimiento y desarrollo los atendemos a todos sanos y enfermos. Pero quisiéramos rescatar dentro de ese maremágnum de atención, el seguimiento y desarrollo de cada niño. Por eso cuando el Dr. Pellín explicó que antiguamente, en la fichas iba todo mezclado, entonces venía por el control del mes y al lado había un catarro, después otro catarro, después otro catarro, cuando queríamos rescatar no veíamos bien cuál era el crecimiento y desarrollo de ese niño, por eso tenemos separada la H.C. y eso no quita que nosotros para poner los chicos con problema, tenemos otro tipo de seguimiento.

No sé si esto contesta a su pregunta.

¿Acá nos estamos refiriendo a los niños captados por el sistema, yo quisiera preguntar qué estimación tiene Uds de la población que no hace uso de los servicios de salud.

Yo les puedo contestar, nosotros tenemos un cálculo, son cifras aproximadas porque la población es tan cambiante, pero mas o menos para el censo del 80' y tomando esta cifra que les mostré antes de niños bajo programa primer año, trasladándolo al segundo año. Mas o menos son 3.000 en Area Programa del Hospital Neuquén, controlaríamos 3.330 niños aproximadamente, que eso mas o menos es un 60% de la población de menores de dos años del Area Programa del Hospital Neuquén.

¿O sea que queda un 40% de niños que no hace uso del sistema de Salud?

El 40% no hace uso del Sistema. Nosotros pensamos que está dentro de lo que habíamos calculado. Cuando hicimos el programa de aplicación de la norma para sacar las horas médicas y los recursos que fuimos dándoles. Calculamos un porcentaje de cobertura diferente para cada barrio, como explicó el Dr. Pellín. Calculamos para nuestro óptimo,

una cobertura global de 50-60% es decir que hay una aceptable cobertura en nuestra área. Por supuesto que en el interior esto varía, cuanto más periférica se hace, la atención, cuanto más cordillerana. (Ya les vá a explicar el Dr. Lezcano después.) el único efector es el Servicio de Salud oficial, o sea que ahí la captación, el número de niños, tiene que acercarse mucho más a los nacidos, porque sinó quiere decir que se nos están escapando varios chicos. No sé si esto contesta a su pregunta.

Nosotros pensamos que estamos por un buen camino. Por supuesto que yo después les voy a explicar bien cuando diga el "se desconoce", que nosotros estamos en una primera etapa, pensamos que vamos por un buen camino pero estamos recién empezando. Estamos en una etapa que hemos trasladar el consultorio del hospital a un barrio, pero queremos que no sea el consultorio del hospital, sino trasladar nuestro trabajo al barrio, también pensamos que tenemos que conseguir para los centros de salud del área programa del hospital Neuquén, un agente sanitario periurbano, por así llamarlo, una persona que también trascienda los límites del centro periférico para el trabajo en la comunidad y para estar seguros de que los niños que dejan de concurrir están atendidos por otro efectos de salud

Dra. BOIOCCHI

En la zona norte tenemos los siguientes resultados:

Al sexto mes observamos un 81% de captación optima, 13% de captación eficiente y 6% de captación tardía.

A los 12 meses un 80% de captaciones optima 13% de eficiente y 7% de captación tardía.

(Ver tabla 02 - Gráfico 09)

Bueno, esto se refiere al número de controles de la población bajo programa, al año de vida. Siempre siguen siendo las cohortes de los nacidos en el año 1.982 el Hospital Regional Neuquén. Nosotros, como decía el Dr. Pellín, fuimos bastante exigentes pusimos adecuado al que cumplía siete controles médicos y cuatro de enfermería, inadecuado al que tenía siete ó más controles, independientemente de que fueran médicos, o de enfermería y deficiente al que tenía menos de siete controles. Probablemente esto pueda ser cambiado, pero estos son los primeros resultados. Hasta que evaluemos nuestra tarea, sigue esta norma así exigente. El 61,2% tiene control adecuado para esta definición el 17,5% tiene inadecuado y 21,1% tiene control deficiente, vemos las cifras de zona norte. (Tabla 3)

Dra. Boiocchi

A los doce meses de vida sobre la misma población 286 es el 59% adecuado, 35% inadecuado y 6% deficiente, (tabla N° 03 Zona Norte)

Muy bien ahora vamos a mostrarles datos sobre vacunación. En vacunación como ya mostrábamos

la historia se refiere a vacunación completa o incompleta en el momento de corte. Nosotros acá trabajamos sobre seguro, la historia clínica del niño que sigue dando la vuelta, como yo les expliqué, con su cohorte, pero que no vino más a control, la ponemos como vacuna incompleta. Es probable que en el área del hospital Neuquén muchos de estos niños que recurren a otro sector de atención médica, estén bien vacunados. Nosotros trabajamos sobre seguro, es decir que en el incompleto van cargados los chicos que no están concurriendo al control, se entiende?; o sea que de toda la fichas que pasaron por el sistema, los que están bien vacunados, son los que figuran como completas. El otro grupo está compuesto por los que están mal vacunados y por los que dejaron de venir. (Tabla 4)

Siempre siguen siendo las doce mismas cohortes de los nacidos en el 1982 comparados al sexto mes y al doceavo mes con vacunas completas e incompletas como les expliqué recién. Si uno se fija los porcentajes de cobertura, llama la atención como son bajos al sexto mes y como son altos al doceavo mes. Eso se debe porque al sexto mes coincide el corte con la tercera dosis de nuestro esquema de vacunas sabin. Entonces por cualquier causa, si ese mes no la recibió aparece como incompleta. Pero para el doceavo mes como la última dosis es a los nueve meses, la antisarampionosa, es una evaluación mucho más real. Sin embargo cuando empezamos analizar las primeras evaluaciones, de este programa esto de porcentajes bajos, al sexto mes nos hizo darnos cuenta de cosas anecdóticas. En dos centros periféricos no funcionaba la heladera, y el vehículo del área programa que llevaba la heladera portátil diariamente con la vacuna, llegaba después que los controles que se hacen por citación programada, se habían realizado, o sea que esto tiene una riqueza así de que uno va pudiendo señalar situaciones, al hacer el análisis de este tipo de información.

Dra. Monica Boiocchi

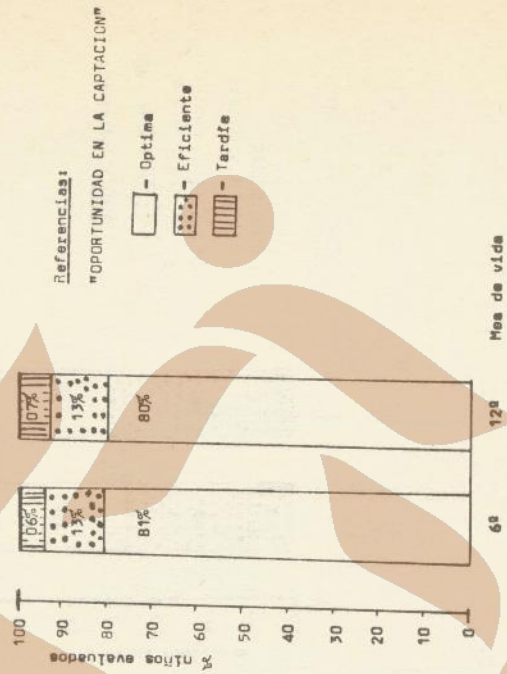
-En la zona norte se repite lo mismo, observado al sexto mes el 66%, completa e incompleta el 34% y a los doce meses el 94% es completa y el 6% es incompleta. (Tabla 04)

Ferrari

Bueno ahora les vamos a mostrar los resultados de alimentación al pecho. Tenemos que definir qué llamamos alimentación al pecho. Nosotros para definir como alimentación al pecho "si" o "no" que es lo que figura en la Historia Clínica Pediátrica, en realidad lo que estamos midiendo es: hábito de amamantamiento. Valoramos la respuesta de la madre en el control del sexto y del doceavo mes, si ella dice que "si" toma pecho, o que "no" toma pecho. No valoramos si este aporte es nutritivamente apto, si está recibiendo otra alimentación, ya sea biberón u otro tipo de alimentación, o sea lo que valoramos es hábito de amamantamiento". (Tabla 5)

Acá entra el "se desconoce": ese que yo les decía. Como hay un grupo de madres que no concurren a ese control, esas las agrupamos como se desconoce, o sea, lactancia materna: "si", "no" o "ig-

Oportunidad en la captación brindada a los niños nacidos vivos en Diciembre /81 y de Enero a Junio /82, evaluados al 6º y 12º mes de vida. Zona Sanitaria III.



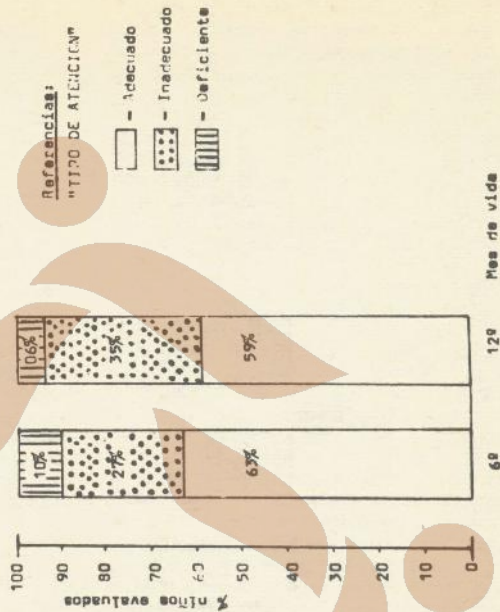
Evaluación	Total niños evaluados		CAPTACION					
	Nº	%	Optima		Eficiente		Tardía	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 6º mes de vida	283	100	228	81	37	13	18	06
- 12º mes de vida	286	100	229	80	37	13	20	07

FUENTE: Conocimientos de evaluación de niños bajo control al 6º y 12º mes de vida. Zona Sanitaria III. Dic-81 y de ene. a Jun-82.

TABLA N° 03

Tipo de atención brindada a los nacidos vivos en Diciembre /81 y de Enero a Junio /82, evaluados al 6^a y 12^a mes de vida: Zona Sanitaria III.

Evaluación	Total niños evaluados	ATENCIÓN					
		Adecuada		Inadecuada		Deficiente	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 60 mes de vida	283	178	63	76	27	29	10
- 120 mes de vida	266	169	59	100	35	17	06

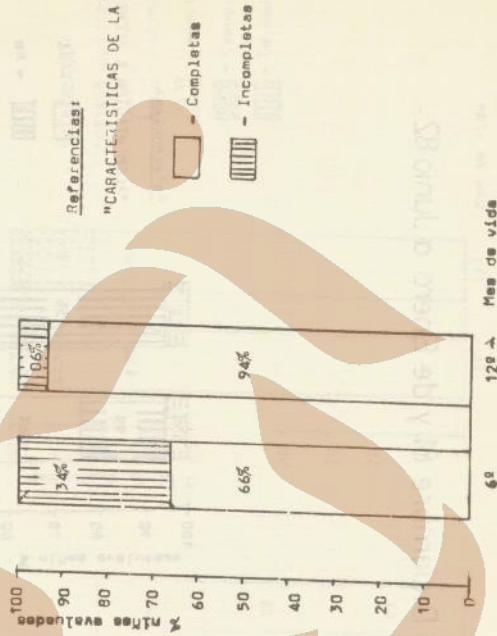


FUENTE: Consolidados de evaluación de niños bajo control al 60 y 120 mes de vida. Zona Sanitaria III. Dic-81 y ene. a Jun-82.

TABLA N° 06

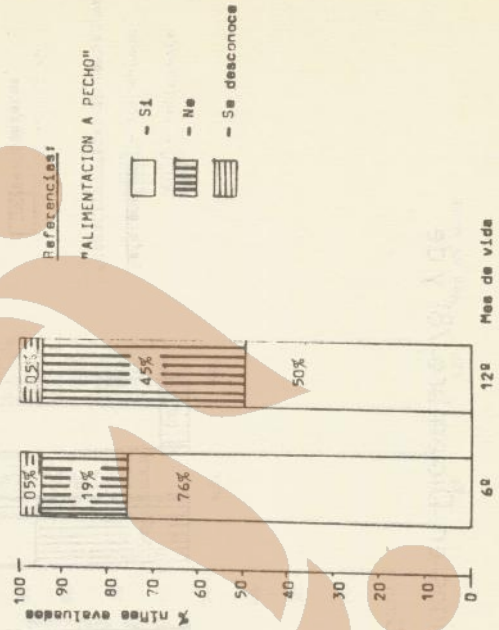
Características de la vacunación en los niños nacidos en Diciembre /81 y de Enero a Junio /82, evaluados al 6° y 12° mes de vida, Zona Sanitaria III.

Evaluación	Total niños evaluados		V A C U N A S			
	Nº	%	Completas		Incompletas	
			Nº	%	Nº	%
- 6º mes de vida	283	100	186	66	97	34
- 12º mes de vida	286	100	270	94	16	06



FUENTE: Conocimiento de evaluación de niños bajo control al 6º y 12º mes de vida, Zona Sanitaria III, Dic-81 y de ene. a Jun-82.

TABLA Nº05
 Alimentación a pecho de los niños nacidos en Diciembre 81 y de Enero a Junio 82.-
 Evaluados al 6º y 12º mes de vida.-
 Zona Sanitaria III.-

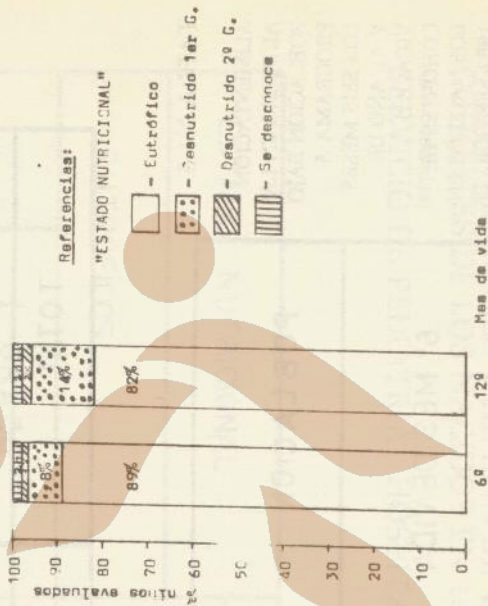


Evaluación	Total niños evaluados		ALIMENTACION A PECHO					
	No	%	SI	NO	Se desconoce	%		
- 6º mes de vida	285	100	214	76	53	19	16	05
- 12º mes de vida	286	100	142	50	129	45	15	05

FUENTE: Consecuidado de evaluación al 6º y 12º mes de vida de niños bajo control. Zona Sanitaria III, Dic.81 y de ene. a Jun-82.

TABLA Nº 06

Estado nutricional de los niños nacidos en Diciembre /81 y de Enero a Junio /82, evaluados al 6º y 12º mes de vida.-
Zona Sanitaria III.-



Evaluación	ESTADO NUTRICIONAL									
	Total niños evaluados		Eutrófico		Desn. 1er		Desn. 2º		Se desc.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 6º mes de vida	283	100	252	89	23	08	03	01	05	02
- 12º mes de vida	286	100	235	82	40	14	06	02	05	02

FUENTE: Consolidados de evaluación de niños bajo control al 6º y 12º mes de vida, Zona Sanitaria III, Dic-81 y de ene. a Jun-82.

TABLA N° 4
ESQUEMAS DE VACUNACION DE LA POBLACION BAJO PROGRAMA
A LOS SEIS MESES Y AL AÑO DE VIDA-
COHORTES DE LOS NACIDOS EN 1982-
SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

VACUNACION	6° MES DE VIDA		12° MES DE VIDA	
	N°	%	N°	%
COMPLETA	1050	67,0	1391	83,5
INCOMPLETA	516	33,0	274	16,5
TOTAL	1566	100	1665	100

TABLA N° 5

ALIMENTACION
 AL PECHO EN LA
 POBLACION BAJO
 PROGRAMA A
 LOS SEIS MESES
 Y AL AÑO DE
 VIDA-
 COHORTES DE
 LOS NACIDOS EN
 1982 SERVICIO DE
 PEDIATRIA
 HOSPITAL
 REGIONAL
 NEUQUEN

POBLACION	TOTAL	LACTANCIA MATERNA				I GN.	
		SI N°	%	NO N°	%	N°	%
6° MES DE VIDA	1566	993	63,4	359	22,9	214	13,7
12° MES DE VIDA	1665	698	41,9	654	39,3	313	18,8

TABLA N° 6
ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION BAJO PROGRAMA
A LOS SEIS MESES Y AL AÑO DE VIDA.
COHORTES DE LOS NACIDOS EN 1982 (Solo se incluye a los que concurrieron a
ases controlés)
SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

ESTADO NUTRICIONAL	6° MES DE VIDA		12° MES DE VIDA	
	N°	%	N°	%
EUTROFICOS	1270	94,4	1160	86,8
	I GRADO	60	4,5	11,1
	II GRADO	14	1,0	1,9
DESNUTRIDOS	75	5,6	177	13,2
	III GRADO	1	0,1	0,2
TOTAL	1345	100	1337	100

Instituto de Salud Colectiva
 Universidad Nacional de Lanús

norado" porque no hubo control al sexto o al doceavo mes. Tenemos que un 63,4% al sexto mes de vida recibe alimentación materna, no la recibe un 22,9% y 13,79 no pudimos recabar el dato y para el doceavo mes de vida tenemos que el 41,9% de los niños reciben lactancia materna, el 39,3% no la reciben y el 18,8% no se pudo recabar el dato. No tenemos otras cifras Nacionales o de otras provincias, para comparar pero pensamos que no son porcentajes bajos.

Dra. Boiocichi

Al sexto mes nosotros tenemos el 76% que es positiva el 19% no amamanta y se desconoce un 5% a los doce meses de vida un 50%, negativo un 45% y se desconoce un 5%. (Tabla 05)

FERRARI

Ahora les vamos a mostrar cifras sobre el estado nutricional, medidas con la variable nuestra, es decir, con la definición operativa, por peso.

Nosotros establecimos una definición operativa para poder comparar entre los distintos lugares de la provincia. Le comentaba al Dr. Mardones en el intervalo, que al no tener tablas uniformes, teníamos que en dos lugares muy similares de la cordillera, una informaba un 35% de desnutrición, el otro informaba un 1%. Por eso usamos la misma tabla y la misma norma tomando en cuenta solamente el peso, para la definición de desnutrición en toda la provincia. (Tabla 6)

Esto no quita, que el niño que deja de crecer, porque puede haber un chico que viaje en un percentilo alto en los primeros meses de vida, estacione su peso, no llegue a entrar dentro de nuestra definición operativa de desnutrición, no se a tenido en cuenta. Es decir, a lo mejor pesa lo mismo al cuarto, al quinto, al sexto mes y sigue estando en la tabla, dentro del grupo normal. Nosotros a este niño, le brindamos una atención diferenciada. Simplemente, esto de poner los grados de nutrición en la tabla, es para poder tabular a grupos de población y poder establecer criterios uniformes de comparación.

Para poder evaluar estado nutricional tomemos en cuenta los niños que pudimos pesar en esos controles. El que pudimos pesar: al sexto mes el que pudimos pesar al doceavo mes y al que pudimos pesar al veinticuatroavo mes y al resto no lo podemos evaluar, que es un poco la pregunta que me hizo la Dra. es decir que pasa con esos chicos. Nosotros pensamos que esos chicos los que no pudimos evaluar por no ser pesados al sexto doceavo y veinticuatroavo mes tienen la misma característica de distribución que los evaluados pero no podemos estar seguros. Es por ello que queremos salir del Centro al área para estar seguros. Del total de niños bajo programa o el total de H.C. que teníamos al sexto mes, pudimos evaluar en el aspecto nutricional solamente el 86% de las mismas y a los doce meses al 80%. Para no cargar esos desconocidos como eutróficos, estos porcentajes que les voy a presentar, corresponden a los niños a los cuales se pudo evaluar el estado de nutrición al sexto mes, o sea 86% del total de las fi-

chas que tenemos en los ficheros, ¿se entiende esto?. En cambio, de ser 1.566 pasan a ser 1.270 en muestra, de los cuales: eutróficos son el 94,4%, desnutridos son el 5,6% a los seis meses de vida, discriminados en 4,5% de primer grado, según nuestra definición el 1% y el 0,1% del segundo y tercer grado respectivamente.

Si nos vamos a los doce meses de vida, la cantidad de niños de las fichas, que pudimos evaluar, porque tenemos el control, en ese mes, es de 1.337 niños. Eutróficos son 1.160, el 86,8% mientras que el 13,2% son desnutridos, y el componente es 11% de primer grado, 1,9% de segundo grado y 0,2% de tercer grado. Si vemos la gran carga así absoluta que tenemos, son casi todos niños desnutridos de primer grado. El porcentaje mas grande de nuestros niños, son desnutridos de primer grado y si comparamos los resultados al sexto y doceavo mes, aunque no son exactamente los mismos niños, porque puede ser que no estaba al sexto mes y que volvió a aparecer a el doceavo mes pero para dar una tendencia, vemos como va creciendo nuestro desnutrición, que es el 5,6% global al sexto mes y que sube al 13,2% al doceavo mes. Después les voy a mostrar cifras pero que no las quiero comparar acá porque son de muchas menos cohortes, (tres cohortes) de veinticuatro meses, para ir viendo esta evolución.

Nosotros mantuvimos la población de 283 para el sexto mes y 286 para los doce meses teniendo a los seis meses el 89% eutróficos, desnutridos de primer grado un 8%, de segundo grado 1% y un 2% que se desconoce, o sea que en ese momento no fue controlado, a los doce meses 286, eutróficos un 82%, desnutridos de primer grado un 14%, 2% y se desconoce el 2%.

(Tabla 06)

Les presento las tres cohortes de veinticuatro meses. Como el programa, en el área del Hospital Neuquén, comenzó seis meses antes tenemos tres cohortes evaluadas a los veinticuatro meses de vida. Por ser mucho menor el número de niños, no lo pusimos en la mismas tablas que los datos al sexto mes y el de doce meses. Les quería mostrar el esquema de vacunación de los veinticuatro meses. Son nada más que los nacidos en julio, agosto y septiembre de 1981, es decir que el número total es mucho menor; 430. Con la misma característica explicada de anteriormente aca en incompleta, están cargados todos los chicos que fueron controlados en algún momento pero luego dejaron de concurrir. Tenemos un 68,4% de vacunas que podemos asegurar que en esos niños son completas. En el 31,6% un tanto que figuran como incompletos, la mayoría son niños que dejaron de concurrir al sistema y posiblemente por ser atendidos por otros efectos de salud o su sede traslado a otro sitio tengan sus vacunas aplicadas en forma correcta. (Tabla 9)

(Tabla 10)

También les quería mostrar, la alimentación al pecho en las tres cohortes. A los veinticuatro meses de vida (siguen siendo 430 niños) notamos un porcentaje importante, casi el 30% al cual no pudimos evaluar. Tenemos que el 58,8% no tomaba y

TABLA N° 9
 ESQUEMAS DE VACUNACION DE LA POBLACION BAJO PROGRAMA
 A LOS 24 MESES DE VIDA.
 COHORTES DE LOS NACIDOS EN JULIO, AGOSTO Y SETIEMBRE
 DE 1981
 SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

VACUNACION	24° MES DE VIDA	
	N°	%
COMPLETA	294	68,4
INCOMPLETA	136	31,6
TOTAL	430	100

TABLA N° 10
 ALIMENTACION A PECHO EN LA POBLACION BAJO PROGRAMA
 A LOS 24 MESES DE VIDA.
 COHORTES DE LOS NACIDOS EN JULIO, AGOSTO Y SETIEMBRE
 DE 1981
 SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

POBLACION	TOTAL	LACTANCIA MATERNA					
		SI		NO			
		N°	%	N°	%		
24° MES DE VIDA	430	52	12,1	253	58,8	125	29,1

solamente el 12,1% tomaba pecho. Y ahora les vamos a mostrar lo de nutrición. El dato de nutrición es tomado con las mismas características a los veinticuatro meses de vida, de estos 430 chicos que teníamos en el fichero. De estas tres cohortes, solamente pudimos evaluar 276, que eso es mas o menos un 64% del total de las fichas que teníamos. De estos 276 a los dos años, 227 son eutróficos, lo que supone un 82%. Tenemos un 17,7% de desnutridos con un 15,9% de primer grado, un 1,8% de segundo grado y en estas tres cohortes ninguno de tercer grado. Sigue un franco predominio del primer grado, en las desnutriciones, desnutrición leve no des-

nutrición grave. Si miramos la tendencia de los porcentaje nosotros teníamos; al sexto mes un 5,6 de desnutrición a los doce meses un 13,2% y a los veinticuatro meses, vamos teniendo, aunque no son cifras completas sino tendencia, un 17,7% de desnutrición. Pensamos que en alguna medida esto puede estar relacionado con la disminución de lactancia materna. No solo por el aspecto nutricional, sino por el aspecto de mayor vulnerabilidad a infecciones, sobre todo el tipo gastroenterales.- Bueno seguidamente el Dr. Lezcano va a comentar los resultados que el obtuvo con la aplicación del programa en el área programa del hospital de Aluminé.

TABLA 11

TABLA N° 11
ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION BAJO PROGRAMA
A LOS 24 MESES DE VIDA
COHORTES DE LOS NACIDOS EN JULIO, AGOSTO Y SETIEMBRE
DE 1981 (Sólo se incluye a los que concurren a ese control)
SERVICIO DE PEDIATRIA - HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

ESTADO NUTRICIONAL		24° MES DE VIDA			
		N°		%	
EUTROFICOS		227		82,2	
DESNUTRIDOS	I GRADO	44		15,9	
	II GRADO	59	5	17,7	1,8
	III GRADO			-	
TOTAL		276		100	

EVALUACION DE LA HISTORIA CLINICA PEDIATRICA EN EL DEPARTAMENTO "ALUMINE"

Dr. LEZCANO

AREA DE ESTUDIO: El area rural Alumine se encuentra en la zona cordillerana sudoeste de la Provincia del Neuquén, abarcando la totalidad del Departamento Alumine, cuya cabecera y única población nucleada es la localidad homónima.

A esta localidad se accede por tres vías terrestres: La ruta provincial N° 23 que la une a Junin de los Andes, distante 104 Km. por camino de tierra; la ruta provincial N° 16 que la une a Zapala, distante 145 Km. pasando por la cuesta del Rahue, con conexión a Las Coloradas; y la ruta provincial N° 13, que también la une con Zapala, tras recorrer 155 Km. pasando por el Lago Alumine y Primeros Pinos, con conexión a la localidad de Las Lajas. El Departamento estudiado limita con:

Al Norte: con el departamento Picunches, cabecera Las Lajas.

Al Este: con el departamento Catán Lil, cabecera Las Coloradas.

Al Sur: con el departamento Huiliches, cabecera Junin de los Andes.

Al Oeste: con la República de Chile, con quien se comunica a través de los pasos fronterizos de Icalma y El Arco, pudiendo acceder a las localidades chilenas de Cunco y Melipeuco.

La localidad cuenta hoy con un servicio regular de ómnibus que la comunican tres veces por semana con Zapala, y es visitada por importantes contingentes de turistas en la época de verano, atraídos principalmente por la belleza de sus lagos Alumine, Moquehue, Ruca Choroi, Quillén, Norquino.

Actualmente recibe la señal del canal 7 de televisión del Neuquén y esta conectada al sistema Nacional de Teledisco Automático, cuenta con escuelas primaria, secundaria con orientación gastronómica y turística, oficina de ENCOTEL, Sucursal del Banco de la Provincia del Neuquén, Hostería del Automóvil Club Argentino y otras Provinciales y privadas, etc. Es asiento del Escuadrón 32 de Gendarmería Nacional.

De la totalidad de la población, según el censo Nacional realizado en el año 1980, que sumaba 3.831 personas, la localidad de Alumine cuenta con 1.639 personas, es decir el 42,8% el resto, vale decir 2192 habitantes se encuentran diseminados en todo el Departamento que tiene 4.660 Kms. 2, lo que indica una densidad 0,47 habitantes por Km2.

El Hospital Rural Alumine, dependiente de la Zona Sanitaria IV con su jefatura en San Martín de los Andes, cuenta actualmente con cuatro Médicos de planta, un Odontólogo, un Técnico de Laboratorio, ocho Auxiliares de Enfermería y para el Area Rural, un Supervisor Intermedio y seis Agentes Sanitarios. Además funciona el Equipo n° de desparasitación canina dependiente del Programa del Control de la Hidatidosis, compuesto por tres personas. El Hospital De Area Alumine es de complejidad III contando con una dotación de 19 camas. Cuenta

con un equipo de radio transmisor-receptor que le permite comunicarse con los demás efectores dependientes de la Subsecretaría de Salud de la Provincia.

Para transporte y movilidad cuenta con dos camionetas Ford F 100 modelos 78 y 80 una para uso del Equipo de Hidatidosis y la otra para las Salidas al Area Rural, una Ambulancia Ford F 100 1980 y un Jeep modelo 70 con doble tracción.

Cuenta con Puestos Sanitarios en los Parajes Ruca Choroy, carrilil y La Angostura. En el Area estudiada se asientan varias reservaciones indígenas descendientes de los antiguos Mapuches, ellas son:

RESERVACION

Aigo
Puel Catalán
Currumil

PARAJE

Ruca Choroy y Carrilil
Lonco Luan y Moquehue
Currumil

APLICACION DE LA HISTORIA CLINICA PEDIATRICA EN EL DEPARTAMENTO ALUMINE:

Comienza a emplearse en Alumine Noviembre de 1981, con dos modalidades diferentes según sea la atención Urbana o Rural. **AREA RURAL:** se realizan ocho visitas programadas cada mes a catorce parajes distintos. Concurren dos Médicos, un odontólogo con equipo odontológico portátil, un Supervisor intermedio, el Agente Sanitario del lugar si lo hubiera y el chofer. Por las características de la atención el Médico en Area Rural controla al menor de dos años todos los meses, sin respetar si el control es Médico o de Enfermería.

AREA URBANA: se realiza según normas con citación programada, dación de leche y discriminando la atención Médica de la de Enfermería.

INTERPRETACION DE LOS DATOS EXTRAIDOS DE LA HISTORIA CLINICA PEDIATRICA:

Deseo primero aclarar el concepto de "Control del Menor de dos años" que se ha desvirtuado en las grandes poblaciones por las fugas que se producen, al optarse por distintas modalidades de atención Médica, (privada o Estatal), en cambio en Hospitales de pueblos pequeños como Alumine, son el único punto de prestación asistencial, por eso este concepto sigue vigente.

1) NUMERO DE NACIMIENTOS DURANTE LOS AÑOS 1981, 1982 y 1983 EN AREA URBANA Y RURAL: TABLA 1

GRAFICO 1

Observando este cuadro notamos un aumento progresivo y lento del total de nacimientos según aumentan los años. Sin variar sustancialmente los porcentajes entre area urbana y rural, notamos una pequeña disminución del n° de nacimientos en area urbana durante 1983, que puede estar dado por el aumento del control de la Natalidad, motivado por diversas pautas sociales y económicas. La tasa de Natalidad del Departamento Aluminé es del 37,7% y la de Mortalidad 6,2%.

POBLACION	AREA	TOTAL	NACIDOS	
			N°	%
AÑO 1981	URBANA	109	57	52.29
	RURAL		52	47.71
AÑO 1982	URBANA	116	64	55.17
	RURAL		52	44.83
AÑO 1983	URBANA	120	53	44.16
	RURAL		67	55.84

TABLA 1

2) CARACTERISTICA DE LA CAPTACION DE LA POBLACION BAJO CONTROL DE LOS NACIDOS ENTRE NOV. 81 A AGO. 82 Y SET.82 A JUL.83 A LOS 6 MESES DE VIDA: TABLA 2

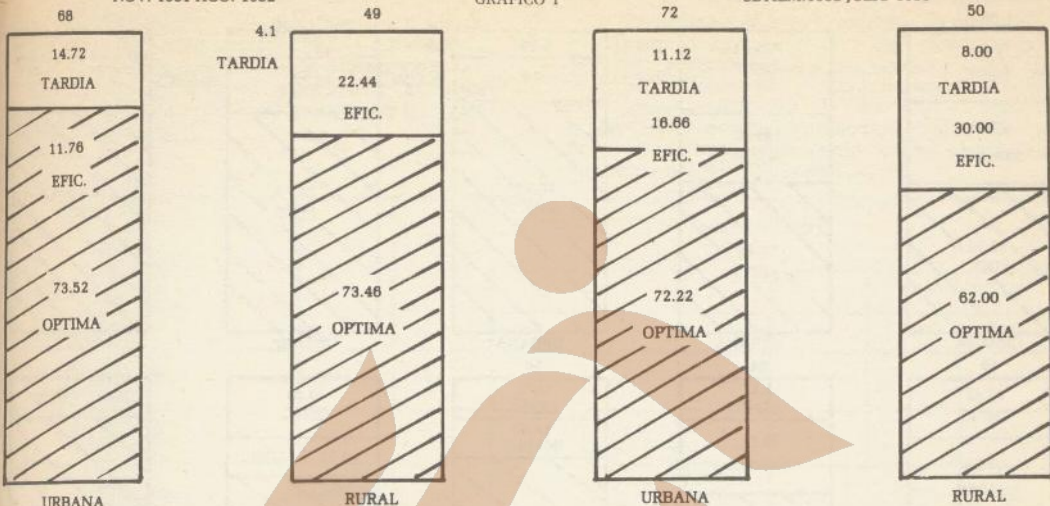
Deseo aclarar que dado el n° pequeño e irregular de nacimientos que se producen mensualmente en nuestra area (seis partos mensuales) decidí para que fuese mas significativa la muestra, tomar todos los consolidados a los 6 meses de vida, desde el inicio de la H.C. Pediátrica (Nov.81), hasta la actualidad, o sea los nacidos en julio de 1983, que fueron evaluados en febrero del 84 y los dividi en partes iguales, para que de este modo podamos... Observar las variaciones de los datos en dos periodos similares.

Comparando ambos periodos observamos que la captación en Area Urbana es similar, notando una disminución de la captación óptima en el último periodo, pero esto resulta comprensible si vemos el alto índice de captación eficiente que refleja la modalidad de atención en el area rural ya explicada. Por ej.: si nace un niño el día 15 de julio se va de alta al 2° o 3° día y luego es captado por nosotros en la visita Médica mensual que realizamos al paraje que habita. Si esa visita se realizara por ejemplo el 19 de agosto ya sería una captación **eficiente**, pues pasa los 30 días de vida al momento de captarlo. Si sumamos la captación óptima y la eficiente de ambos periodos vemos que las cifras son similares.

En el gráfico de barras, notamos mas claramente las características de la sumatoria mencionada. Con respecto al aumento de la captación tardía del area urbana, esto puede explicarse por las características de la población que esta compuesta por un gran número de personal de Gendarmeria Nacional que sufre traslados anuales y hace que ingresen al control niños con mas de 2 meses de vida.

POBLACION	AREA	TOTAL	CAPTACION					
			OPTIMA		EFICIENTE		TARDIA	
			N°	%	N°	%	N°	%
NACIDOS ENTRE NOVIEMBRE 1981	URBANA	68	50	73.52	8	11.76	10	14.72
Y AGOSTO 1982	RURAL	49	36	73.46	11	22.44	2	4.1
NACIDOS ENTRE SETIEMBRE 1982	URBANA	72	52	72.22	12	16.66	8	11.12
Y JULIO 1983	RURAL	50	31	62.00	15	30.00	4	8.00

TABLA 2



3) CALIDAD DE LOS CONTROLES EN LA POBLACION BAJO CONTROL A LOS 6 MESES, AL AÑO Y 24 MESES DE VIDA. COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOV. 81 A AGO. 82 SET. 82 A JUL. 83 Y NOV. 81 A FEB. 82: TABLA 3 GRAFICO 3

Aquí seguí el mismo sistema que en el cuadro anterior, para la recolección de datos, dividi en dos grupos iguales a los consolidados de los 6 meses y al año, en cambio para los de 24 meses tomé los únicos 4 consolidados realizados o sea los nacidos entre Nov.81 a Feb. del 82.

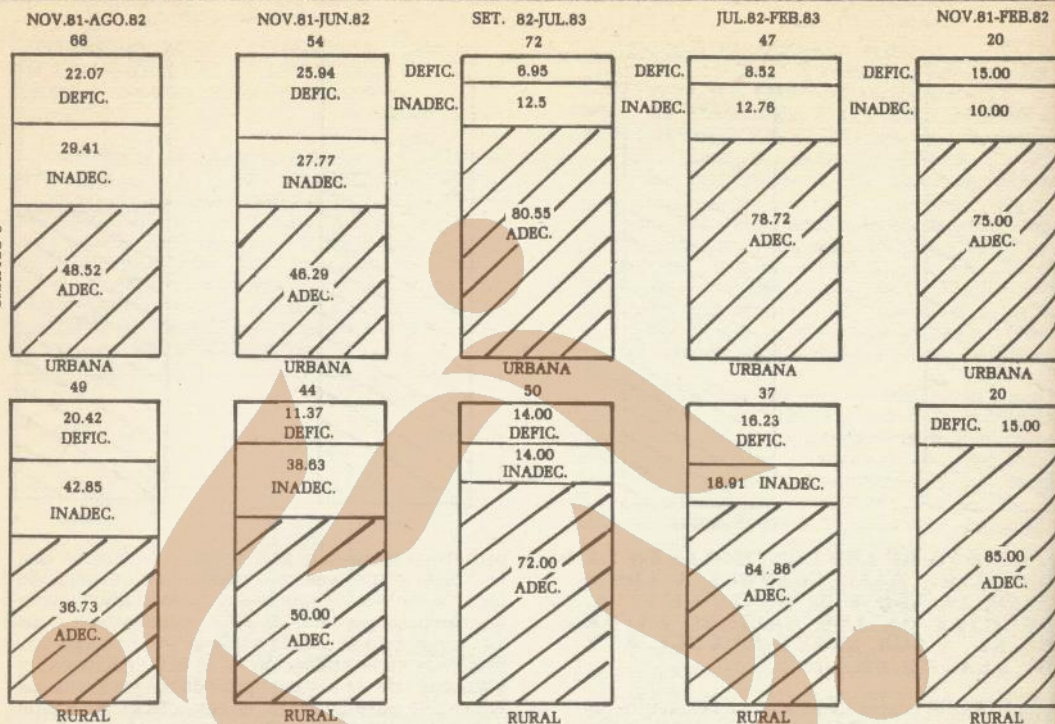
Se observa un bajo indice de controles adecuados en el primer periodo de la aplicación de la H.C.

pediátrica tanto en el area urbana como rural, que contrasta con el aumento sostenido en el segundo periodo tanto a los seis meses como al año de vida manteniendo porcentajes altos de cobertura a los 24 meses. Esto se podría explicar por la mayor experiencia en la aplicación de la H.C.Pediátrica, el comienzo en este segundo período del programa de Educación para la Salud, el aumento en N° y calidad de los agentes Sanitarios (2 mas en el area rural) y la dación de leche que fue constante durante este segundo período.

En el gráfico de barras vemos claramente como aumenta progresivamente el n° de controles adecuados a medida que avanza en el tiempo la aplicación de la H.C. Pediátrica.

POBLACION	AREA	TOTAL	CONTROLES					
			ADECUADO		INADECUADO		DEFICIENTE	
			N°	%	N°	%	N°	%
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOVIEM.81-AGO.82 AL 6° MES DE VIDA	URBANA	68	33	48.52	20	29.41	15	22.07
	RURAL	49	18	36.73	21	42.85	10	20.42
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOVIEM.81-JUNIO 82 AL AÑO DE VIDA	URBANA	54	25	46.29	15	27.77	14	25.94
	RURAL	44	22	50.00	17	38.63	5	11.37
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE SET.82 A JULIO 83 AL 6° MES DE VIDA	URBANA	72	58	80.55	9	12.5	5	6.95
	RURAL	50	36	72.00	7	14.00	7	14.00
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE JULIO 82-FEB. 83 AL AÑO DE VIDA	URBANA	47	37	78.72	6	12.76	4	8.52
	RURAL	37	24	64.86	7	18.91	6	16.23
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOVIEM.81-FEB.82 A LOS 24 MESES	URBANA	20	15	75.00	2	10.00	3	15.00
	RURAL	20	17	85.00	3	15.00	0	0

GRAFICO 3



4) ESQUEMA DE VACUNACION EN LA POBLACION BAJO CONTROL A LOS 12 Y 24 MESES DE VIDA. COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE: NOV.81 A FEB.82 JUL.82 A FEB.83 Y NOV.81 A FEB.82.

TABLA 4 GRAFICO 4

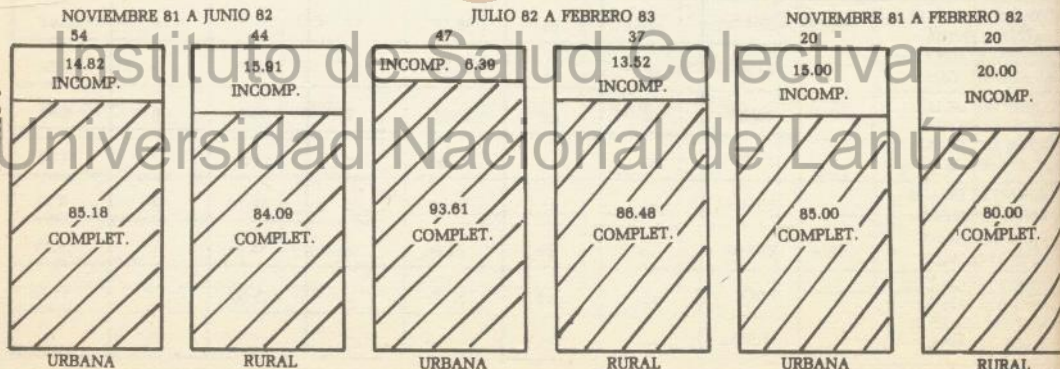
OBSERVAMOS: una buena cobertura en vacunas durante estos dos períodos, que se mantiene a los 2 años de vida. Notamos un aumento de la cobertura en el area urbana durante el segundo período, que puede deberse a una mayor difusión de las campañas (televisivas, gráficas en el Hospital), a la vacunación domiciliar que realizamos completando esquemas, sin olvidar el mejor acceso geográfico al Sistema de Salud.

En el gráfico de barras notamos claramente las tendencias expuestas.

TABLA 4

COHORTE	AREA	TOTAL	ESQUEMA VACUNAL			
			COMPLETO		INCOMPLETO	
			N°	%	N°	%
NACIDOS ENTRE NOV.81 A JUNIO 82 AL AÑO DE VIDA	URBANA	54	46	85.18	8	14.82
	RURAL	44	37	84.09	7	15.91
NACIDOS ENTRE JULIO 82 A FEB.83 AL AÑO DE VIDA	URBANA	47	44	93.81	3	6.39
	RURAL	37	32	86.48	5	13.52
NACIDOS ENTRE NOV.81 A FEB.82 A LOS 24 MESES	URBANA	20	17	85.00	3	15.00
	RURAL	20	16	80.00	4	20.00

GRAFICO 4



5) ALIMENTACION AL PECHO EN LA POBLACION BAJO PROGRAMA A LOS 6 MESES Y AL AÑO DE VIDA. COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE: NOV.81 A AGO.82 SET.82 A JUL.83 NOV.81 A JUN.82 JUL.82 A FEB.83. TABLA 5

Es de destacar el alto porcentaje de amantamiento en el area rural tanto a los 6 meses como al año, debido seguramente a pautas culturales y tradicionales, a lo que se suma la practicidad y los bajos ingresos económicos. Por otro lado se observa un bajo índice de amamantamiento en el area urbana al año de vida, coincidente con las costumbres determinadas por este medio Social.

POBLACION	AREA	TOTAL	LACTANCIA MATERNA					
			SI		NO		SE DESCONOCE	
			N*	%	N*	%	N*	%
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOVIEM.81 A AGO.82 AL 6° MES DE VIDA	URBANA	88	38	55.88	25	36.76	5	7.36
	RURAL	49	43	87.75	2	4.08	4	8.17
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE NOVIEM.81 A JUN.82 AL AÑO DE VIDA	URBANA	54	17	31.48	29	53.70	8	14.82
	RURAL	44	33	75.00	10	22.72	1	2.28
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE SETIEM.82 A JUL.83 AL 6° MES DE VIDA	URBANA	72	44	61.11	25	34.72	3	4.17
	RURAL	50	43	86.00	6	12.00	1	2.00
COHORTES DE LOS NACIDOS ENTRE JULIO 82 A FEB.83 AL AÑO DE VIDA	URBANA	47	16	34.04	19	40.42	12	25.54
	RURAL	37	23	62.16	7	18.92	7	18.92

6) DISCRIMINACION DE LAS CONSULTAS POR CONTROL Y POR PATOLOGIA AÑOS 1982/83. TABLA 6

años estudiados. Si se nota un aumento en la consulta por patología en el area rural que se debe al ingreso de agentes Sanitarios nuevos y al mejor trabajo en terreno de todos que aumentaron la derivación de pacientes.

No se observan grandes diferencias entre los 2

POBLACION	AREA	TOTAL	CONSULTAS			
			CONTROL		PATOLOGIA	
			N*	%	N*	%
AÑO 1982	URBANA	1681	961	57.16	726	42.83
	RURAL	1117	1073	96.06	44	3.94
AÑO 1983	URBANA	1692	1007	53.22	885	46.78
	RURAL	1104	1006	91.12	98	8.88

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

7) TOTAL DE MENORES DE 2 AÑOS BAJO CONTROL EN PLANTA URBANA Y DESNUTRIDOS EXISTENTES HASTA FEBRERO DE 1984. TABLA 7

Observamos un buen número de Eutróficos que se correlaciona con los porcentajes de la Provincia. El porcentaje de "se desconoce" pertenece a los niños que han faltado a control el mes de febrero del corriente año que fue tomado el dato.

POBLACION	MENORES DE 2 AÑOS BAJO CONTROL						
	TOTAL	EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		SE DESCONOCE	
	N°	N°	%	N°	%	N°	%
URBANA	149	106	71.15	20	13.42	23	15.43

TABLA 7

8) TOTAL DE MENORES DE DOS AÑOS BAJO CONTROL Y DESNUTRIDOS DEL AREA RURAL POR PARAJES. EXISTENTES AL 28 DE FEBRERO DE 1984. TABLA 8

Pasemos a explicar algunos índices altos de desnutrición y pesos que se desconocen en algunos parajes:

QUILCA: estos cuatro niños (dos desnutridos y dos se desconoce) son cuatro partos domiciliarios de mal medio, que habitan un paraje alejado (130 Km.), sin agente Sanitario hasta hace pocos meses y que permanece inaccesible durante gran parte del año, por la nieve durante el invierno y la crecida de los ríos al comienzo del verano.

QUILLEN: paraje situado a 50 Km aproximadamente de Aluminé accesible durante todo el año, con un buen nivel socioeconómico comparándolo con los demás parajes. De estos dos desnutridos uno fue un prematuro con baja curva de crecimiento en gral y el otro un niño eutrófico que a los 17 meses sufre un cuadro de Neumonía con Insuficiencia Respiratoria que lo hace descender por debajo del percentilo 10 y es evaluado por nosotros a los dos meses de este cuadro y lo encontramos saliendo de su desnutrición.

RAHUE Y CURRUMIL: parajes cercanos al pueblo bien atendidos por el Agente Sanitario, accesible durante todo el año. De estos cuatro niños desnutridos, 2 son pretérminos, uno que baja de peso por patologías a repetición (Bronquiolitis), y el otro de mal medio y abandonado por su madre (lo cuida una tía).

El niño que se desconoce su estado nutricional es eutrófico.

RUCA CHOROI: es el paraje mas habitado, de costumbres indígenas mas arraigadas donde se hace difícil la comunicación. Accesible todo el año, salvo raras excepciones. De estos 12 niños (4 desnutridos y 8 se desconoce) 7 son bajo peso, de los cuales 6 lo son por mal medio socioeconómico (2 con partos domiciliarios). El otro niño sufrió una Atelectasia Pulmonar por lo que descendió de peso,

actualmente en recuperación.

CARRILLI: paraje de similares características al anterior pero mas cercano al pueblo y mas accesible en todos los aspectos, geográficos y culturales. De los seis casos (1 desnutrido y 5 se desconoce) dos son desnutridos de mal medio socioeconómico los otros cuatro son eutróficos.

POI PUCON: ubicado 10 Km. del Hospital accesible todo el año. Estos 2 niños son de muy mal medio socioeconómico.

ABRA ANCHA: Paraje accesible todo el año, cercano al pueblo (8 Km.). De estos 2 niños, uno es buen medio que descende de peso por una diarrea severa y es captado por nosotros saliendo de su desnutrición. El otro niño es de mal medio socioeconómico.

LAS HORQUETAS: paraje ubicado a 15 Km. del Hospital sin caminos de acceso, al momento del estudio, (en este momento en construcción). El niño desnutrido es de mal medio socioeconómico.

NORQUINCO: Paraje ubicado a 60 Km. del pueblo se llega durante todo el año, a veces con dificultad y otras se cortan los caminos en invierno. Estos 2 desnutridos fueron partos domiciliarios de mal medio socioeconómico.

Los totales son similares a los del área urbana, no hay gran variación de números, la particularidad de este cuadro es un 38% de "se desconoce", en Ruc Choroy, por ejemplo un 23% de "se desconoce" en Carri Lil, este número alto está dado por la veranada. Los habitantes de esos parajes en verano suben con los animales a los cerros para que pasten allí entonces no traen a los chicos al control y es por eso que aumentó mucho el número de "se desconoce" y cambia sustancialmente los valores que por otro lado no son muy significativos por el número pequeño de chicos que tenemos.

Dra. Boicocchi-Quería aclarar que ese "se desconoce" de Aluminé es cubierto probablemente por la zona de Las Lajas u otra donde esta gente va, entonces le aumenta el porcentaje de población al otro hospital y le aumenta el "se desconoce" a el.

PARAJES	TOTAL	MENORES DE DOS AÑOS BAJO CONTROL					
		EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		SE DESCONOCE	
		N°	%	N°	%	N°	%
LA ANGOSTURA	13	10	76.93	1	7.69	2	15.38
QUILCA-AULACHANQ.	9	5	55.56	2	22.22	2	22.22
QUILLEN	11	9	81.82	2	18.18	0	0
RAHUE-CURRUMIL	10	5	50.00	4	40.00	1	10.00
RUCA CHOROI	21	9	42.88	4	19.04	8	38.08
CARRILIL	21	15	71.44	1	4.76	5	23.80
POI PUCON	7	5	71.43	2	28.57	0	0
ABRA ANCHA	2	0	0	2	100.00	0	0
LAS HORQUETAS	1	1	100.00	0	0	0	0
LONCO LUAN	16	12	75.00	2	12.50	2	12.50
NORQUINCO	5	3	60.00	2	40.00	0	0
PULMARI	9	7	77.78	0	0	2	22.22
MOQUEHUE	2	2	100.00	0	0	0	0
TOTAL	127	83	65.36	22	17.32	22	17.32

9) COHORTE DE LOS MENORES DE DOS AÑOS BAJO CONTROL Y DESNUTRIDOS A LOS 6 MESES. AL AÑO Y 24 MESES DE LOS NACIDOS ENTRE: NOV.81 A FEB.82:

TABLA 9

En este cuadro observamos un alto porcentaje de eutróficos, tanto en area urbana y rural a los 6 meses de vida que está en relación directa con la alimentación al pecho casi exclusiva en este periodo. Luego al año de vida aumenta la desnutrición en area rural sobre todo por el bajo medio socio económico y en area urbana existe un 25% de se desconoce que está dado por la falta al control en febre-

ro del corriente año, pero de ellos uno solo es desnutrido y los otros cuatro eutróficos.

A los 24 meses, llama la atención el 25% de desnutridos del area urbana, los cuales vamos a desglosar: 2 son de medio social y económico bajo, uno es bajo peso al nacer con sepsis neonatal y una curva de peso al limite por debajo del percentilo 10. Otro niño también de bajo peso al nacer con patologías a repetición (Quimioprofilaxis TBC, infecciones Urinarias, Diarreas). El último niño de buen peso que sufre convulsiones febriles y CUAS a repetición en el 18 mes por lo que desciende por debajo del percentilo 10 y es tomado por nosotros a los 19 meses de vida en recuperación.

COHORTES	AREA	TOTAL	MENORES DE DOS AÑOS BAJO CONTROL					
			EUTROFICOS		DESNUTRIDOS		SE DESCONOCE	
			N°	%	N°	%	N°	%
SEIS MESES	URBANA	25	21	84.00	3	12.00	1	4.00
	RURAL	23	21	91.30	0	0	2	8.70
AÑO	URBANA	20	13	65.00	2	10.00	5	25.00
	RURAL	22	15	68.18	5	22.72	2	9.10
24 MESES DE VIDA	URBANA	20	14	70.00	5	25.00	1	5.00
	RURAL	20	14	70.00	3	15.00	3	15.00

Dr. PELLIN

Queda abierto entonces, tenemos un buen rato para contestar las preguntas de ustedes.

Dr. Quirno Costa:

No es una pregunta, sino agregar algo que dijo el Dr. Lezcano para conocimiento de los colegas que no son de la provincia, posiblemente el área de Aluminé sea la que presenta mayores dificultades desde el punto de vista de la barrera cultural, prácticamente un altísimo porcentaje de la población es de origen mapuche y viven en reservas, tiene una altísima carga de población rural en relación a la población urbana y es donde llegan todos los condicionantes, además de inaccesibilidad geográfica climática, de manera que esas cifras son el fiel reflejo de todos los inconvenientes, posiblemente sea además, incluso deprimidas en la parte económica el área mas deprimida de toda la provincia de manera que si bien las cifras no son tan elocuentes como las que da el área del Hospital Regional Neuquén y a las que da la zona Norte, aquí se nota en forma muy marcada la influencia de estos elementos geográficos y socio-culturales.

Dr. Moglia

Yo no quiero hacer una pregunta, sino una reflexión sobre los datos que había dado el Dr. Ferrari, que notamos esa tendencia que aumenta la desnutrición en el segundo semestre de vida, entonces plantea una reflexión para ver si tenemos que volcar mas esfuerzo en ese semestre, posiblemente aumentando el aporte calórico, es decir por ahí tenemos que tratar de modificar la leche que estamos usando en la entrega que la usamos también para, como parte de captación y ver de entregar un alimento de mayor valor calórico para disminuir la desnutrición de ese segundo semestre que parece que sería nuestro talón de Aquiles en este momento

Me sugieren que para mayor posibilidades de evacuar preguntas el que desea puede hacerlo por escrito y hacerla llegar a la mesa. Dr. Mardones acotaba algo?

Decía que la practica es muy fácil responder a la pregunta que hacía el Dr. Moglia agregando una cucharada de aceite vegetal en las comidas. Con lo que aumente fuertemente las calorías.

Dr. Arce:

En primer lugar quería responder un poco a la observación que hizo el Dr. Mardones mas temprano acerca de las curvas unisex, no tengo nada que objetar a las cosas unisex, a los revestimientos y otras cosas, con respecto a las curvas tengo algunas reflexiones: al llegar al primer año de vida la diferencia del peso entre varones y mujeres es de casi 10% la curva unisex significaría un cierto sobregistro de niños desnutridos femeninos y un subregistro de varones, no se si es muy importante simplemente existiría, a los dos años la diferencia de sexo sobrepasa al 10% por lo cual el sobregistro femenino y el subregistro masculino aumentaría algo mas ahora si se trata de un programa a iniciar en un país, una región, un lugar donde no lo hay previamente, estoy de acuerdo en que la curva unisex simplificaría las acciones de salud abarata los

costos, elimina el problema de que talten fichas femeninas o masculinas aisladas, etc. Ahora cuando ya se dispone de H.C. separadas por sexo y ya existe el hábito en el equipo de salud de aplicarlas creo más conveniente y más ajustada a la realidad biológica de cada sexo y tenerlas separadas. Ahora con respecto a si se usan percentilos o porcentajes límites para evaluar la desnutrición quería recordar que Federico Gómez en su trabajo original enfatizó que el diagnóstico de desnutrición es eminentemente clínico, nos valemos de las tablas también, pero la impresión clínica que nos hace el niño es importante y que si fuéramos estrictamente científicos lo mas ajustado sería tomar los percentilos o los desvíos standar, inclusive habría que añadir si uno quisiera el factor del tamaño materno para su influencia sobre el peso del niño y también la estatura de ambos padres biológicos para conocer la expectativa de talla a medida que pasan los meses y se acerca a los dos años, es decir aca se observaría el fenómeno de encarrilamiento o de Shifting todo esto logicamente tropieza aveces con inconvenientes prácticos que a los fines operativos los porcentajes como propuso Gómez son los mas sencillos. El criterio del grupo pediátrico Neuquino al cual pertenezco y en cuyos debates participé, ha resultado un tanto híbrido dado que para el límite de eutróficos a desnutrido de primer grado se basa en un percentilo 10, lo que en porcentaje sería aproximadamente al menos 13% y para los límites de segundo y tercer grado toma los porcentajes de 25 y 40% como decía Gomez, resumiendo, la propuesta sería de que se consiguiera definitivamente unificar si fuera posible mundialmente o por lo menos nacionalmente o regionalmente los criterios para poder comparar resultados, todo es convencional, no vamos a tachar a un niño de desnutrido porque tenga un peso determinado si va progresando en su percentilo a lo largo del tiempo tiene pautas psicomotoras de acuerdo a su edad y su impresión clínica general es buena ni tampoco vamos a estar tranquilos con un niño que tiene un peso que no nos impresiona clinicamente bien. Una última reflexión acerca de las historias que se extravían en los posibles abandonos lo que figura acá en los cuadros como el "se desconoce", recuerdo simplemente la sugerencia de Morley en su libro y también de organismos de salud internacional de entregar a los padres la documentación de salud del niño, y que para las recopilaciones de datos se evalúan las cohortes de niños, tendría una unica reflexión es que en este caso no sería posible o conveniente en muchas ocasiones colocar el juicio que hace el médico sobre la madre del niño a lo sumo habría que otorgarle a la madre el beneficio de poner la opinión que tiene ella del médico.

-Muy bien gracias Dr. Arce.

Dr. Mardones:

-Yo sé que no puedo competir como payador con el Dr. y quiero agradecerles sus reflexiones porque son realmente muy valiosas, creo que no sería practico en el relativo volver atras cuando ya se tienen las historias para ambos sexos, mi unica reflexión es pedirles que el grupo que está estudiando la evolución ponderal de varones y mujeres empiece a separarla porque mi duda está en que el pa-

trón de referencia, que son los niños de La Plata, una población muy sui generis dentro del país, no son representativas del país y probablemente esta diferencia sexual no se va a repetir en el resto del país, en algún momento tuvimos la oportunidad con el Dr. Cusminski, y un colega cuyo nombre no recuerdo, que estaba haciendo el mismo estudio en Córdoba, no se observaban estas diferencias que Cusminski encontraba en La Plata, hay algunos hábitos que pueden significar que en algunos puntos del país el varón se alimenta mas por una disposición espiritual o cultural de la madre o de la familia y entonces tomar un patrón de referencia constituye un problema muy complejo. Morley presidió una comisión internacional con los técnicos mas calificados del mundo durante muchos años y probaron la información del N.C.F.E. precisamente porque tenía todas las características en contra de las que tiene el grupo de La Plata El grupo de La Plata tiene una tremenda homogeneidad étnica, una tremenda homogeneidad de estratosociales, mientras que el grupo de la O.M.S. propuso el estudio más numeroso, mejor analizado con datos altamente confiables pero con alta heterogeneidad étnica y de estratosociales de tal manera que la medida de tendencia central fuera influenciada por todas estas variables e incluso la dispersión fuera también igualmente influenciada por estas consideraciones teoricas no deben producir ninguna duda a los que están trabajando en el terreno, en Neuquén hay fichas que están escritas, que están impresas y que disponen de ellas, lo importante es llenarlas bien y tener siempre la capacidad de asombro para iniciar cualquier investigación, es decir, ver si se puede producir de acuerdo a esta tabla de referencias tasa de desnutrición diferenciales por sexo. Muchas gracias.

Dra. Boiocchi

-En Chos Malal, aparte del hospital contamos con dos centros periféricos que son atendidos, por los mismos médicos del hospital. En estos centros está ya la historia del niño, entonces el control también se hace ahí con sus turnos, sus horarios, no hay espera la patología si y sobre todo si es por guardia va al hospital pero sino incluso la patología es atendida en el centro. La visita programada, la ambulancia aparte de todas las cosas que lleva, lleva el fichero de las H.C. de cada chico porque cada agente, sanitario sabe que número tiene, cuantos son, de que edad y ya carga las fichas.

-Yo me permití decirle a la Dra. que son los mismos médicos, es decir el que atiende en el centro periférico es el mismo médico que el que atiende en el hospital, la madre no va a encontrar una atención diferente, es el mismo tipo de atención, solamente son muchas más comodidades en el Centro de Salud para los controles que en el hospital, y los médicos son los mismos que atienden en el Centro de Salud

Dr. Quirno Costa.

-Esto que se está tocando en este momento marca

un concepto fundamental en lo que la extensión de la cobertura, sobre todo a través de consultorios periféricos urbanos o puestos sanitarios rurales. Estos consultorios tienen que funcionar como si fueran consultorios externos del hospital a distancia o sea no otra institución de salud puesta y que el plantel es el mismo es decir, que la responsabilidad técnica y administrativa del manejo de ese puesto sea del hospital base y que los profesionales que trabajan en el puesto también sean profesionales del hospital porque entonces de esa manera el paciente que se atiende en el centro en forma ambulatoria cuando requiere internación sigue atendido por el mismo equipo y el médico no se desconecta del hospital lo que tradicionalmente ocurre cuando un médico de los centros periféricos no tiene relación con el hospital es que se produce un corte en el médico y hasta a veces rechazan el manejo de los pacientes, yo creo que esto es una premisa fundamental en cualquier tarea de cobertura.

En cuanto a los problemas de accesibilidad económica, en nuestra provincia no hay ningún bono ni ticket moderador, ni bono de cooperadora, ni extrahospitalario o sea que la atención es absolutamente gratuita.

Dra. Richiger de Cazali, de Rosario.

Yo quería saber que peso o porcentaje tienen las consultas de control por programa de las consultas totales?.

Dr. Ferrari: es un dato el año 1982, era mas o menos un 20% del total de las consultas pediátricas hasta 14 años, es decir el 20% eran consultas por control en menores de 2 años.

-No se si hay alguna otra pregunta, de lo contrario... si Dr. Mocilia.

-Yo quería hacer una observación también sobre el asunto de las vacunas de lo que decía el Dr. Ferrari del bajo porcentaje que tenemos de cobertura al sexto mes porque somos muy exigentes con el registro.

En la zona que trabajo yo, Centenario inclusive Neuquén tambien, el único lugar privado que se vacuna es el Centro Privado pero el resto de la vacuna la concentra el hospital o los centros periféricos y si uno compara las vacunas que tenemos anotadas en las historias clínicas y comparamos con las vacunas hechas realmente en el vacunatorio ya sea en el hospital o en los centros periféricos vemos que realmente la utilización de vacuna es muchísimo mayor que en aquellos y lo que ocurre en mi zona (hospital Centenario) donde la vacuna la concentra el hospital y los cuatro centros periféricos que dependen del hospital, no hay sector privado que vacune y nosotros vemos que al sexto mes una aplicación incompleta de vacunas. Son muchísimas madres que actualmente tenemos anotadas en la historia, para ser buscadas y completar el esquema así es que al ser tan exigente en nuestra anotación al sexto mes tenemos ese porcentaje bajo, registro que mejora al año y a los dos años.

Dr. Mardonez:

-Hoy día hemos discutido fundamentalmente en la atención primaria al cuidado directo de la salud, pero entiendo que en la provincia hay una gran preocupación por realizar la atención primaria en su amplio concepto, es decir, con la participación

multisectorial y que debiera expresarse por ejemplo en la programación local conjuntamente con el sector educacional, de agricultura, de producción vivienda, etc., nos gustaría si nos pudieran resumir como está conectado este programa de extensión de cobertura de atención médica con la actividad de los otros sectores.

Dr. Pellin

-En este momento esto es una aspiración, nosotros en este momento la única concreción de una actividad conjunta con educación la tenemos en el servicio con la escuela domiciliaria, en nuestro servicio funciona una escuela domiciliaria dependiente del Consejo Provincial de Educación y esa misma escuela domiciliaria acaba de designar dos docentes de nivel primario para las actividades de estimulación temprana en la población del barrio El Progreso destinada a todos los chicos hipostimulados funcionales no biológicos, o sea no con retardo psicomotores biológicos, que en este momento es un programa que se va a llevar a cabo este año, va a comenzar como una experiencia piloto esa área, no hay en este momento, salvo la intención digamos política mayoritaria de la fuerza más importante de la provincia en visualizar esto como una estrategia realmente positiva para la cosa multidisciplinaria e interdisciplinaria o sea convertir cada Centro de Salud en un Centro de Acción Social como un objetivo probablemente a más largo plazo. Por otra parte uno de los sectores es la comunidad propiamente dicha, en este momento a nivel político-institucional vamos advirtiendo la creación de centros vecinales y centros barriales organizados y que tienen una figuración legal institucional real, una gran representatividad concreta y reconocida, como para que puesta a ese nivel es el escalón comunitario interaccional con lo que es el equipo de salud...

PREGUNTA:

-Yo quería hacer un pequeño comentario o reflexión, hemos visto con gran alegría como el nivel de salud de la población de Neuquén ha mejorado en estas últimas décadas, pero también hemos visto que existe de parte de los profesionales presentes un deseo de que este nivel de salud siga aún mejorando y decíamos hace unos días, salud para todos en el año 2000. busquemos estrategias para lograr

lo. Yo, desde el campo de las ciencias sociales aplicadas a salud les haría la siguiente reflexión: si bien es cierto la salud es un fenómeno biológico también es un fenómeno social, y desde este punto de vista no debemos considerar como cumplida nuestra misión. Cuando un niño llega al sistema formal de salud y cuando ha ido a hacer la consulta se le ha dado la receta o se le ha dado el remedio, existe de parte de la población hábitos, creencias, costumbres, tabues que hacen que un grupo de la población no cumplan las normas emanadas con el sistema de salud. Cuando recorremos los países, distintas cosas nos encontramos: con que los remedios que han sido regalados con mucho esfuerzo por los hospitales, centros o puestos de salud preguntamos a las madres, porque usted no lo usó? "-no porque a la vecina de al lado el color de la pastilla era roja y cuando es roja es mala, si es amarilla es buena", como ejemplo digamos, yo digo que no perdamos de vista también este aspecto, el aspecto sociológico del problema de salud, porque quien va a hacer lo posible por mejorar u cumplir lo que ustedes les digan, las normas que ustedes les digan, es la madre y si la madre no está convencida de que eso que debe hacer va a seguir con los yuyos o va a usar el curandero o va a ir a la farmacia. Yo diría que un poco retorna a algo que dijo el Dr. Perrone, primero para investigación en este sentido yo estímulo a varios colegas que están acá presentes, incluso psicólogos, sociólogos que colaboren y se tomen de la mano con los médicos y junto con los datos estadísticos puedan realmente buscar la cadena causal de factores que llevan a la determinación de los daños o del riesgo de enfermar y morir, en este sentido yo diría que, una línea de investigación podría ser elaborar un instrumento de riesgo de no demandar al sistema formal de salud, una segunda línea elaborar un instrumento de predicción de riesgo de no cumplir con las normas que sistema formal de salud ha hecho.

Muchas gracias.

Ya cerrando la mesa quiero agradecerles a todos los panelistas la extraordinaria colaboración que han tenido para la exposición de este tema y a todos ustedes también por el interés demostrado en seguir en la redacción de este tema.

Muchas gracias.

QUINTAS JORNADAS DE MEDICINA RURAL DEL NEUQUEN

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús
14-17 MARZO 1985
JUNIN DE LOS ANDES - NEUQUEN
INFORMES E INSCRIPCION
C.C. 705 - 8300 NEUQUEN

TE 0943 - 32118 - 32255

EL EQUIPO DE SALUD Y LA COMUNIDAD: UNA EXPERIENCIA NEUQUINA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Dr. WILLE ARRUE
Lic. RICARDO MUSSO

El concepto de salud mental refiere estados de adaptación del individuo a la sociedad. Es el elemento cultural, especialmente, el que determina qué conducta es compatible con la normalidad. En la propuesta de equipo metadisciplinario de salud, esta vinculación con lo social se acentúa, exige que la comunidad no solamente sea receptora de las acciones de salud, sino que sea activa emisora.

Según el enfoque priorizado por el observador, la disfunción mental es desde lo biológico una enfermedad, desde lo intrapsíquico un síntoma, y desde lo relacional una conducta. Esta ambigüedad etiológica dificulta su caracterización, y por ello su enfoque, exigiendo al operador la incorporación de elementos que se asocian o influyen la disfunción, y sobre todo, imponiendo el desarrollo de la investigación, con todas las dificultades del caso.

En atención primaria, es necesario integrar las prevenciones primaria, secundaria y terciaria, y volcar los recursos existentes a las poblaciones vulnerables, disminuyendo la brecha existente entre la demanda y la necesidad.

La respuesta social a la enfermedad mental, así como a los discapacitados, cambió en el transcurso del tiempo. Incluyó, en su momento, la hoguera y las cadenas. El encierro en instituciones custodiales, y el empleo indiscriminado de choques eléctricos y medicamentos, forma parte de la réplica actual.

Enfoque familiar

Los conjuntos humanos se transforman en el tiempo. De ellos, es el familiar el que presenta las relaciones más intensas y durables. Cuando su transformación se detiene, se produce la disfuncionalidad, y puede aparecer la enfermedad mental como signo de la misma.

El enfoque familiar posibilita no solamente la atención al individuo y a su sistema relacional, sino también la integración del aspecto social, dadas las relaciones existentes no solamente en la producción y el mantenimiento, sino fundamentalmente en la superación de la disfuncionalidad.

Enfoque comunitario

La atención primaria en salud mental no tiene un cuerpo organizado de conceptos, que si bien consti-

tuye una traba, facilita la creatividad.

La participación es el recurso prioritario de la misma. La participación se facilita en el trabajo familiar y grupal, y es la base del comunitario, exigiendo la redistribución de la patología, herramienta indispensable en la búsqueda de la responsabilidad común.

La tolerancia social hacia la enfermedad mental, y quiénes la sufren, se encuentra desarrollada en las comunidades pequeñas, y sobre todo, en el área rural, donde existe un acrecentamiento de las relaciones personales y grupales, que es la contracara de la anomia en que se sumerge el individuo en las grandes ciudades.

El trabajo interinstitucional es un recurso de valor para desarrollar cualquier trabajo social, incluso en salud mental. Está facilitado por lo que Caplan llamó oportunismo planeado, vinculado este concepto a la estrategia y táctica militar. También habla del efecto bola de nieve al referirse a la expansión de actividades.

Es necesario prescindir al máximo las derivaciones, de las internaciones y de la medicación, para reducir o evitar, de ser posible, la rotulación de un persona como enferma. Una vez que la red familiar y social identificó, o peor aún, lo aisló con internaciones, más las prolongadas, compensa automáticamente su ausencia, y dificulta su reinserción. Sacarse el estigma de loco es difícil, más aún después de sufrir la privación emocional y sensorial que provocan las internaciones prolongadas.

CRISIS Y CAMBIO

Nuestra tarea se apoya en el cambio que todo individuo o grupo social debe lograr en la búsqueda de eso que se llama bienestar. Estos cambios van posibilitando estados de equilibrio dinámicos, desde el momento de su producción hasta la necesidad del nuevo cambio. Para que se exprese el cambio, a menudo cada sistema humano requiere lo que llamamos crisis. La crisis, si bien es siempre única, original, podríamos decir que se pueden dividir en accidentales, o no comunes, y crisis vitales, que son las que inevitablemente jalonan la vida del individuo y su flia., como la formación de la pareja, el nacimiento del hijo, su independencia, la muerte de un ser querido, etc.

Ante la crisis, la flia, consulta a figuras que con-

sidera relevantes, en gral. no profesionales. En dichas situaciones, cualquier influencia, por pequeña que sea, determina conducta diametralmente opuestas, porque la plasticidad de los individuos y sus vinculaciones se acentúan extraordinariamente.

La inclusión adecuada del equipo terapéutico en la comunidad, le permite ensanchar su campo de acción, facilitando la demanda y, sobre todo, le posibilita operar indirectamente a través de sustitutos terapéuticos, que son líderes naturales de cada comunidad, quienes solicitan asesoramiento o directamente derivan.

Nuestra modalidad de trabajo exige que la definición de la crisis sea tarea de la familia; esta definición, tiene relevancia en cuanto a la prevención de patología posterior, y es una oportunidad de maduración que no debe ser desperdiciada.

Los agentes sanitarios, líderes de la zona donde operan, con amplia experiencia de trabajo fliar, a predominio domiciliario, y los médicos generales, sobre todo en pequeñas comunidades, reciben la primera consulta profesional, por ello son figuras relevantes, más aún teniendo en cuenta que la reciben muchas veces en plena situación crítica, y en su formación deben integrar estos aspectos para poder operar con eficiencia, y deben, además, recibir apoyo, que en el caso de nuestra realidad está desarrollado por el equipo zonal.

En cualquier momento en casos de urgencia, se manalmente en el caso de los agentes sanitarios y mensualmente en el caso de los equipos de los hospitales del interior de la zona, el equipo terapéutico realiza apoyo intrahospitalario o domiciliario. Además recibimos, de acuerdo a lo previsto por la modalidad de trabajo interinstitucional derivaciones de escuela, fuerzas de seguridad, juzgado, acción social, cacique o machi de la agrupación indígena, iglesias, asociaciones culturales, etc.

Es por todo esto que las consultas muchas veces no son las que se suelen ver en los equipos clásicos de salud mental, pero están siempre ligadas al área de la conducta: resistencia a tratamiento TBC, a partos hospitalarios, a controlar o vacunar a los niños, ante la detección de dificultades de integración al medio por flias, de otros lados, desocupación, abandonos de personas, flias, de detenidos, etc.

EQUIPO TERAPEUTICO

En la situación terapéutica, opera en dupla, alternativamente cada miembro como observador o como operador, ello facilita la posibilidad de dramatizar, y es reaseguro contra la pérdida de objetividad del terapeuta que se involucra, por lo que sirve como control mutuo. La tarea consiste en facilitar la expresión del potencial de cambios preexistente en el sistema, elaborando con la flia, las distintas alternativas que se vislumbran, siendo la definición la fliar, independientemente de la decisión que hubiera tomado el equipo.

El equipo zonal está integrado por médico gral. y

psicólogo, integrando el local, del hptal. cabecera, agentes sanitarios y líderes de los grupos de alcoholismo, y en los hospitalés del interior de la zona, médicos generales; en estos últimos el equipo zonal ha pasado de ser efector a ser apoyo.

De esta forma, participando del equipo psicoterapéutico, el médico fliar, o gral. continúa haciéndose cargo de la flia, evitando la derivación, que introduciría un corte en la continuidad relacional médico-sistema. No es necesario que los médicos ni los agentes se conviertan en psicoterapeutas fliares., simplemente es absolutamente necesario que puedan hacer una lectura de las interacciones que se operan en cada situación que se les presenta.

ASPECTO CULTURAL

La cultura es la herencia social del hombre. En nuestra comunidad, hay diferentes grupos humanos, que sustentan diversos sistemas de valores y creencias, a partir de lo étnico, lugar donde viven, o de donde vienen, etc.

Recordamos de esta realidad, como problemática que incide en nuestro trabajo, la de la población indígena. La psicoterapia es desconocida para dicha población, aunque también para otros sectores de la comunidad, a pesar de que el curador tradicional integra aspectos vinculados con lo psicoterapéutico. Por ejemplo, del concepto del daño, podemos hablar de un aspecto estructural de la enfermedad, relacionado con el biológico de nuestra cultura, y un aspecto volitivo, conectado con lo relacional. También es de destacar el papel de integrador de la comunidad que desarrolla el curador tradicional, junto a los ancianos consejeros tribales, y el papel de la palabra en el acto de la curación y de la prevención.

Estos modelos deben integrarse en nuestra modalidad de trabajo, no para adherirnos al curanderismo, sino para aprovechar su vigencia, y no solamente para ser eficientes sino para respetar los valores culturales y las personas que se adhieren a los mismos. Esto facilita ir cerrando la amplia brecha existente entre las culturas y las personas que las integran, abierta y profundizada por la incompreensión, y la desvalorización.

SUPERVISION

Llena una profunda necesidad del trabajo. Realizada con la colaboración del Servicio de Salud Mental del Hptal. Nqn., mensualmente, a cargo de equipo de psicoterapeutas fliares, los que a través de su crítica, pero fundamentalmente de su apoyo personal, nos facilitan la corrección de algunos de los errores que cometemos. Se combinó recientemente con trabajo en terreno.

LIMITES

Como todo trabajo social, los límites de la tarea están delineados por la realidad donde el mismo se inserta. Este proyecto es solamente un medio que enfoca uno de los múltiples aspectos de la realidad, pero no un fin en sí mismo.

Será viable en la medida de la motivación y capa-

citación de sus miembros, pero fundamentalmente, en la medida que armonice con otros planes de desarrollo comunitario, incluidos todos en una sociedad que posibilite vivir con dignidad.

De no darse esta situación, será un instrumento paliativo, alejado de lo integral, que pretenderá resolver a través de la psicoterapia problemas comunitarios, fliares, o individuales, cayendo de esta manera en una psiquiatrización de la sociedad.

Se han distinguido los niveles de las necesidades humanas. El primero tiene que ver con la subsistencia, el segundo con el afecto, el tercero habla de la protección contra los elementos adversos de la naturaleza; posteriormente está la búsqueda de la identidad y por último hallamos la realización de yo.

En la sociedad contemporánea en general, y en la medicina en particular, parecería que existe una unilateralización.

La tecnología, que brinda, y no a todos, respuestas muy parciales a los primeros niveles de necesidades, ha propiciado una sociedad de consumo y pareciera que ha quitado espacio al acrecentamiento de la áreas del desarrollo de la persona.

En lo que hace a la medicina es especial, podemos intentar sintetizar la evolución de los últimos siglos. Primero fue el mecanicismo el que exaltó la clasificación de las enfermedades. Luego fue la experimentación, el paradigma. La razón se convirtió en un eje excluyente. Atrás de todo, quedaba la persona, disociada su mente de su cuerpo, y a su vez separada como individuo de la sociedad.

Esta disociación puede ser superada solamente en la medida que conceptos abarcativos la trasciendan. El auge de la comunicación, tiene que ver con este propósito.

Nuestro sistema de salud también está cuestionando estos aspectos deshumanizantes. En alguna medida, la urgencia por los equipos interdisciplinarios, el interés por el desarrollo de la medicina general y familiar, el avance de teorías tendientes a trascender al individuo enfermo y a relacionar al grupo de entorno, tanto en la producción como en el mantenimiento y en la superación de la enfermedad, que se evidencia en el enfoque de la disfuncionalidad mental en especial. La urgencia con que se incluyen los aspectos sociológicos y antropológicos en la conceptualización del quehacer científico, nos hablan de esta necesidad.

Desde lo tradicional, el paciente aportaba su cuerpo un poco como objeto, al médico. Este lo etiquetaba a partir de un diagnóstico y pasaba de la clasificación al razonamiento en un análisis lineal, tipo: causa-efecto. Esta relación complementaria, entre uno que necesita y otro que sabe y puede, dificultaba sensiblemente la personalización de ambos.

El vínculo terapéutico está trascendiendo esta etapa a partir de la configuración de un espacio común entre el operador y el paciente, donde ambos tratan de develar la disfuncionalidad pero también y fundamentalmente potencializar los recursos de ambos a traves de su integración.

La tecnología puede aportar elementos importantes, pero las herramientas importantes de este vínculo son el conocimiento y el respeto.

La extensión de la cobertura por sí sola no re-

suelve la relación del equipo de salud con la organización social. El encuentro de conceptos integradores es el recurso principal a lograr para calificarla y si de dicha búsqueda participa el equipo de salud, será más de lo mismo.

Sin la participación de la comunidad, la autorresponsabilidad de la salud, objetivo de la atención primaria, es una utopía. Y esto no tiene que ver solamente con la salud, sino fundamentalmente con el desarrollo del hombre y la sociedad.

El concepto del hospital sin paredes no es precisamente arquitectónico. Los ladrillos de estas paredes lo constituyen: el temor a la ambigüedad, la inseguridad que provoca intentar y cuestionar el papel en que ha colocado a la institución salud y viceversa, que bien puede hacernos confundir lo estable con lo inmóvil, el tratar de ir buscando una relación horizontal en el vínculo terapéutico.

El conjunto del equipo de salud ha recorrido muchos pasos. Los primeros fueron dados en un marco individual y analítico, posteriormente el equipo multidisciplinario posibilitó el aporte de cada especialista, deviniendo una visión menos desintegradora de individuo enfermo. El equipo interdisciplinario, operando con todos los recursos actuales del equipo de salud, con un objetivo común, permite una visión no sólo de la persona-cuerpo, sino también de su mente y de su medio, en especial: el familiar. No obstante, creemos que será el futuro equipo metadisciplinario, conformado por todas las instituciones de la comunidad y por todos los miembros de la misma, responsables de su cuidado, el que posibilitará la síntesis.

Como contrapartida, la institución hospitalaria participa activamente en las actividades generadoras de la comunidad. Sus integrantes, ya no operan en esta situación como expertos, así como tampoco lo será un técnico electromecánico en la medicina, pero su actividad facilitará la integración comunitaria.

Las actividades generadoras de la comunidad: Trabajo, medios de comunicación, obras públicas, asociaciones culturales, han facilitado aspectos del desarrollo, posibilitando en medida importante la mejoría de los índices tradicionales de salud.

Se habla mucho de las limitaciones del operador, o facilitador desde nuestra perspectiva, con referencia al derecho que tiene de desarrollar su actividad cuando se enfrenta con otros individuos o sistemas culturales. Ello hace necesario la elaboración de la ética del cambio.

La realidad que nos rodea, por el avance de los medios de comunicación, por la descategorización de las fronteras, la comprobación de la imposibilidad de no comunicarse, aún desde el intento de abstenerse de hacerlo, entre otras cosas determina que el hombre no sea una isla.

La transformación permanente es la propiedad de todo ser vivo, a partir de su particular potencialidad y en conjunto con su medio.

El cambio enriquece en la medida que favorece la humanización. Esto tiene que ver, desde lo ético con el cómo y el para qué. Si de la relación surgen aspectos cosificantes para una parte, la otra parte también se cosifica. Por ejemplo: "si un médico en lugar de integrar a la persona, la desmenuza, transformándolo en un hepatocito, también el profe-

sional se despersonaliza".

Es vital en este planteo la posibilidad de acceder al cambio. Para poder elegir un sí es fundamental poder decir no. El logro de la dignidad en el hombre está también relacionado con la posibilidad de elegir. Muchas veces, sin embargo, deberá acceder a opciones, que son elecciones condicionadas por la realidad.

En materia salud, la cobertura intenta responder a este planteo.

Es necesario una cobertura calificada, no tiene que ver demasiado con la tecnología. Si con la intergración del hombre, en sus aspectos sociales, culturales y psicológicos. El arma utilizada es la participación. Sólo con ella, y a partir del conocimiento y el respeto, podrá el técnico -que antes que ello, es persona, y en conjunto, relacionarse eficazmente.

El "hacer para"... dejará paso progresivamente al "hacer con"...

La participación posibilita la expresión de la solidaridad. En nuestra tarea cotidiana aprendemos, en los grupos de alcoholismo, por ejemplo; donde es común la frase; "cuando te veo tirado, me estoy viendo a mi mismo"; esta posibilidad de vivenciar

aspectos, que aún conocidos, no están desarrollados en la tecnología médica, es un recurso terapéutico de primer nivel, que tratamos de alentar, respetando los ritos de inclusión y compromiso que son particulares de cada individuo.

La búsqueda del perfil del técnico en esta modalidad, necesariamente desencadenará una intensa discusión. Nadie podrá, sin embargo, poner en duda su necesidad. El cómo aplicar las técnicas, el hacia donde, necesariamente también requerirá la participación del conjunto.

En esta búsqueda del otro, nos encontramos con nosotros mismos.

La participación exige un compromiso personal, comenzando por el mostrarse y presentar blanco a las críticas. Está dificultada por el autoritarismo, el paternalismo y la tecnocracia. La contrapartida de la participación es la pasividad, elemento enajenante desde lo individual y social.

Como en todas, en la cultura médica la posibilidad de incorporar elementos distintos, es decir, de cambiar, requiere elaborar nuevas vinculaciones, a pesar de la ambigüedad que es patrimonio de lo desconocido, pero también es patrimonio de lo artístico.

VILLA LA ANGOSTURA

Dr. LORENZO MANERA

Pueblo de aprox. 3.000 habitantes (incluida el área rural). Zona turística. Regular o mala posición económica de más del 60% de la población permanente con leve mejoramiento en verano (por haber mas trabajo por los veraneantes).-

Escasa población rural, pero lejana y muchas veces aislada en invierno. Muy bajo índice de Desnutrición Infantil, Mortalidad Infantil, diarrea estival pero muy alto en alcoholismo crónico y gran cantidad de familias con integrantes extranjeros (la mayoría chilenos).-

Zona que se comienza a trabajar aprox. 2 años en forma tradicional para atacar el flagelo del alcohol por medio de AA y grupos de ayuda al alcohólico.-

Hace aprox. 10 meses se comienza con el plan de atención primaria de la salud mental abarcando a la familia en conjunto.-

Dicha necesidad partió de la observación de los integrantes del equipo de salud referente a la demanda espontánea en ese aspecto y hasta entonces totalmente insatisfecha.-

Muy útil fue nuestra conexión con el equipo ya existente en nuestro Hospital cabecera y con su asesoramiento y nuestro interés particular se fue extendiendo el campo de acción y en este momento estamos cumpliendo nuestro objetivo de poder satisfacer dichas demandas y promover esa Atención Primaria de la Salud Mental Familiar hacia los cuatro puntos cardinales de nuestra zona urbana y rural.-

El Equipo Terapéutico está formado por tres me-

dicos generales con la inestimable colaboración del grupo de agentes sanitarios y enfermería del hospital y con la asesoría y el apoyo de un medico general orientado en Salud Mental Familiar y un psicólogo.-

Asimismo prestan un valioso aporte de detección diversas entidades públicas de esta localidad (hermanas de la caridad, docentes, etc) y familias de ex pacientes recuperados.-

Los recursos disponibles que se vuelcan en esta tarea son los normales en toda demanda asistencial unidos al gran ímpetu e interés puesto de manifiesto por el equipo terapéutico de salud.-

Estando en un todo de acuerdo con la propuesta presentada por el equipo de Atención Primaria de la Salud Mental del Hospital cabecera de la IV zona sanitaria, no hacemos discrepancias económicas, raciales, sociales ni culturales y solo adecuamos nuestra terapia a la familia y solo ponemos como límite nuestra propia capacidad.-

Hasta la actualidad contamos con doce (12) familias en tratamiento, provenientes de diversas formas culturales y económicas y discriminadas bajo diversas patologías según nomenclador usado hasta fecha reciente.-

Dichas patologías familiares se desglosan a continuación:

ALCOHOLISTAS - 4 Familias.
TRASTORNOS DE CONDUCTA - 2 Familias.
DESAVENIENCIAS CONYUGALES - 1 Familia.
DETERIORO MENTAL POR ENF. NEUROLÓGICA

1 Familia.

HISTERIA - 1 Familia.

MADRE SOLTERA RECURRENTE - 1 Familia.

NEUROSIS PSICOSOMATICA FAMILIAR - 2 Flias.

FAMILIAS: TOTAL - 12.

Nuestra escasa experiencia nos permite afirmar que debido a lo reciente de esta practica, a los prejuicios culturales en toda comunidad y a la poca difusion alcanzada, es muy alto el porcentaje de abandonos, lo que no debe influir en nuestro animo ni estado moral.-

En nuestro caso tenemos 5 familias (42%) que continuan en tratamiento, 4 familias (33%) que abandonaron por su propia eleccion; 1 familia (8%) que se mudo a Chile e interrumpio tratamiento, 1 familia (8%) de alta y 1 familia (8%) con sesiones esporadicas.-

O sea que nuestra estadistica dice que un 50% de las familias o estan de alta o continuan con tratamiento (Resultado Positivo), un 8% realiza consultas esporadicas (Resultado Regular), otro 8% debio abandonar tratamiento por razones de traslado de domicilio y solo un 34% de abandonos (Resultados Negativos).-

Debo aclarar que de ese 34% de aparente Resultado negativo, y por informacion fehaciente de nuestro equipo de salud en visita a domicilio se comprueba que el 75% de esas familias (3 casos) ha readecuado pautas de convivencia muy importantes desglosadas en nuestras charlas y solo el 25% (1 caso) no se consiguio mejoría y el abandono se produjo luego de una sola entrevista.-

Nuestras charlas se realizan en forma semanal o bien quincenal, de acuerdo a necesidad y urgencia de cambios en las familias, alternandose citaciones para el Equipo Terapeutico de nuestro Hospital con otras en que se agregan integrantes del Equipo Terapeutico del Hospital - cabecera.-

Con el fin de entender en alguna medida nuestro trabajo, procederé a relatar en forma concisa nuestra experiencia en un caso en particular.-

Tomo como ejemplo a la familia compuesta por H.Z., 33 años, alcoholista en recuperacion, casado con M.D., 17 años, sordomuda de nacimiento, con un hijo L.Z. de 4 meses, eutrofico, normal.-

Como antecedente presenta la muerte de un bebé de 2 meses por asfixia, hace 15 meses.

Viven en la casa de C.G., separada hace 7 meses, 59 años, madre de M.D.

La primera consulta fue de H.Z. y C.G. que concurren con el bebé L.Z. diciendo a gritos que M.D. "está loca" y "quiere matar al niño".-

Comienza la charla con Equipo Terapeutico de este Hospital y se recoge que (segun relato de H.Z. y C.G.) M.D. no atiende ni cuida al bebé.-

Asimismo M.D. celaba mucho a H.Z. porque este salia solo, volvia tarde y a veces ebrio.-

Aprox. a los 30 minutos y algo calmados los animos se presenta, sola M.D., es llamada para integrarse al grupo y se entiende con ella mediante señales y traduccion familiar.-

M.D. toma al bebé y lo acaricia. C.G. relata que fue abandonada por su esposo hace 7 meses por causas que dice desconocer.-

Asimismo le dice a H.Z. "abandonala", "andate" y relata que M.D. visita diariamente a su padre y

desde allí "vuelve mas loca". C.G. tiene dos hijos mas, casados y dice que tienen problemas conyugales y ella les pidio que se separen y vuelvan a vivir con ella.-

Al niño de M.D. y H.Z. le dice "mi bebé" y "mi hijo".-

En esa primera charla se insistió que H.Z. y M.D. hagan vida de pareja, normal, salgan a pasear juntos y tratar de cortar un poco los lazos tan estrechos con C.G.-

M.Z. totalmente influenciado por C.G. y no opina, solo lo hace con monosílabos.-

Se trabaja sobre la readaptacion y convivencia familiar, pero sobre todo con mas libertad y tiempo para la paraja.-

Se le dice a C.G. que lo que a ella le pasó (su separacion) no debe quererlo para su hija, sino ayudarla a resolver su problema.-

Mejora sustancialmente la relacion familiar y se cita para dentro de 10 dias, junto a personal de equipo de salud del hospital cabecera.-

La segunda entrevista relata C.G. que "ahora no quiero que se separen", M.D. no visita a su papá. M.D. ha mejorado mucho y cuida a su bebe.-

H.Z. dialoga mas y se nota mejor cuidado personal en C.G. y M.D.-

Se trabaja por separado con C.G. Se trata de separar algo a C.G. de la pareja.-

Se le envia el mensaje de que sus hijos y nietos deben estar celosos porque ella no los visita. C.G. comienza a llorar y recuerda a su marido, quien se caso con otra mujer. Se trabaja sobre lo impondrable y se le comenta su utilidad como abuela y madre. Se la cita nuevamente para dentro de 20 dias.-

Concurren M.D. y C.G. muy arregladas. H.Z. está celosa. Cuida al bebe C.G. visita diariamente a sus otros hijos y nietos. Franca mejoría de relacion y adaptacion familiar.-

Se cita para dentro de 15 dias y es idea del Equipo Terapeutico tratar que M.D. y H.Z. se construyan su pequeña casa (colindante con la de C.G.) y con ello tener mas libertad y mejor vida de pareja.-

Hasta allí nuestra experiencia con esta familia, que sigue concurrendo a las charlas, con aceptacion de pautas en alto porcentaje y con muchas posibilidades de llegar a un final feliz.

Asi y todo, a pesar de los pequeños numeros de nuestra estadistica pensamos que demuestra lo interesante del nuevo enfoque metadisciplinario de la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL FAMILIAR y creemos que siguiendo por este camino, en proximas jornadas podremos aportar datos mayores y mas significativos estadisticamente.-

Por todo ello y atendiendo estrictamente a los resultados, nos sentimos muy satisfechos y orgullosos de nuestra tarea y creemos que continuando con nuestra accion y empeño podremos en corto tiempo contribuir hacia el bienestar de la familia haciendo hincapié en la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL FAMILIAR en su forma asistencial.-

M.D. = Margarita

H.Z. = Humberto

C.G. = Corina

L.Z. = Leandro

HOSPITAL LAS COLORADAS

Dr. CICERCHIA

Adjunto escrito relacionado con lo expresado en ocasión de las Primeras jornadas Interprovinciales de Atención Primaria de la Salud Abril 1984.

En el área que compete a este hospital de médico único, que cubre una población de 1.544 habitantes de los cuales solo el 24% tienen su asentamiento en el pueblo, surge inmediatamente el alcoholismo como problema de salud generalizado, sin abondar en detalles acerca de la enfermedad y su repercusión en la población pasó a relatarles esta sencilla experiencia nacida en la necesidad de este equipo de salud que me toca dirigir para tener apoyo profesional en lo relativo a trabajar con alcohólicos y su contexto socio-cultural. Efectuándose así la primera visita del equipo de la Zona sanitaria IV en atención primaria de salud mental, acaecida en el mes de Febrero del corriente año.

Fundamentalmente se desarrollaron las siguientes actividades: una de ellas con el personal del hospital compuesto por cuatro mucamas, cuatro agentes sanitarios, cuatro enfermeras, un administrativo y un médico. Y otra con la comunidad, con algunos de las familias que componen los 370 pobladores urbanos y utilizando la escuela primaria como ámbito físico-cultural como medio idóneo para lograr un acercamiento con la gente, convocando en esta reunión a instituciones de la localidad, esto es fuerzas de seguridad, docentes, integrantes de la comisión de fomentos y principalmente los padres de los alumnos con algunos de sus hijos.

EN ambas reuniones se efectuó una rutina consistente en exponer contenidos sobre alcoholismo (definición, causas, clínica, consecuencias) colocando énfasis en el rol de la familia en la terapia y la importancia de toda la comunidad en ella, para finalizar como hecho totalmente inédito para esta población con el relato de alcohólicos en recuperación de la localidad de San Martín de los Andes, es decir gente con las que se pueden identificar y a la que pueden comprender, conllevando la atención primordial en la difusión sobre conocimientos de la enfermedad y las posibilidades que brinda el equipo de salud para la atención del problema y que es necesaria la comprensión de los enfermos.

Si bien todo esto parece simple, hay que colocarse en el sitio del habitante de esta pequeña comunidad que no conoce la televisión, que tiene que trabajar en el campo con el ganado, que conoce la civilización por las salidas a Zapala o a Junín de los Andes por cuestiones comerciales o por competencias deportivas apoyadas por la escuela y por la comuna, que vive en un lugar donde se reciben mejor las emisiones de radio de Chile que las de nuestro

país, que obviamente son gente pobre, tal como así la conocemos, y que además ellos ven al médico casi como un ave de paso el cual puede o no obtener un poquito de confianza de su comunidad y actuar en consecuencia, sobre todo cuando no se dispone del "remedio" para "curar" en este caso no contamos con el "antialcohol".

Surge así una primera aproximación evaluativa de la experiencia que, si bien no se ha reflejado en la inmediatez en un aumento de consultas en relación directa con el tema alcohol, sino que siguen aún observándose las consultas enmascaradas del alcoholismo, aunque se les ha dicho en las reuniones efectuadas cuales eran estas expresiones de la enfermedad, el grupo de salud y especialmente los agentes, sanitarios, ha observado algunos pequeños cambios tales como intento de abstinencia alcohólica por parte de algunos vecinos, alguna ayuda de parte de las autoridades comunales con trabajo con el incentivo que ello implica, así como comprensión de parte de la policía para con los alcohólicos conocidos del pueblo, es decir se encienden pequeñas luces en la oscuridad que hasta aver se veía. Esto nos manifiesta que el mensaje ha llegado, y nos obliga al personal de este hospital y al equipo zonal de atención primaria en salud mental a continuar en la huella y a crecer el radio de acción hacia el área rural, en relación a este tema y a otras prioridades que se detectan con solo observar diariamente en el convivir en la zona, aunque toma bastante tiempo el comprender a nuestra comunidad y a veces es necesario echar mano a técnicas adecuadas para ello y contar con el personal adiestrado al efecto y que también posean la capacidad de adiestrar a más integrantes del equipo de salud para seguir ampliando nuestra atención primaria de la salud.

Provincia del Neuquén
Subsecretaría de Salud
Hospital de Área Las Coloradas
Responsable Ricardo Daniel Cicerchia, Médico.
Generalista

RELATO DEL AGENTE SANITARIO

Sup. Int. Agentes Sanitarios
Herminio Casanova

Introducción

En nuestro sistema sanitario provincial, trabajamos fundamentalmente en actividades de promoción y prevención de la salud; saneamiento ambiental, en especial el mejoramiento de los sistemas de agua, excretas y basuras; promoción del control de niños sanos y embarazadas, interesándonos especialmente en los aspectos de vacunación, nutrición y maduración; promoción de la desparasitación canina, para contener la hidatidosis; detección precoz de patologías diversas, especialmente las contagiosas; desarrollo de huertas y granjas, primeros auxilios y derivación al hospital en casos de urgencia.

Los pobladores nos exigen muchas veces que cumplamos otras funciones, muchas de las cuales están fuera de nuestras posibilidades, y que pertenecen al quehacer de los médicos, policías, maestros, jueces, pero fundamentalmente al de consejeros familiares y asistentes sociales.

Para poder ser un buen agente sanitario hay que ser reconocido y respetado por la comunidad.

Cuando comenzamos a trabajar en el año 1978, la población ignoraba la verdadera función del agente sanitario; creía que íbamos a darle cosas materiales, por ejemplo chapas, alambre, etc.: ésto lo manifestaban cuando hacíamos el censo de viviendas. A veces lo hicimos, por ejemplo con el material para lozetas de letrinas. Nuestro apuro por lograr esta meta hizo que nos pusiéramos a trabajar en lugar de los pobladores sin darnos cuenta que era más importante estimular la responsabilidad de ellos en el trabajo. Nos esforzamos mucho y el resultado no fue satisfactorio, porque perdimos la oportunidad de facilitar la participación de la comunidad en la tarea.

A medida que pasó el tiempo la situación fue cambiando y las exigencias fueron otras. A veces teníamos muchas dudas. En el curso nos habían dicho qué era bueno y qué era malo, yo lo comprendí, lo complicado era como transmitirlo.

Creo que erramos muchas veces. Nos resultaban especialmente difíciles las consultas ante dificultades familiares y sociales. Fue necesario aprender a ayudar. Tuvimos que comprender, que era preferible hacer menos cosas pero que fueran responsabilidad de todos. Poco a poco, de esta manera, fuimos siendo más efectivos.

Para mejorar nuestro trabajo, ante cualquier situación nos hacemos tres preguntas: qué hacemos, para qué lo hacemos, y cómo lo hacemos. Tratamos de dar así una respuesta a los problemas de relación de las personas que si bien a veces tiene que

ver con la enfermedad mental, casi siempre tiene que ver con las dificultades sociales.

Los agentes sanitarios somos los miembros de la institución salud que tradicionalmente hemos desarrollado el método del trabajo familiar a predominio domiciliario. Necesitamos como referencia un equipo de trabajo, y necesitamos sentirnos respaldados por los miembros del hospital y de las otras instituciones de la comunidad, porque nos desenvolvemos en soledad.

Los preconceptos del equipo de salud y las creencias de la población autóctona, son una de nuestras dificultades, que es el de ser eslabón entre la comunidad y el equipo de salud. Por ejemplo el alcoholismo, es considerado por el equipo de salud como una enfermedad, pero si su conducta es rechazarlo, en realidad estamos tratando al alcohólico como a un vicioso. Esta actitud, es parecida a la de la comunidad, que acepta el alcoholismo (como lo vemos en las propagandas), pero juzga al alcoholista. Es más fácil aceptar una frase que a una persona tal como es. A su vez la población también tiene creencias en este sentido: que el alcohol saca el frío, que dá hombría, que dá valentía, que es alimento, que adelanta la maduración. Entonces para enfocar este problema en que se enfrentan creencias tan rígidas, es necesario comprender para qué sirven las costumbres, que siempre tienen su razón de ser.

En nuestra zona, hay una cultura aborígen, la mapuche de la que poco conocemos. Emigraron de territorio chileno donde eran agricultores. Aquí cambiaron de hábitos, permaneciendo poco en cada lugar, hasta que llegó su derrota en la conquista del desierto, donde fueron obligados a vivir en reservas, que no son de su propiedad.

En nuestro departamento, la agrupación Curruhuinca, vive en los parajes de Trómpul, Pilpil, Quila Quina y Puente Blanco, que es zona de Parques Nacionales. Tienen sumamente limitada la posibilidad de explotar sus riquezas naturales. Viven de las ovejas y de algunas guías de leña que son difíciles de conseguir, el ganado cabrío y la utilización de la madera están prohibidos. En las eschelas, se enseña el idioma huinca, el mapuche se extingue progresivamente; sin embargo en el secundario se exige el idioma inglés.

También su medicina es rechazada, a pesar de que en el momento de la conquista, el indígena tenía clasificadas más de tres mil hierbas medicinales. Sin caer en la promoción del curanderismo, considero que hubiera sido más inteligente integrar

científicamente ambas medicinas.

Para ellos, la enfermedad es producto del mal, y la curación y la prevención del bien. La machi es agente del bien, cura a través de la palabra, ayudada por hierbas. Su poder viene fundamentalmente de su relación con el individuo, la familia y la comunidad, a la que contribuye a integrar.

El daño es una transmisión del mal producida voluntariamente a través de un técnico capacitado para ello. El manejo de esta situación, por parte del equipo de salud, le permitirá sin rechazar estas creencias un enfoque integral.

La promoción de los partos hospitalarios, será más efectiva en la medida que el equipo de salud respete las costumbres y haga posible las necesidades de la embarazada, por ejemplo tener su parto en cuclillas de acuerdo a su tradición, estar con su familia el tiempo que necesite, y respetar su pudor.

El caso de la desnutrición, si bien mejorará cambiando hábitos de comida, estimulando el uso de recursos de la zona, por ejemplo la carne de liebre, pescado, leche de cabra, etc., no se solucionará si no mejoran las posibilidades económicas de la población, que le permitan vivir dignamente.

Los ancianos transmiten la tradición, abandonada especialmente por los jóvenes, influidos por el blanco. El joven mapuche se vá de la reserva ante la falta de posibilidades y pasa a vivir en condiciones de miseria en los suburbios de poblados y ciudades.

El cacicazgo es una institución que también se vá perdiendo, que exige responsabilidad pero no dá autoridad, siendo reemplazado por las instituciones del blanco: juzgado, policía, escuela, etc. Muchas veces calificamos al mapuche de lento pero no nos damos cuenta que la rapidez no es importante en la cultura indígena, que sí valora la tierra, la naturaleza y la observación.

El pensamiento mágico está presente en todas las culturas. Por ejemplo la fe en el poder de los medicamentos. Muchas veces los entregamos no solamente por una necesidad técnica, sino porque sirve como placebo, para el que lo recibe y para nosotros que lo damos, y reemplazamos de esta manera la búsqueda de una relación más profunda entre ambas partes.

Descripción de la tarea

Para capacitarnos hacemos un curso de aproximadamente cuarenta y cinco días, renovando y ampliando nuestros conocimientos con reuniones semanales realizadas en el hospital.

Mensualmente efectuamos una visita programada al área rural con un médico y un odontólogo a cada paraje. Ahí realizamos los controles de los niños, de las embarazadas, vacunamos, y recibimos consultas de demanda espontánea. También entregamos leche en polvo a pesar de esto promovemos verbalmente la lactancia materna.

Para el trabajo de atención primaria, tanto rural como suburbano, disponemos de un equipo de agentes sanitarios, al cual se incorporaron recientemente dos miembros del grupo de recuperación de alcohólicos. Yo soy el supervisor intermedio y mi tarea es fundamentalmente docente y de apoyo. También trabajamos en relación con el grupo rural y ur-

bano de alcoholismo, que está a cargo de los líderes y opera desde una escuela rural; desarrolla su actividad exclusivamente con familias alcohólicas, que son muchas. También contamos en nuestra tarea con el taller cooperativo artesanal del grupo de alcoholismo formado hace poco, que funciona en el pueblo.

Llevamos un cuaderno donde volcamos la tarea diaria, y la programación a realizar con una semana de anticipación, confeccionada por nosotros. El agente sanitario recorre su sector permanentemente, no pierde contacto con la comunidad. Las dificultades aumentan en el invierno, por el clima y el terreno.

El contacto se profundiza, cuando observamos la existencia de factores de riesgo en la familia. La detección está facilitada por la modalidad de trabajo domiciliaria, porque vemos en toda su dimensión la realidad familiar y social de cada grupo. Siempre tratamos de comprender las circunstancias que condujeron al conflicto de la familia; si realmente lo entendemos alentamos a la familia a que juntos tratemos de superarlo, valorando fundamentalmente sus posibilidades por encima de sus dificultades.

Esta modalidad, la desarrollamos siempre y cuando nos creamos en condiciones de aportar elementos positivos a la familia. La ventaja de este método es que el grupo familiar se encuentra mucho más cómodo en su casa, y también que operamos muchas veces en situación de crisis, donde las posibilidades del cambio están aumentadas. La relación se torna más cómoda para todos, el rechazo es prácticamente nulo, con la ventaja que la información surge naturalmente, no siempre en forma verbal, una simple recorrida con la mirada nos evita hacer preguntas y nos alerta de las novedades.

Mientras nos van planteando los problemas tratamos con las familias las diversas situaciones que se podrían presentar para disminuir la incertidumbre del futuro. Si la situación nos supera, recurrimos al trabajo en equipo. Semanalmente o encualquier momento en casos de urgencia, nos reunimos con el grupo de área de programa, para ir valorando las distintas alternativas. En esos momentos, también nosotros representamos, generalmente con dramatizaciones, las posibilidades de solución. Si lo consideramos conveniente, realizamos entonces la visita domiciliaria con el médico encargado del área de programa, a su vez integrante del equipo psicoterapéutico, y trabajamos entonces en conjunto con la familia.

Creo que es importante destacar que evitamos dar consejos a la familia en casos de problemas de conducta. Si lo creemos posible y necesario derivamos al grupo al equipo psicoterapéutico del hospital. Tratamos con todo esto, que la familia encuentre la solución mejor para ella, que no siempre son las que uno elegiría. Esto forma parte del respeto que nos merece, y también el camino para ser respetados.

LIDER GRUPO ALCOHOLISMO

Yo soy Eladio Vidal, nacido en Pirihueico, Chile. A la edad de nueve años nos vinimos a Hua Hum con mis padres en busca de trabajo. Allí comencé a juntarme con gente adulta y alcohólicos; ellos me invitaban vino, que yo primero tomaba mezclado con agua y gaseosa.

Lentamente le fui quitando el agua hasta que llegué a tomarlo solo. Después continué con un vasito hasta llegar al litro, me sentía mareado pero me fui acostumbrando. Comencé mi triste carrera alcohólica sin darme cuenta y a la edad de diecisiete años sufrí mi primer golpe. Estaba trabajando en Chachín junto a mi padre, anteriormente había bebido mucho, pero en tres días no tomé nada de alcohol lo que me produjo una extraña sensación, me sentía muy raro, nervioso y preocupado, tenía mucho miedo sin saber porque y el temor de que me mataran, escuchaba voces por todos lados, veía moverse los árboles y sentí ganas de escapar, pedí ayuda a gritos en medio de mi gran confusión, mis familiares me decían que no había nada, que no oían tampoco y no me permitió dormir tranquilo. Al día siguiente fui a Hua Hum en busca de vino, en la Hostería me lo negaron en reiteradas oportunidades convencidos de que no era lo apropiado para mí en ese momento, ya que mi desesperación era evidente. Más tarde conseguí comprar un litro en el Camping, no sin antes haber observado mi conducta los gendarmes de guardia en el puerto. Ya al tomar el primer sorbo sentí que me recuperaba, el calor volvía a mí, me sentí más seguro al caminar y pensé que realmente eso era lo que necesitaba.

Los gendarmes me detuvieron horas más tarde e interrogaron por mi situación; les narré mis visiones, les dije de mis miedos y alucinaciones pero parece que no captaron mi estado real. Me trasladaron a la Policía de San Martín y luego al Hospital me llevaron los policías.

Me aplicaron una inyección que me calmó momentáneamente sin apartar de mí la confusión. Al llegar a casa de mi madre, ella vive en el pueblo, preparé mi comida favorita que no pude comer ya que solo veía lagartos en el plato, arrojé la comida a la pileta con la terrible angustia que esos animales me producían. Me retiré a dormir, pero las visiones aumentaron ya que sentía culebras enroscarse por mi cuerpo, voces alrededor de la casa como si una muchedumbre me buscara para matarme al apoyar la cabeza en la almohada sentía que las ratas tiraban de ella. gran cantidad de tribulaciones fueron necesarias hasta dormirme.

Al día siguiente me desperté un poco más sereno, no tenía visiones pero sí muchos miedos, más tarde me explicaron los médicos que todo ello se debía al abuso en la bebida, que si no la dejaba tendría grandes dificultades, más aún de las que ya arras-

traba conmigo a mis diecisiete años.

Dejé de tomar unos siete meses, más o menos, hasta que en mi lugar de trabajo la insistencia de mis compañeros, mayores todos, hizo que cayera otra vez en lo mismo, ellos me aseguraban que un poquito nada me haría....

A los veintidos años me casé, tomaba en forma intermitente y tratando de que mi esposa no lo notara, sin embargo fué cada vez más evidente que ella no solo lo notó sino que trató de ayudarme a su manera; las cosas no andaban ya bien y discutíamos continuamente y ni la presencia de los hijos modificó mi conducta. Perdi varios empleos pues mis patrones ya no me aguantaban más....

Conseguí nuevamente un empleo en Caritas, lo que en alguna medida alteró mis costumbres, pues los pagos eran semanales de manera que si bien por un lado me favorecía por el otro me descontrolaba durante los fines de semana ya que disponía de todo el salario semanal para beber. Mi patrón notó al poco tiempo mi inclinación por la bebida, me aconsejó muchas veces para que dejara ese "vicio", yo siempre prometía hacerlo sin lograr siquiera comenzar. En una oportunidad me propuso realizar un viaje a Bariloche para consultar al grupo de AA, pero enterado yo de la existencia de un grupo en formación en el Hospital Local resistí y sugería tratarme allí; no obstante la primera consulta la desvié a un médico clínico conciente de que no era el indicado aludiendo mis reales problemas hepáticos. Este a su vez me indicó concurrir a las reuniones del grupo y ponerme en contacto con el profesional a cargo del mismo.

Comencé el tratamiento con verdadero entusiasmo poniendo en él fuerza y fé. La propuesta fué dejar de tomar cada día y apreciar las diferencias operadas en mí, menos temblor, mejor apetito, nada de náuseas y buena predisposición para el trabajo. Cada día era un logro importante en mí, sentí que me estaba ayudando a mí mismo. Ahora podía pensar en los momentos vividos en estado de ebriedad, hasta me pareció que estaba en franca recuperación sin embargo a los pocos meses sentí debilidad y volví a caer en falta conmigo mismo, me sentí muy mal frente a los míos y al grupo, logré sin embargo superarla rápidamente sin que por esta no volviera a caer una y otra vez en el lapso de veinte días al cabo de los cuales decidí que era el momento de prometerme a mí mismo, no ya a mi esposa, hijos, patron etc. sino a mí me dije una y otra vez que el no cumplir conmigo significaba mi desvalorización. Fueron momentos muy difíciles ya que el alcohol era parte de mí. Hoy me siento orgulloso de mi capacidad para superar cada día esta enfermedad, siento que soy útil a la sociedad pero por sobre todas las cosas a mí mismo.

RELATO DE FLAMINIO MUÑOZ

Como decía mi compañero, llegamos a perder respeto por nosotros, como persona, padre y miembro de la comunidad. Perder también familia y trabajo. Esta experiencia ha dejado un recuerdo imborrable, por el daño causado en primer lugar a la familia. No sé hasta qué punto los hice sufrir con mi enfermedad. Debido a la recuperación por intermedio del grupo pude llegar nuevamente a conquistar el cariño y comprensión de mi familia. Ahora tengo conmigo a mis tres hijos, aunque nó así a mi esposa.

Comencé a tomar alcohol desde muy chico, pero cuando fui creciendo paré un tiempo, por la influencia de mi madre, que se peleaba con mi padre cuando me daba vino. Eso estuvo así hasta los 22 años cuando se separaron mis padres. Desgraciadamente, mi padre, que en paz descansa, era alcohólico y mi madre lo dejó por esa razón.

Ahora, desde mi ingreso al grupo, siempre hablamos de la responsabilidad de toda la familia en el alcoholismo. Supongo que quizás mi madre, en su momento, y mi esposa, para ayudar a mi padre y a mí, deberían haber cambiado cosas. Lamentablemente, no lo hicieron. Yo tuve más suerte que mi padre.

Comencé a tomar nuevamente, y la enfermedad se fue acentuando hasta que perdí mi pareja y mis hijos. Mi madre me rechazaba y también mis hermanas, perdí empleos muy buenos, no podía dormir sin licor. Comía poco o nada. Sólo licor y cigarrillos.

Para conseguirlo vendía cosas. Botellas, Herramientas y por último cosas de mi casa. El trabajo que conseguía, generalmente sólo changas, era mal pagado, a veces con vino, nada más. Los trabajos buenos eran para los que no tomaban.

En un principio sentía una vergüenza terrible ante mis amigos y conocidos que se burlaban de mí. Y a pesar de conocer lo que me pasaba, no me reconocía como enfermo. Los únicos amigos que me aceptaban eran enfermos como yo.

Vacilaba muchas veces. Cuando pasaban, a veces pocas horas sin tomar, me sentía muy mal. Temblaba, vomitaba, no podía dormir. Un poco de licor me calmaba.

Hasta que conocí unos señores que comenzaron a ayudarme y me hicieron ver la importancia de un tratamiento. Me dijeron que evitara a mis amigos, que me perjudicaban. Cuando conocí al líder del grupo de recuperación, que comenzó a trabajar en el mismo lugar que yo, comencé a acercarme de a poco a las reuniones del hospital.

Entretanto ya mi mujer y mis hijos me habían abandonado. Ella también es una enferma alcohólica. El cariño y el respeto entre nosotros ya no existía. Mis hijos lloraban por nuestras discusiones. Estuve preso en varias ocasiones. En la última, me golpeé en la frente y me llevaron al hospital a curarme. Me acuerdo poco de todo esto.

Los primeros días sin tomar fueron bravos. Mucha ansiedad, temblores. Mis amigos se enojaban conmigo porque no los acompañaba. Me trataban

de canuto. Y de otras cosas.

Ahí valoré al grupo, donde encontraba gente que me decía todo lo que me estaba pasando, muchas veces sin yo contarlo. Eso me daba seguridad, porque ellos estaban bien. Con esfuerzo, yo también estaría bien.

Con las reuniones comencé con el grupo a participar en tareas en la comunidad. Varias reuniones en escuelas. Ví que había gente que no me despreciaba. También fuimos a los hospitales de la zona, a apoyar la tarea del grupo terapéutico.

Actualmente soy uno de los líderes del grupo. Por ello, tengo con otro compañero a cargo un grupo de trabajo de recuperación y prevención en la escuela rural del Paraje Vega Maipú.

También tuve la oportunidad de hacer un curso de agente sanitario. Cuando se habló de la posibilidad, me entró mucho miedo. Por un lado, creía que no iba a poder rendir lo necesario. El alcohol suele dañar la mente. Tenía miedo a la recaída, al encontrarme lejos del grupo que me sostenía perfectamente. Tenía miedo que me rechazaran los maestros y los compañeros.

Pero tenía que seguir adelante. Era un compromiso ante mí mismo. Y demostrarme que podía. Y pude. Me fue bien, me recibieron bien y me ayudaron. Me decían el viejito, porque era el mayor en edad. Y pude aprobar los exámenes con buenas notas. Y soy agente sanitario, con contrato desde hace poco tiempo.

Ahora estamos desarrollando en el grupo rural un plan para promoción de huertas y granjas. Nos apoya el INTA, y la escuela. A nosotros nos vá a servir porque nos incorporaremos a la comunidad del lugar. El trabajo de alcoholismo en la zona rural debe ser distinto al trabajo que hacemos en el hospital.

También recientemente formamos con el grupo un taller cooperativo de artesanías, por ahora en madera. Tenemos previsto, en cuanto agarremos más experiencia, cursos con artesanos jubilados.

PAMI nos prometió traerlos. Nuestro taller está apoyado por la Municipalidad (no pagamos impuestos), el local lo conseguimos prestado de gente cercana al grupo, también algunos tornos, y herramientas. Un club de servicio nos prometió un equipo de soldadura que esperamos recibir en estos días. El Ministerio nos ayudará con un par de motores prestados. Diversas agrupaciones de la localidad nos prometieron ayuda. Con este taller, ayudaremos a que nuevos recuperados se integren nuevamente a la sociedad, en medio de un grupo que sabe y comprende lo que le pasa. En medio del respeto que nos merece todo el esfuerzo que hace, apoyado por su familia.

He recuperado a mis hijos. Estoy contento pero sé que tengo un compromiso. Espero cumplirlo.

FLAMINIO MUÑOZ
LIDER GRUPO DE
ALCOHOLISMO

PRIMER ENCUENTRO PROVINCIAL DE ODONTÓLOGOS 5-6 y 7 DE ABRIL

1.984

Por primera vez, en el marco de unas Jornadas Provinciales de Medicina Rural, las IVas, se reunieron profesionales odontólogos, con la clara intención de analizar la estrategia de atención primaria, enfocada al cumplimiento de los objetivos de salud bucal necesarios para el logro de "Salud Para Todos en el año 2000".

Durante doce horas y con la activa participación del Dr. Alberto Valente, Director Nacional de Odontología, 38 odontólogos de la zona se abocaron al estudio de cinco temas específicos:

- INVESTIGACION EN ATENCION PRIMARIA
- DETERMINACION DE PRIORIDADES EN ATENCION PRIMARIA
- PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ATENCION PRIMARIA
- RECURSOS HUMANOS EN ATENCION PRIMARIA
- ACTIVIDADES EN ATENCION PRIMARIA.

El marco conceptual general actual, se extrajo de la exposición realizada por el Dr. Nestor Perone; correspondiéndole al Dr. Valente trasladar estos conceptos al campo odontológico e inducir a los participantes del seminario a la búsqueda de acciones concretas que permitan cumplir con una aspiración que la Dirección Nacional de Odontología se ha planteado como consigna: "Vejez con dientes naturales" y que constituiría el objetivo esencial de la profesión a lograr en la población a través de la atención primaria.

Las desarrolladas a continuación son las conclusiones a las que abordarán en esta oportunidad los cinco grupos de trabajo del Seminario que tuvo por tema:

"LA SALUD BUCAL COMO COMPONENTE DE LA ATENCION PRIMARIA"

TEMA: INVESTIGACION EN ATENCION PRIMARIA

El análisis parte de lo expresado al respecto por el Comité de Expertos de la OPS en el documento elaborado en Costa Rica entre el 14 y 18 de marzo de 1.983 y que dice:

"Es el proceso de producción de conocimientos, indispensable en Atención Primaria en general, y en Atención Primaria en Salud bucal en particular. Es sabido que la situación socioeconómica, cultural y de salud varía considerablemente de un país a otro, de una comunidad a otra y aún dentro de la misma comunidad, de un sector poblacional a otro.

Por lo tanto, sólo a través del estudio de cada realidad específica, podrá lograrse el conocimiento necesario para una adecuada planificación y ejecución de la Atención Primaria en Salud Bucal. De ello precisamente deriva que los principales tipos de investigación a ser incluidos en Atención Primaria en Salud Bucal sean el socioepidemiológico, clínico-patológico y biopatológico".

CONCLUSIONES

I. SITUACION PROBLEMA DETECTADA

La profesión de la zona no accede en forma completa ni homogénea a la información científica actual sobre el proceso salud-enfermedad bucal, ello está sujeto a inquietudes personales únicamente.

PROPUESTA

- 1° Obtener la información de instituciones tales como: Universidad, Asociación Odontológica Argentina, Dirección Nacional de Odontología, etc.
- 2° Concentrarla en instituciones zonales como Círculos odontológicos, Subsecretaría de Salud, Sociedad de Medicina Rural, quienes buscarían los canales para su difusión masiva a los profesionales.
- 3° Tomando esto como punto de partida, estas instituciones promoverían la transferencia de lo científico a la clínica.

II. SITUACION PROBLEMA DETECTADA

La investigación socioepidemiológica es, en la zona, insuficiente, casi nula pero considerada indispensable por los integrantes del grupo para:

- Ofrecer una respuesta coherente a las necesidades de los distintos grupos de población.
- Organizar a tal fin servicios con datos cuantificados.
- Posibilitar la evaluación de la transformación de la situación de salud, como consecuencia de nuestras acciones.

PROPUESTA

- 1° Formación de un grupo integrado por miembros de los tres subsectores orientados a la investigación socioepidemiológica.
- 2° Aprovechamiento de la infraestructura de información existente en organismos de los tres subsectores: Obras Sociales, Círculo Odontológico,

Subsecretaría de Salud Provincial, etc.

TEMA: DETERMINACION DE PRIORIDADES EN ATENCION PRIMARIA

El análisis del tema se centró en la determinación de:

- * Patología crítica de abordaje prioritario
- * Grupos poblacionales más afectados por esta patología y dentro de estos los de atención prioritaria.
- * Tipo de detención de atención prioritaria.
- * Actividades prioritarias a brindar.

CONCLUSIONES

- * Patologías críticas de abordaje prioritario:
 - Caries
 - Enfermedad Periodontal
 - Maloclusiones

I. SITUACION PROBLEMA DETECTADA

Tanto caries como enfermedad periodontal no se cuantifican en la zona.

PROPUESTA

Cuantificar ambas patologías a fin que ello permita evaluar las actividades realizadas.

- * **Grupos Poblacionales más afectados por:**
 - **CARIES:**

- Niños de 6 a 12 años
- Embarazadas y Adolescentes
- Menores de 6 años
- Grupo ente 18 y 30 años
- Mayores de 30 años

II. SITUACION PROBLEMA DETECTADA

- Dentro de las poblaciones mencionadas anteriormente, la situación de los grupos poblacionales de nivel socioeconómico bajo y sin cobertura social.
- Grupos con cobertura social y nivel socioeconómico bajo que no les permite el pago de los coseguros.

— ENFERMEDAD PERIODONTAL:

- Mayores de 30 años
- Adolescentes y Embarazadas.

III. SITUACION PROBLEMA DETECTADA

Las mismas que para caries.

PROPUESTA

- Continuar priorizando a nivel estatal la atención programada de los grupos mencionados en la SITUACION PROBLEMA DETECTADA II A.

- Integrar a los prestadores de Seguridad Social proponiendo ante éstos, la eliminación de coseguros en la atención de niños menores de 12 años y adultos de bajos ingresos.

*** Tipo de detención de atención prioritaria**

- Atención de la detención permanente
 - Atención de detención temporaria.
- En caso de detención mixta, es prioritaria la atención de la detención permanente pero realizando simultáneamente inactivación de caries en temporarios.

*** Actividades prioritarias a brindar**

- Urgencias
- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación

TEMA: PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN ATENCION PRIMARIA

El tema se analiza tratando de identificar en la situación zonal actual:

- * El nivel de participación de la comunidad en la problemática de salud bucal.
- * Acciones concretas propuestas para el logro de una real participación comunitaria en el corto plazo.

CONCLUSIONES SITUACION PROBLEMA DETECTADA

- Escasa participación de la comunidad en la problemática de salud bucal. El subsector oficial a través de sus programas y odontólogos, incentiva en alguna medida a padres, maestros y agentes sanitarios, promoviendo su participación.

No existen de los otros dos subsectores estímulos en forma sistemática.

PROPUESTA:

Estimular la participación de grupos comunitarios organizados: clubes de madres, cooperadoras escolares, clubes de servicio, comisiones vecinales, escuelas, etc, para que, en el corto plazo, se concrete su participación activa en el nivel operativo a través de los mecanismos de control.

(Ejemplo: Preguntar a las organizaciones anteriormente si están conformes con la atención a su salud bucal que recibe).

* Incluir dentro de los programas de estudio, temas de salud bucal en forma sistemática, frecuente, complementado con un cepillado dental diario en aquellos establecimientos donde funcionen comedores escolares o se brinde algún refrigerio.

* Realizar campañas de educación para la salud bucal, a través de los medios de comunicación social, difundiendo reiterada y sistemáticamente contenidos sobre acciones de prevención y protección de la salud bucal. Es importante que éstas, sean si-

multáneas con la ejecución de los programas escolares, tendiendo a lograr de este modo la participación de la comunidad en ellos.

Los recursos para las mismas deben ser de los tres subsectores: oficial, seguridad social y privado debiendo tenerse en cuenta que, si no hay abordaje multisectorial no podrá lograrse la participación de la comunidad total.

TEMA: RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCION PRIMARIA

El análisis parte de:

- * Identificación del recurso humano que opera en salud bucal en los diferentes ámbitos de la comunidad de la zona.
- * Definición de las características necesarias con que debería contar el recurso humano no profesional para la implementación de actividades de atención primaria en la zona.
- * Discusión sobre el interrogante: ¿"La formación que brinda la carrera odontológica, permite al profesional egresado, integrarse inmediatamente y actuar en el marco de un programa de atención primaria"?

CONCLUSIONES

En ambos subsectores, el estatal y el privado, el recurso humano está constituido casi exclusivamente por odontólogos.

SITUACION PROBLEMA DETECTADA

La escasez en algunos casos, o inexistencia en la mayoría, de personal auxiliar, agentes sanitarios y/o enfermeros con sólidos conocimientos de salud bucal y de personal administrativo destinado específicamente a los servicios de odontología, hace que el odontólogo (generalmente único recurso humano en salud bucal) asuma todas las funciones y desempeña la suya, orientada casi exclusivamente a lo curativo, sin desarrollar actividades preventivas.

PROPUESTA:

- * Contando con profesionales odontólogos motivados para prestar servicios a la comunidad y preparados científicamente para ello, es necesario también recurso humano no profesional con las siguientes características.
- * Agentes sanitarios nativos o conocedores del lugar y la gente con que actúan y capaces de:
- * Percibir las necesidades de la población donde desarrollan su acción.
- * Captar al grupo familiar y dentro de él al individuo con patología bucal, cualquiera sea su situación (adultos, niños, embarazada, etc.)
- * Fomentar la salud bucal a través de la educación.
- * Maestros capaces de:
- * Participar activamente en la educación para la prevención en salud bucal.
- * Asistente social capaz de:
- * Obrar como recuperador de las familias y/o in-

dividuos que se alejen del programa por diversas causas.

- * Asistente dental capaz de:
- * Realizar actividades de apoyo al profesional a través del trabajo conjunto con él, como el orientado a la higiene y esterilización del instrumental, apuntando todo ello al logro de una mayor productividad y cobertura del trabajo profesional.
- * Higienista o persona capaz de realizar:
- * Detección de placa bacteriana.
- * Topificaciones o enjuagatorios fluorados..
- * Enseñanza de cepillado.
- * Educación de la comunidad en lo referente a las enfermedades bucales y causas que las provocan.

DISCUSION SOBRE EL INTERROGANTE:

“¿La formación que brinda la carrera odontológica, permite al profesional egresado, integrarse inmediatamente y actuar en el marco de un programa de atención primaria?”

La opinión general del grupo es que:

El odontólogo no egresa motivado ni preparado científicamente para realizar atención primaria.

Debe darse al profesional un nuevo enfoque filosófico integral y preventivo, que reemplace al actual, parcializado y marcadamente orientado a lo curativo, que se vive desde los primeros años en la universidad.

SITUACION PROBLEMA DETECTADA:

Ausencia total de capacitación continua en la zona, lo que dificulta la reorientación del egresado.

TEMA: ACTIVIDADES EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Se analiza la totalidad de actividades que el sistema debería brindar a efectos de lograr un cambio sustancial en la situación de salud bucal de la población, aclarándose que todas deberán necesariamente ser parte de un contexto organizacional que posibilite su realización en forma sistematizada y asegure la continuidad de las mismas.

La situación inicial, el desarrollo de las actividades y los resultados obtenidos en términos de cambios reales de la situación de salud bucal, deben imprescindiblemente evaluarse a través de indicadores seleccionados con este fin.

CONCLUSIONES: PREVENCIÓN DE: CARIES

A) Medidas Generales:

Fluoración de las aguas de consumo donde la concentración de este elemento sea inferior al I.P.M. (Para poblaciones servidas mediante sistema de red domiciliaria).

B) Medidas Específicas:

— En el subsector oficial, implementación a través del Programa de Maternidad e Infancia, de la da-

ción sistemática de flúor por ingesta a la embarazada a partir de su captación, siguiendo con el Recién Nacido hasta los 2 años de edad. (para localidades sin aguas fluoradas).

- Detección y eliminación de la placa dental.
- Buches quincenales supervisados, con soluciones fluoradas, en la población escolar bajo programa, luego de lograda una completa inactivación de caries.
- En todo paciente con boca sana o totalmente restaurada, topicación con flúor y motivación tendiente a obtener continuidad en esta acción.
- Control de la dieta a los fines de inducir a una alimentación de baja potencialidad cariogénica.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

- Detección y eliminación de la placa dental
- Prevención y/o corrección de elementos y hábitos lesivos que incidan desfavorablemente en el curso de la E.P. (Prótesis mal adaptadas, mal posiciones, maloclusiones, etc). Se sugiere el uso de mantenedores de espacio sobre niños en edad escolar.

El grupo considera de fundamental importancia la adopción de medidas tendientes a jerarquizar la práctica de acciones preventivas de caries y Enfermedad periodontal, a nivel de los tres subsectores de salud.

EDUCACION PARA LA SALUD

- Entrevistas grupales periódicas con los padres, maestros y niños (especialmente preescolares).
- Desarrollo de un programa de Educación para la Salud que incluya enseñanza de cepillado, distribución de cepillos dentales entre los alumnos carenciados, comenzando por los de 2° grado y difusión de información de salud por los medios de comunicación masivos.

TRATAMIENTO

PRIORIDADES UNIVERSALES: (Cuadros agudos de infección, hemorragia o dolor etc.).

CARIES:

- Inactivación de la actividad de caries a través de la remoción de la misma y obturación con materiales semipermanentes o permanentes, según prioridades y recursos disponibles.
- Endodoncia simplificada en temporarios y permanentes jóvenes con exposición de pulpa vital.

— Estas acciones deben orientarse prioritariamente hacia la dentición permanente (primeros molares en particular), y en segunda instancia abarcará la temporaria.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

- Detección y captación sistemática del enfermo periodontal.
- Tartrectomías.
- Enseñanza de cepillado.
- Topicación con flúor.

REHABILITACION

- Confección de prótesis completas y removibles de acrílico, a los fines de restituir la funcionalidad pérdida por el desdentamiento.

SITUACION PROBLEMA DETECTADA

El abordaje de las actividades necesarias de encarar en el grupo de escolares primarios en zona rural sin recurso profesional o con recurso periódico.

PROPUESTA

ACTIVIDADES A ENCARAR EN ESCOLARES PRIMARIOS DE ZONA RURAL SIN RECURSO PROFESIONAL

- Básicamente preventivas y educativas a cargo maestros.
- Cepillado diario supervisado y enjuagatorios fluorados semanales y quincenales.
- Detección de patología por el agente sanitario, derivación personalizada para su tratamiento por profesional y control posterior del cumplimiento de la derivación y tratamiento en el lugar de origen.

ACTIVIDADES A ENCARAR EN ESCOLARES PRIMARIOS DE ZONA RURAL CON RECURSO PROFESIONAL PERIODICO.

- Se implementarán todas las actividades propuestas en el punto anterior, con la participación del profesional en la Educación para la Salud y en la resolución simplificada de las patologías básicas según recursos disponibles.

APLAUSO

El sostenido y fuerte aplauso al final de la presentación del equipo de salud de Andacollo fue la expresión precisa del sentimiento de todos los presentes esa tarde de las jornadas, y un justo premio - FELICITACIONES.



Mtro. Gonzalez 221 T.E. 25992-24103

Cordoba 431 T.E. 23981.

8300 Neuquén

biochemical *s.a.c.i.f.i.*

AMOBILIAMIENTO HOSPITALARIO
ELECTROMEDICINA
INSTRUMENTAL MEDICO
ODONTOLOGIA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
RADIOLOGIA

APARATOS PARA LABORATORIO
DROGAS INDUSTRIALES
DROGAS FOTOGRAFICAS
GEODESIA Y TOPOGRAFIA
MICROSCOPIA
REACTIVOS PARA ANALISIS

SERVICE INTEGRAL

**SU NECESIDAD BIOMEDICA ENCONTRARA LA
RESPUESTA ADECUADA.**

*** RECETAS ESPECIALIZADAS.**

- PROTESIS CARDIACAS Y TRAUMATOLOGICAS.
- CATETERES CARDIACOS. COOK
- TUBOS ENDOTRAQUEALES PORTEX.
- ORTOPEDIA.
- SUTURAS ATRAUMATICAS ETHICON.

*** EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO.**

*** CONSUMO MEDICO.**

*** CONSUMO DE LABORATORIO.**

*** CONSUMO DE ENFERMERIA.**

**RAPIDEZ Y EFICIENCIA.
PIDA PRESUPUESTO O
COTIZACION
ATENDEMOS MUTUALES.**

CONCLUSIONES DEL ENCUENTRO DE BIOQUIMICOS

Del primer encuentro Provincial Bioquímico, realizado los días 5, 6 y 7 de Abril ppdo. en la ciudad de Neuquén, se plantean como metas, la dignificación del ejercicio de la profesión, la permanente actualización, la integración de los Colegas de la región para mejorar su participación en los equipos de salud.

Exponemos a continuación, lo tratado en las distintas mesas redondas:

I-CAPACITACION CONTINUA

Surge la necesidad de la capacitación del profesional bioquímico mediante distintas modalidades operativas interrelacionando los subsectores, oficial y no oficial, para lo cual se recomienda:

a) Capacitación en lugar de trabajo mediante ateneos bibliográficos y envío de este material para su conocimiento.-

b) Reuniones periódicas rotativas donde se desarrollarán temas que hagan a la organización y a la actualización científica.-

c) Rotación de profesionales bioquímicos para actualización y manejo de técnicas en centros oficiales y no oficiales de reconocido prestigio.-

d) Cursos de larga duración con profesionales invitados mediante convenios con universidades y entes oficiales.-

e) Rotación de profesionales a centros de mayor complejidad y difusión de los conocimientos adquiridos.-

f) Formación y capacitación del personal técnico.-

2-IMPLEMENTACION DE LA RED PROVINCIAL DE LABORATORIOS, NORMATIZACION DE TECNICAS, EQUIPAMIENTO Y DERIVACION DE MUESTRAS

a) Organización y coordinación del funcionamiento de los laboratorios existentes para integrarlos en una Red Provincial y puesta en funcionamiento de la misma a través de la normatización de la derivación, técnicas de trabajo, equipamiento y mantenimiento.-

b) Promover la integración de los subsectores no oficial y oficial en cuenta a la utilización de los recursos disponibles.-

c) Incorporación definitiva del profesional bioquímico al sistema, por lo que se propone la participación activa del mismo en el equipo de salud.-

d) Recuperación del cargo de bioquímico a nivel central y cobertura de los laboratorios existentes y a crearse, por un profesional bioquímico.-

3-CONTROL DE CALIDAD

De la mesa N° 3, se concluyó en la necesidad de implementar un programa de Control de Calidad que englobe a los subsectores oficial y no oficial.-

Para su implementación se propone tres etapas:

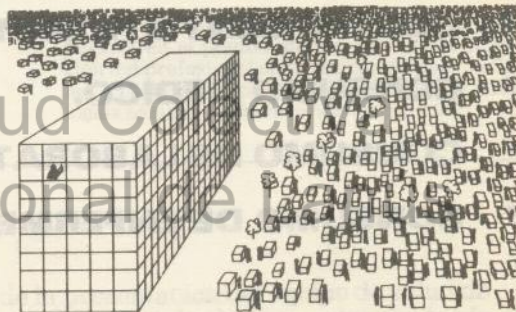
a) Control intralaboratorial.-

b) Control interlaboratorial.-

c) Integración a sistemas de control externo.-

En cuanto a la organización, se conviene en designar una Comisión que coordinará las acciones de los profesionales bioquímicos a través de Colegios Profesionales, Sociedades de Análisis Clínicos de la Asoc. Médica Científica de Río Negro y Neuquén e Instituciones oficiales para concretar los propósitos surgidos de este encuentro.-

TOMADO DE CATANUS



Las 3/4 de presupuestos de salud son para Hospitales y Profesionales, en servicios curativos, para minorías, principalmente en las ciudades.

Aproximadamente 3/4 de las enfermedades en el mundo son prevenibles con atención primaria de la salud.

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HOSPITALES DE NIVEL III EN LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN



El departamento Minas situado al Noroeste de la Provincia del Neuquén, con una superficie de 6416 Km², limita al norte y al oeste con la cordillera de los Andes, al este con la Cordillera del Viento y al Sur con el Departamento Norquín.

Es un lugar POTENCIALMENTE PROSPERO, con innumerables centros de atracción, desde el Cerro Volcán Domuyo, de 4700 mts de altura, el más alto de Neuquén, ubicado en la cordillera del Viento, y en cuyas laderas se encuentran geiseres y aguas termales de propiedades terapéuticas aún no explotadas hasta importantes lugares de pastoreo y agricultura, como ríos y arroyos, confiriéndole al lugar una fisonomía que le es propia.

Andacollo, cabecera del Departamento, así llamado en recuerdo del importante centro aurífero ubicado al norte de Chile y cuyo significado toponímico es LUGAR METALIFERO, tiene asiento en un estrecho valle surcado al oeste por el río Neuquén. La importancia del mismo radica en lo estratégico de su posición, punto obligado de todas las demás poblaciones.

Con una población de casi 1000 habitantes, cuenta con importantes establecimientos como son: Escuelas Primaria y Secundaria, Albergue, Parroquia Hospital, Oficinas de Correos, Emisora Radial, Oficina de ENTEL, Municipio y Club Social y Deportivo.

En su zona de influencia hay diversos parajes con distancias entre 5 y 35 Kms, tales como Huinanco, (la más progresista; Guañacos, de importante valor histórico y Los Miches, habitada por un reducido número de indígenas sumidos en el mayor desamparo y miseria. En situación intermedia hay otros parajes como son Los Clavos, Los Carrizos, Lileo, Tierras Blancas, Los Chacayes, La Primavera y Cura Mallín, esta última asentamiento minero dedicado a la explotación de varita. Así constituida nuestra zona de influencia tiene 3000 habitantes.

Históricamente podemos decir que el actual departamento Minas creado en el año 1915, correspondía antiguamente a la riquísima colonia Malvarco.

A la llegada de las tropas expedicionarias a fines del siglo pasado, contaba con un número importante de habitantes, existiendo una buena relación entre los indígenas del lugar con los chilenos llegados a esas regiones. Como sus valles eran más que ade-

cuados para la agricultura y la ganadería constituyó una zona de intercambio económico con el vecino país. El cierre de las fronteras hace pocas décadas trajo consigo el decaimiento total; el éxodo de los pobladores y el florecimiento del contrabando, única forma de subsistencia según refieren.

A principios de siglo, con el descubrimiento de vetas auríferas comienza una avalancha de pobladores chilenos hacia la nueva "CALIFORNIA ARGENTINA". Empresas como la GOLD MINE PROPRIETARY, dieron trabajo a cientos de personas, extrayendo de toneladas y media de oro y, así se fueron. Ningún capital argentino se interesó en explotarlo, ¿desidia? ¿intereses creados?. Más tarde apareció una nueva empresa, esta vez Argentina, pero fundió al poco tiempo, acabando así con el trabajo de los pirquineros y, otra vez la migración consiguiente.

PROSPERAS EPOCAS AQUELLAS NOS DICE LA HISTORIA!!!

Actualmente como fuentes de trabajo aún subsisten la minería, el vivero con su forestación, la psifactoria y la dulcería dando trabajo solo a una pequeña parte de la población; el resto, los más, subsisten gracias a la agricultura y crianza de animales, en pequeñas escala. Sigue habiendo TRANS-HUMANCIA, con las implicancias sociales y familiares que ello ocasiona, sumadas a un estado económico paralizado dan nuestra realidad de hoy.

Hablando específicamente de salud, Andacollo tiene un Hospital de Medicina General con 22 camas para atención indiferenciada, 2 consultorios de medicina general, una sala de rayos, un consultorio odontológico y un laboratorio. De él dependen 11 parajes, en cuatro de los cuales se encuentran ubicados los puestos sanitarios que cuentan con una vivienda mínima para el agente sanitario del programa. En los restantes, las actividades se realizan en escuelas o casas de familia que la gente nos ofrece voluntariamente.

Y para todo ello, para que la atención sea un verdadero servicio a los más necesitados, para que exista un único objetivo que es el ser más postergado, se necesita de un grupo humano preparado pa-



ra ello. Esto es el EQUIPO DE SALUD.

El mismo está integrado por: administrador, agente sanitario, chófer, cocinera, enfermeros, lavandera, médicos, mucamas, odontólogo y polivalente, cada uno con una función determinada, la que deberá ser la más importante, siempre y cuando se realice con cariño y conscientes de que, del trabajo diario de cada uno de nosotros depende en parte la salud y el bienestar de nuestra comunidad.

Por ello es importante, no solo una actividad formativa, donde cada grupo individualmente asimile los conocimientos que lo enriquecerán para su función, sino también actividades de integración y de evaluación que conduzcan a un mejor conocimiento de los diferentes miembros del equipo. En tal sentido se organizan charlas o cursos periódicos con enfermería, con los agentes sanitarios, con las mucamas a fin de actualizar los conocimientos para un perfeccionamiento en sus tareas. Pero también se realizan encuentros de todo el equipo en donde se deciden y profundizan los objetivos del grupo para que, cada uno en su tarea diaria muestre una unidad de criterio para con los pacientes ambulatorios para con sus familias, y para con los internados, logrando de esta forma una mayor concientización de nuestra población.

Así nuestro mensaje educativo deberá ser acorde con nuestra actitud. Si la consigna es HERVIR EL AGUA, en el hospital se hervirá rigurosamente el agua para el consumo. Si intentamos modificar las pautas de alimentación de la familia, introduciendo los alimentos de mayor valor nutritivo, los internados son alimentados con igual criterio, y esto se debe a que en las reuniones de trabajo se conoce cuál es el programa y se unifican las actividades.

En cuanto a evaluación, cada uno tiene la oportunidad de señalar los errores, en la medida en que contribuyan a un mejor funcionamiento y nos permita llegar más profundamente a esa clase necesitada y postergada para quienes fundamentalmente debe estar orientado este plan de salud.

Finalmente, y a los efectos de lograr una mayor integración en lo humano, existen las reuniones de recreación, donde, compartiendo la alegría se suelen subsanar los pequeños problemas que crea la tensión producida por el propio trabajo.

Todo esto, en suma, permite la conformación de un equipo de trabajo armónico al servicio de la co-

munidad, donde cada quién guste de su trabajo como para poner todo el empeño y cariño necesarios para brindar una atención de alta calidad que conduzca a edificar hombres sanos que puedan trabajar y defenderse en la vida.

Y para empezar a trabajar contamos con una serie de actividades programadas entre las cuáles la promoción y la prevención tienen un lugar relevante. Así es como tenemos actividades asistenciales y educativas imbrincadas íntimamente, entre ellas: el control materno infantil que abarca los diferentes momentos de la vida del niño y la mujer.

A los adolescentes se los inicia con pautas de educación sexual preparándolas para la maternidad temprana, característica de la zona y, la vida en pareja. Así mismo se efectúan acciones tendientes a la planificación familiar, así como el control de la embarazada, incluyendo inmunizaciones y exámenes complementarios.

Anualmente se realiza el exámen ginecológico tratando así de lograr conciencia del autoexámen mamario y el control con Papanicolaou anual, para la detección precoz del cáncer de cuello uterino, tan frecuente en nuestra provincia.

Con respecto a la población infantil, las acciones son múltiples y variadas debido a que este es el grupo etáreo más numerosos y de más alto riesgo.

El control podemos dividirlo en tres etapas: el menor de dos años, en el que edificamos junto con los padres, la salud del niño sobre 3 cimientos: las inmunizaciones, la alimentación que se inicia con la lactancia y que continúa con la integración progresiva de los alimentos con mayor valor calórico proteico, y finalmente, la estimulación precoz, como elemento contribuyente a una maduración neurológica normal.

Estas acciones son continuadas en los preescolares, grupo comprendido entre los 2 años y los 5 años y 11 meses, en donde la finalidad es el seguimiento en el tiempo del crecimiento y desarrollo, insistiendo en la alimentación y detección precoz de la patología, permitiendo una permanente comunicación con el núcleo familiar.

Finalmente, la tercera etapa la constituye el control escolar, realizado en primero, quinto y séptimo grado, a los efectos de completar las inmunizaciones, así como detectar precozmente las patologías más frecuentes, como son hernias, fimosis, patología visual o auditiva, etc.

En todos los casos, el control odontológico periódico es de fundamental importancia, siendo prioritario en los escolares, para poder preservar la dentadura, cosa francamente deficitaria en todos los adultos de nuestra zona.

Otra de las acciones es la dación de leche, que se realiza mensualmente a la embarazada y grupo etáreo menor de 6 años, incrementándose en los desnutridos. Al principio esto contribuyó a la capacitación de los menores, pero actualmente se observa una mayor concientización de la población, constituyendo un verdadero complemento para las familias de menores recursos obteniéndose la donación voluntaria de quienes pueden adquirirla sin mayores dificultades en el comercio. De esta forma el Hospital la redistribuye entre las familias de alto

riesgo, en las que, es este, su único medio de adquisición.

En cuanto a educación para la salud se ha establecido un programa para todo el año, cuyos cuatro pilares son: Hidatidosis, Alcoholismo, Alimentación y Educación Sexual.

La Hidatidosis constituye un verdadero problema sanitario que sólo podrá solucionarse a través de acciones de Promoción y Prevención exclusivamente. Ellas son:

— Erradicación del faenamiento domiciliario, habilitando mataderos adecuados.

— Tratamiento adecuado de las vísceras en los casos en que el faenamiento domiciliario sea inevitable.

— Desparasitación canina, para la cual contamos con el apoyo de un grupo de Hidatidosis Zonal que recorre todo el departamento, realizando, no sólo tareas específicas de evaluación y desparasitación de canes, sino también complementando con acciones educativas.

— El cercado de las huertas.

— Y el tratamiento del agua de consumo.

Por otra parte, informados de la presencia de perros parasitados, se realiza el estudio del núcleo familiar, a fin de realizar el diagnóstico precoz de Hidatidosis.

La Alimentación es un tema de FUNDAMENTAL IMPORTANCIA, dado que, a factores económicos se suman pautas culturales que conducen a una inadecuada alimentación. Por ello, a través de charlas individuales y comunitarias se informa a la familia de la importancia de una adecuada nutrición en la época del desarrollo, mostrando los alimentos más ricos en nutrientes, realizando el valor de la huerta, fomentando la producción de legumbres, la chacra, y la cría de aves. Señalamos aquellas pequeñas cosas que por múltiples factores se dejaron de hacer, como la pesca, encontrando que muchos ignoran el valor de este alimento. Así el centro de nuestra preocupación lo constituye el grupo de población más precario, en su totalidad lugareños, quienes acosados por la falta de fuentes de trabajo se abocan indefectiblemente a afianzar y multiplicar sus destrezas personales para obtener los alimentos, a través de la producción de sus huertas, o por la crianza de pequeños y grandes animales.

Esto no solo contribuye a consolidar la estabilidad individual y familiar actual, sino también propende a crear en sus hijos un sentimiento de amor y comprensión por su lugar de origen, tratando de evitar así aquello que es un mal de nuestro tiempo: las migraciones a las ciudades, pensando que es la solución de sus problemas, y es así, como a la vista de todos están las villas miseria, los barrios periféricos por demás humildes..., claro, porque allí tampoco hay trabajo para todos, ni vivienda digna, ni vida confortable.

El alcoholismo también es un problema que preocupa seriamente a todos nosotros. Dadas las características de la zona y la falta de un medio socioeconómico que permita a cada ser humano contar con un trabajo bien remunerado y una familia, o un lugar donde obtener horas de esparcimiento, la incidencia de esta patología es sumamente alta. Esto ha hecho que durante los últimos años se comenza-

ra a trabajar con la comunidad, creando la conciencia de alcoholismo como enfermedad, para permitir que en forma voluntaria, o estimulado por su propia familia, el alcohólico encuentre un camino para intentar recuperarse. El equipo de salud en general, consciente de esto, trabaja intensamente, y es así como, ya un grupo de alcohólicos recuperados tiene un salón de juegos para entretenerse.

Pero, para lograr una respuesta positiva son necesarios:

— Un adecuado tratamiento médico

— Un trabajo digno que lo haga sentir más persona y,

— Un medio familiar y social continente.

La educación sexual finalmente, se hace necesario colocarla en el mismo lugar. Es fundamental orientar a nuestros adolescentes hacia su realización como seres humanos, logrando el conocimiento



de sí mismos, y llegando a comprender el significado más profundo de la vida en pareja, a fin de dar su lugar a la mujer, abandonando ese machismo heredado de nuestros orígenes, y que conduce al fracaso de innumerables familias.

Finalmente para todo el desarrollo de nuestra tarea educativa contamos con el valioso aporte de información como es la radio. Esta tiene alcance inclusive hacia algunos lugares más alejados que están bajo nuestra influencia. En ella se incorporan continuamente mensajes breves, pero completos del tema, siendo preparadas por cada agente de salud de manera tal que cada mensaje subsiguiente es el complemento del anterior.

En algunas oportunidades nos llega material de cine sobre temas de Atención primaria, lo que hace posibles reuniones de difusión con familias y grupos de escolares; así, unidos con el sector educación, tratamos de edificar una relación que signifique siempre un bien común.

«Este es el programa. Para llevarlo a cabo, en la práctica contamos con dos tipos de atención: la primera en el hospital, con atención individual no sólo hacia el paciente ambulatorio, sino también hacia el internado, el que cuenta con el apoyo del médico, y muy especialmente de la enfermera, quien constituye una pieza clave, debido no solo a características personales, sino también al hecho de pertenecer al lugar, contribuyendo a formar inquietudes para un aprovechamiento integral de lo que pudie-

ra haber sido una muy infeliz estadia, ya que demás está decirlo una internación nunca constituye una gratificación personal a nadie por sí mismo.

Estos aportes son complementados por el resto del equipo, ya que desde la mucama hasta la lavandera con sus diarias actividades dan nociones de higiene personal y ambiental a aquellas personas, que por obra de todos conocida, les tocó en suerte hacer de la miseria y el abandono sus compañeros de siempre, llegando a lograr en ellos cambios de conducta favorables. Así la cocinera no solo se limita a ofrecer la alimentación ya preparada, sino que también, les hace participar en la confección de menús con los elementos propios y conocidos de la zona, pero que cuentan con importante valor calórico y nutritivo que muchas veces la gente ignora, no solo por carencias, que las hay y grandes, sino también porque los pocos recursos disponibles, son mal aprovechados.

Dentro de las actividades fuera del hospital contamos con la visita domiciliaria y con la visita programada mensual a los diferentes parajes, en puestos sanitarios, escuelas y domicilios.

La visita domiciliaria constituye la herramienta fundamental del agente sanitario, permitiéndole conocer a todas las familias de su área, al tiempo que aportan todas las pautas necesarias para el autocuidado, base de la pirámide de atención primaria.

Cada cuatro meses, una nueva ronda se inicia y con ella, acorde con nuestro plan de educación para la salud se plantean los contenidos prioritarios para el momento, en un curso que se realiza en el



Hospital de nivel 3, y que una vez por año es compartido con la zona sanitaria.

Así, el agente llega a las diferentes familias donde, tanto comparte un mate, como de pronto no sólo es quien da las indicaciones para efectuar determinado trabajo de saneamiento ambiental, sino también participa en la confección de una letrina, o el cercado de una huerta, o la preparación de un alimento. Esta actividad permite una mayor comunicación entre el agente y las familias.

La visita programada se realiza mensualmente, en cada paraje durante todo el año. Habitualmente el traslado se realiza en vehículo con todos los elementos necesarios para la atención, excepto en las

áreas que se aíslan, donde, el caballo es el medio que la misma gente proporciona, a fin de no perder por varios meses la visita del equipo de salud, ya que en ellas además de las tareas asistenciales programadas y educativas como son: control del niño sano, control de la embarazada, control del escolar, asistencia odontológica, charlas colectivas según el programa, elaboración de alimentos de mejor valor nutritivo, utilizando los recursos de la zona, también se realizan visitas a domicilio donde participa todo el equipo.

EPILOGO

En este estado de cosas somos conscientes de que estamos continuando con la labor iniciada varios años atrás, cuando recién el plan de atención primaria en Neuquén se ponía en marcha; algún tiempo ha transcurrido y ha sido deber y ganas de todos complementar, acrecentar y trabajar día a día para un sólo propósito:

EL BIENESTAR DE LOS PUEBLOS

Pero también sabemos muy bien que hay necesidades básicas, de fondo que estamos muy lejos de subsanar y que, creando expectativa en la gente también estamos marcando límites.

Esta es una realidad para la cuál **sólos** no podemos hacer más.

Solo decisiones políticas que contemplen esta realidad harán que todos los sectores comprometan sus esfuerzos para el desarrollo de estas comunidades eternamente postergadas.

JUNTOS, CAMINEMOS.....

TRABAJO PRESENTADO POR:

EQUIPO DE SALUD HOSPITAL DE AREA ANDACOLLO
en las PRIMERAS JORNADAS INTERPROVINCIALES
DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.

PROGRAMA DE SALUD URBANA Y RURAL CIUDAD DE MORTEROS Y COLONIAS BEIRO, SAN PEDRO, 10 DE JULIO MAUNIER Y MIRAMAR - CORDOBA

AUTORES: Grupo Morteros
RELATOR: Dr. Miguel Angel Rojo

1. INTRODUCCION:

El área geográfica de aplicación comprenderá para, el año 1.984, la región norte de la Zona Sanitaria N° 4, Departamento San Justo. Esta región ocupa una superficie de 1000 Km2, e incluye una población de 2.691 habitantes rurales y una población urbana de 11.456 habitantes.- Las viviendas rurales son 685 y las urbanas 3639.-

Los servicios de Salud Pública están estructurados en base a la demanda espontánea por Patología sin programación de actividades basadas en la atención universal de la población. La cobertura en inmunización sólo alcanza niveles útiles en oportunidades de las campañas nacionales.-

Ante la situación planteada, el Hospital Zonal Morteros en colaboración con la comunidad a quien se va a dar cobertura y con el apoyo del Ministerio de Salud Pública a través de la Zona Sanitaria N° 4 ha encargado la elaboración y puesta en marcha del "programa de Salud Urbana y Rural" basado en los siguientes principios:

1° Cobertura universal de la población en base a acciones de salud programadas en objetivos y metas cuantificadas predeterminadas.

2° Se brindarán acciones de fomento, protección y educación para la salud, así como el mejoramiento del medio ambiente, a partir de Agente Sanitario, previamente capacitado y supervisado.

3° Se alternará la visita domiciliaria, a establecimientos educacionales y otros, con la Atención en el Centro de Salud.

4° Se integrarán contenidos de:

a) La educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y lucha correspondientes.

b) La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiadas.

c) Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.

d) La asistencia materno-infantil con inclusión de planificación de la familia.

e) La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

f) La prevención contra las principales enfermedades endémicas locales: TBC, Chagas, Lepra, Parasitosis.

g) Tratamiento apropiado en las enfermedades y traumatismos comunes.

h) El suministro de medicamentos esenciales.

5° Se dará satisfacción a la demanda espontánea por Patología y derivación de pacientes.

6° Mejoramiento de los efectores de Salud y de derivación.

2. PROPOSITOS:

Mejorar las prestaciones en la Zona de cobertura del Hospital Zonal Morteros: Periurbana y rural en base a una cobertura total de la población con acciones de fomento, protección y educación para la salud, saneamiento del medio y control de las endemias prevalentes, atención de la demanda espontánea por Patología, derivación de enfermos.

3. OBJETIVOS

H-1. A largo plazo.

Disminución de la morbi-mortalidad:

- Materna
- Infantil
- General

Aumento de la expectativa al nacer.

H-2. A corto plazo.

- Incrementar las embarazadas bajo control.
- Mejorar las condiciones del parto e incrementar los partos institucionales.
- Entrega de leche a niños y embarazadas bajo control.
- Promoción de la lactancia materna.
- Aplicar dosis completas de vacunas con coberturas útiles.
- Saneamiento básico del medio: mejoramiento del agua de consumo, disposición de basuras, eliminación de excretas, control de vectores y roedores.
- Capacitación del personal.
- Captar patología y derivarla.
- Mejoramiento de vivienda e higiene de la vivienda.
- Mejor utilización de los recursos para la alimentación.

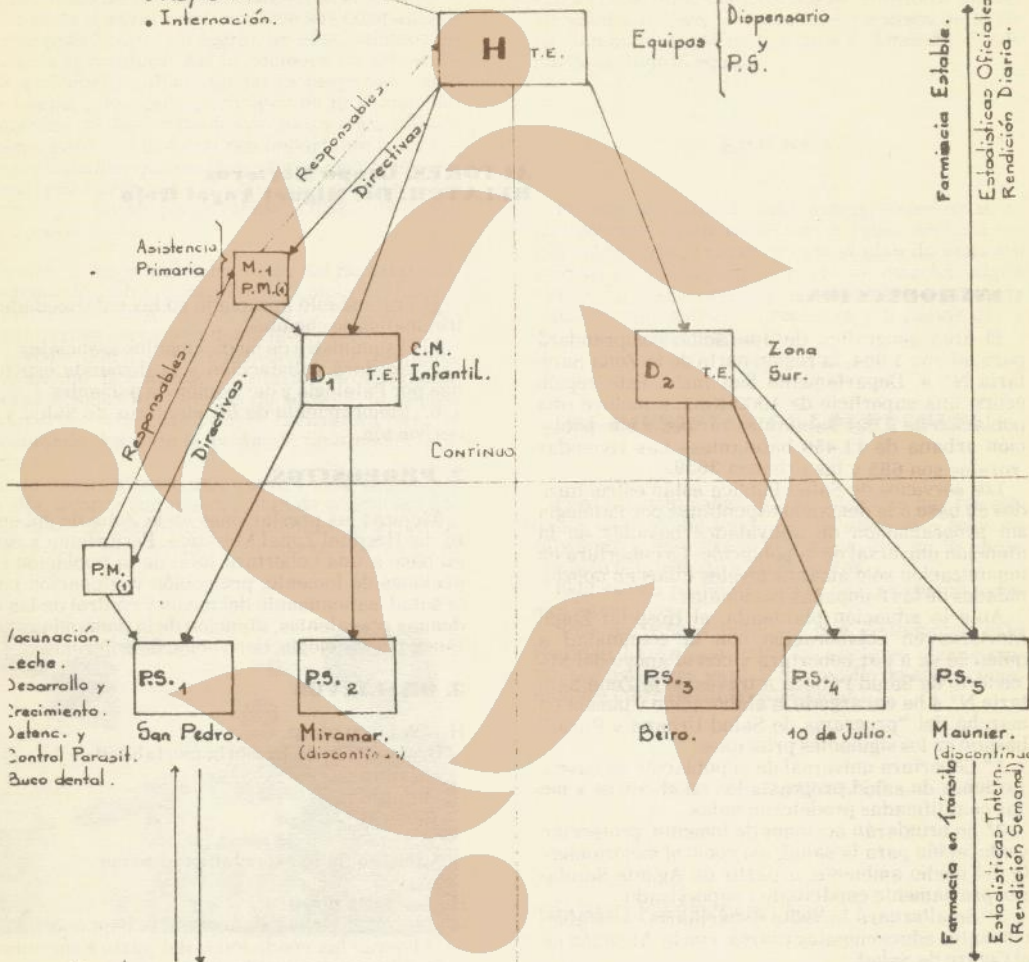
Redistribución Operativa Hospital Zonal

- Asistencia 2da.
- Cirugía.
- Laboratorio.
- Rayos X.
- Internación.

H T.E.

Equipos { Dispensario y P.S.

Farmacia Estable.
Estadísticas Oficiales.
Rendición Diaria.



- vacunación.
- creche.
- desarrollo y crecimiento.
- detenc. y control Parasit.
- Buque dental.

Farmacia en tránsito.
Estadísticas Intern.
(Rendición Semanal)

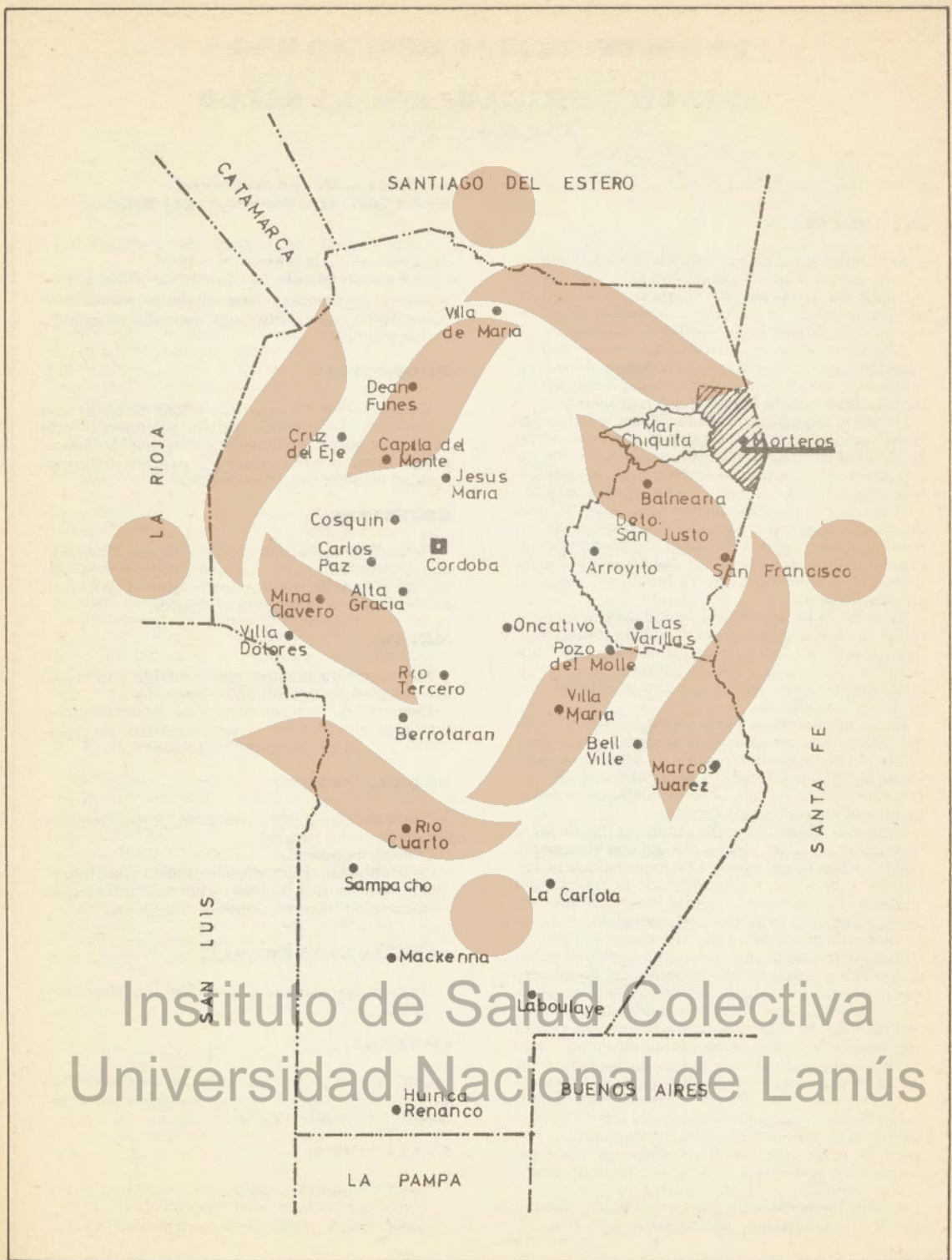
- Escuelas.
- Clubes.
- C. Vecinales.
- Coop. Tamberos.

- Visitadores Sociales.
- Equipo Educación Sanitaria.

(Transporte P.S.)
P.S. ↔ D1

M. = 14
P.M. = 18

Continuo: M. = 2
P.M. = 2
Discontinuo P.M. = 5



Instituto de Salud Colectiva
 Universidad Nacional de Lanús

LA SALUD MENTAL DENTRO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

AUTORES: Grupo Morteros
RELATOR: Dr. Miguel Angel Rojo

INTRODUCCION:

Ni la humanidad en su conjunto, ni los individuos y los grupos que la componen han sido capaces de subsistir sin ayuda material y apoyo emocional. A todo lo largo de la historia observamos distintos mecanismos tendientes a atender esa necesidad.

Actualmente los sanitaristas de todo el mundo coinciden en reconocer que la higiene materno-infantil depende en última instancia del bienestar de la comunidad y de la familia a que pertenecen.

De ahí la importancia de considerar a la familia como "unidad de salud" y a que muchas causas de mortalidad y morbilidad guardan relación estrecha con las particularidades económicas, sociales y biológicas de los individuos afectados y que los trastornos biológicos tienen muchos efectos nocivos de orden económico y social. En casi todas las comunidades, las causas del mal funcionamiento del grupo familiar, son los trastornos de salud física y mental de los miembros de su familia o su educación insuficiente.

La meta de los servicios de salud debe ser, por lo tanto, la eliminación o atención de las incapacidades y trastornos físicos y mentales, para que cada persona y su familia realicen plenamente sus posibilidades sociales. Así hay que entender la función social de la medicina.

En las prestaciones a este sector, los servicios de salud deberían permitir a las madres y a sus hijos sacar el mayor partido posible de los mejoramientos de la higiene del medio y de la nutrición, de la sicohigiene de los vínculos y roles familiares y de las técnicas de planificación familiar.

La transición de la familia amplia al tipo de familia nuclear reducida, ha coincidido con el aumento cada vez mayor del número de mujeres que trabajan, esta situación ha entorpecido la función del cuidado continuo que la madre desempeñaba respecto a sus hijos pequeños y el cuidado de éstos se ha delegado en medida cada vez mayor a organizaciones extra-familiares, que han asumido el papel de la madre y el de la familia ampliada. En nuestro medio debido a la falta de organizaciones en cantidad necesaria a la demanda poblacional, vemos que sólo han facilitado al niño alojamiento, escasa vigilancia y una educación básica elemental; pero no han sabido dispensar el tipo de cuidado indispensable para un desarrollo físico y psicológico saludable; y en muchos casos esta precariedad ahondó las perturbaciones emocionales del niño y favoreció patologías vinculares. En las zonas rurales, con grandes problemas de tipo cultural se observan cada vez más heridas en la salud mental, debido fundamentalmente a factores diversos:

a-) **Socio-económicos:** Desnutrición, hacinamiento, prosmicuidad, precariedad sanitaria, al-

coholismo, falta de protección laboral.

b-) **Educativo:** Analfabetismo, mitos y creencias supersticiosas, alimentación no balanceada, niños maltratados, retardados mentales no identificados, psicosis.

PROPOSITOS:

Que el agente de salud sea capaz de hacer una lectura del medio donde trabaja y denunciar ante el servicio hospitalario responsable, todo fenómeno social, familiar o individual que exprese disfuncionalidad o anormalidad psicológica.

OBJETIVOS:

Detección, captación y protección de: embarazadas, puerperas, recién nacidos y niños pre-escolares, a los fines de realizar psicohigiene y detección precoz de trastornos psicopatológicos.

METAS:

Mejoramiento familiar que posibilite una comunidad armónica, equilibrada y solidaria.

Destierro de factores culturales determinantes y fatalistas que impiden la rehabilitación, reeducación y terapia del marginado psicológico.

ORGANIZACION:

Censo escolar a partir de datos proporcionados por los docentes rurales.

Censo poblacional.

Confrontación de los miembros de la comunidad, con los parámetros básicos de normalidades expresados según criterios evolutivos científicos.

FAMILIA VULNERABLE:

Un miembro alcohólico, psicológico u oligofrénico predispone la morbilidad familiar.

CONTROL:

Cualquier conducta que salga de los parámetros de control que maneja el agente sanitario debe ser derivado al hospital central.

EVALUACION:

Se efectúa a dos niveles;

- visitas a terreno para un control directo.
- por el tipo y calidad de las derivaciones.

CONSIDERACIONES POLITICAS Y ASPECTOS OPERATIVOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN EL CHACO.

por los Dres. OSCAR A. HOLZER, JULIO A. MONSALVO Y JUAN C. BARBERIS

I. CONSIDERACIONES POLITICAS

1.1. La Política Global del Gobierno.

El objetivo social de la política del Gobierno de la Provincia, considerada en su globalidad, es el logro de mayor bienestar para la población. (GRAFICO 1)

Este concepto de bienestar lo asimilamos al de la Salud considerada no sólo en el aspecto sanitario (ausencia de enfermedad) sino en su integralidad: bienestar físico, mental, espiritual y social.

Todos los sectores de la actividad deben concurrir con su aporte al logro de este objetivo social.

El sector Salud es solamente uno de estos.

1.2 La Formulación de la Política

La explicitación de la política debe partir de la aprehensión de la realidad y del juicio de valor que se haga sobre la misma desde una ideología determinada. (GRAFICO 2).

La formulación de la política debe contener con claridad los siguientes elementos: a) La definición del problema; b) La caracterización de la imagen objetivo a la que se desea llegar; y c) el enunciado de la estrategia a adoptar para potenciar los factores positivos que concurren apoyando al objetivo y para neutralizar a aquellos negativos que lo frenan o lo desvían.

1.3 Política de Salud

En nuestro país se reconocen claramente dentro del Sector Salud a tres Sub-sectores: a) el público u oficial; b) el privado; y c) el de la seguridad social. (GRAFICO 3).

Sería deseable una política de todo el sector Salud. Pero debemos reconocer que no existe una coordinación entre ellos y que el Gobierno debe limitar su acción, en la práctica, al Sub-sector público.

Factores de ordenamiento legal, administrativos e históricos, hacen que su acción esté limitada a aspectos formales en los otros sub-sectores.

1.4 Política del Sub-sector Público de Salud.

No obstante las limitaciones y condicionamientos ya señalados el Gobierno formula su política a través del Ministerio de Salud Pública y Acción Social teniendo en cuenta que la misma será (al menos temporalmente) de aplicación únicamente subsectorial pero considerando la totalidad de la situación.

1.4.1 Definición del Problema

Aproximándonos a la realidad, el Ministerio de-

fine los siguientes dos problemas que considera prioritarios:

a) personas que enferman y mueren por enfermedades que se consideran vulnerables (controlables por métodos preventivos y/o curativos).

b) Falta de accesibilidad de los servicios de atención de la salud por parte de un sector importante de la población.

1.4.1.1 Muertes por Causas Vulnerables

El 16% de las muertes acaecidas en todas las edades, se han debido a estas causas que consideramos vulnerables. (GRAFICO 4). Esta información surge de los datos tabulados por computación en los años 1978 y 1979. Esto significa un promedio anual de 876 muertes por causas vulnerables sobre un total (promedio) de 5.582 fallecimientos.

Preocupados por este hecho, hemos estudiado manualmente las muertes de los menores de 15 años acaecidas durante los años 1980-81-82. (GRAFICO 5).

Consideramos como causas vulnerables a todas las prevenibles por vacunas (sarampión, difteria, coqueluche, tétanos, poliomielitis y tuberculosis) más las diarreas, desnutrición y bronconeumopatías agudas.

El estudio nos arrojó los siguientes resultados:

a) menores de 1 año 3.507 muertes 1.089 por causas vulnerables (31% del total).

b) de 1 a 4 años: 868 muertes-424 por causas vulnerables (49%).

c) de 5 a 14 años 325 muertes - 62 por causas vulnerables (19%).

De más estaría enfatizar la preocupación por el costo humano que significan un promedio de 725 muertes de menores de 15 años de edad que se producen en la provincia y que serían teóricamente evitables.

1.4.1.2 Dificultades en la Accesibilidad.

A los fines de mensurar este problema detectado y sentido por la población, estudiamos la accesibilidad geográfica a los Servicios de Atención de la Salud. (GRAFICO 6).

Llegamos a la conclusión que el 27% de la población, prácticamente 200000 personas (exactamente 198.796) no tienen acceso permanente a ningún servicio de salud, sobre un total de casi 730000 personas (729.097).

El 40% tiene acceso permanente a los servicios de mayor complejidad de manera inmediata. A estos servicios los identificamos como nivel terciario (hospitales nivel VI en la Capital y en la segunda ciudad de la provincia).

El 8% tienen accesibilidad inmediata a los servicios del segundo nivel de complejidad (hospitales

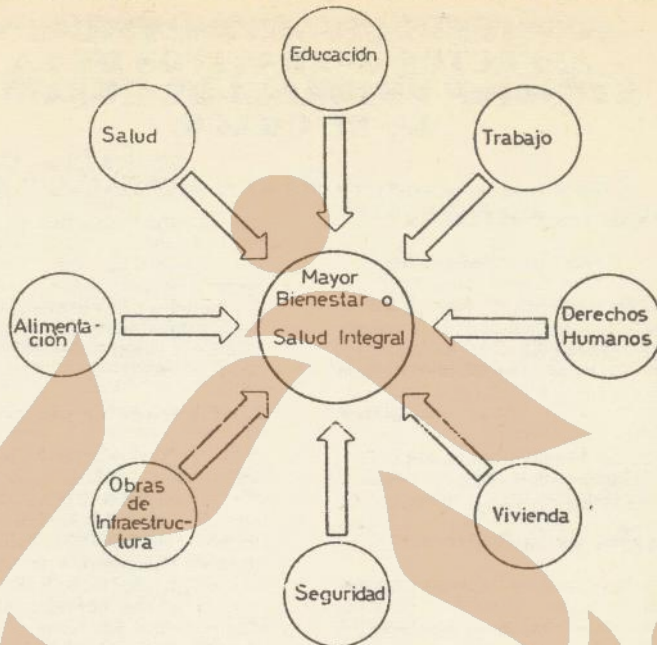


Gráfico 1:

OBJETIVO SOCIAL DE LA POLÍTICA DE GOBIERNO-
FACTORES CONCURRENTES AL LOGRO DE LA IMAGEN=OBJETIVO

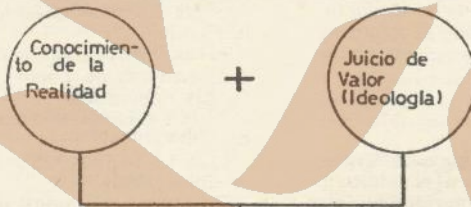


Gráfico 2:

FÓRMULACION DE UNA POLÍTICA Y ELEMENTOS CONSTITUYENTES

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



SECTOR SALUD



IMAGEN - OBJETIVO POLITICA GLOBAL

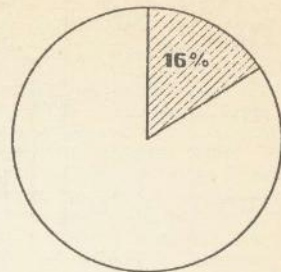


Gráfico 4:

FALLECIDOS POR CAUSAS VULNERABLES

TODAS LAS EDADES

Gráfico 3:

EL SECTOR SALUD Y SUS RESPECTIVOS SUB-SECTORES

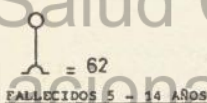
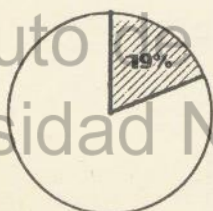
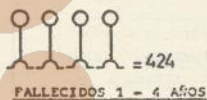
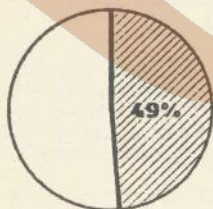
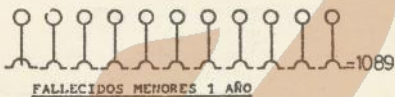
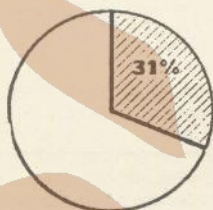


Gráfico 5:

FALLECIDOS POR CAUSAS VULNERABLES

(Prevenibles por vacunas, Diarreas,

Bronconeumopatías agudas y Desnutrición)

AÑOS : 1980-81-82

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Niveles de complejidad

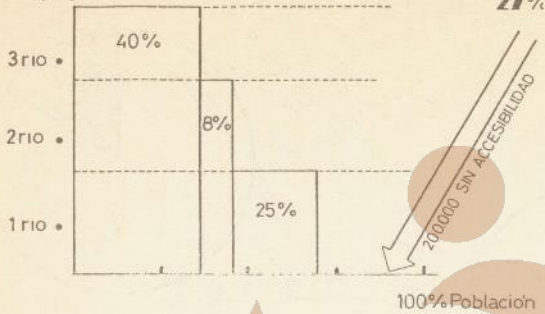


Gráfico 6:

ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA INMEDIATA A LOS SERVICIOS DE SALUD

100% Poblacion

-GEOGRAFICAS

-ECONOMICAS

-CULTURALES

-DE RELACIONES HUMANAS

DIFICULTADES NO MENSURADAS
DIFIC. MENSURADAS

Gráfico 7:

EL ICEBERG DE LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

REDUCIR NUMERO
MUERTES POR CAUSAS
VULNERABLES

Niveles de complejidad



ASEGURAR ACCESIBILIDAD INMEDIATA A SERVICIOS BASICOS Y FLUIDO ENVIO A OTROS NIVELES

Gráfico 8:

IMAGEN-OBJETIVO DE LA POLITICA DEL SUBSECTOR OFICIAL DE SALUD

nivel IV en las localidades de Villa Angela, San Martín, Las Breñas y J.J.Castelli).

Un 25% tienen acceso directo a lo que llamamos primer nivel de atención; establecimientos nivel III, II, I.

Enfatizamos que se ha mensurado únicamente la **accesibilidad geográfica**, lo cual intuimos que es solo la punta visible del iceberg de las dificultades de accesibilidad. (GRAFICO 7). Sería motivo de investigación mensurar los aspectos económicos, culturales y de relaciones humanas que dificultan la accesibilidad. En esa línea ha estado trabajando la Universidad de Heidelberg (Alemania Federal) en convenio con nuestra provincia, pero aún no disponemos de las conclusiones.

1.4.2 Caracterización de la Imagen Objetivo

Ante los problemas prioritarios ya definidos en nuestra Provincia, se impone caracterizar la imagen-objetivo a la cual se desea llegar. (GRAFICO 8).

Avanzar hacia la concreción de esta imagen objetivo constituye la preocupación máxima del accionar del Ministerio de Salud.

La misma se puede sintetizar en estos dos grandes enunciados:

a) Disminuir el número de muertes por causas vulnerables.

b) Asegurar la accesibilidad a los servicios básicos al 100% de la población y garantizar el fluido envío a los niveles de complejidad superiores a todas las personas que lo necesiten de una manera oportuna.

Estas dos imágenes pretendemos que estén presentes en todos los estamentos y niveles jerárquicos de la institución Ministerio ya que es sabida la experiencia de que la dinámica burocrática de una administración pública hace perder de vista los objetivos últimos siendo éstos reemplazados por objetivos institucionales como un fin en si mismos.

1.4.3 La Estrategia

Como ya hemos señalado, la política debe explicitarse conjuntamente con la estrategia adoptada.

La Provincia ha decidido considerar a la ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD como una estrategia válida y pertinente para el logro progresivo de la imagen-objetivo ya definida..

Se hace necesario conceptualizar en primer lugar, los fundamentos de la Atención Primaria. (GRAFICO 9).

Entendemos a la Atención Primaria basada sobre tres pilares insustituibles: a) Justicia, b) Extensión de Cobertura y c) Participación Comunitaria.

Esta conceptualización surge del espíritu de la declaración de Alma-Ata, a la cual nuestro país ha suscripto, y que la provincia del Chaco ha decidido políticamente aplicarla.

No sería auténtica aplicación de la Atención Primaria si no se tuviera conciencia que se trata de revertir una situación de injusticia para el cuidado de la salud, ya que mientras algunos tienen la posibilidad de acceder a lo máximo, otros no tienen la mínima atención de la salud. Podemos asegurar que si a la inaccesibilidad geográfica le sumamos la

aún no mensurada inaccesibilidad económica, (muy acentuada en las grandes ciudades), cultural y de relaciones humanas, el espectro de los desamparados sería mucho más que el 27% o sean las 200.000 personas sin accesibilidad geográfica inmediata.

Cuando nos referimos al otro pilar, el de extensión de cobertura, debe quedar claro que para la provincia del Chaco, no se refiere únicamente a la labor del clásico agente de salud rural ni se limita a los aspectos de promoción y de prevención. Por el contrario, el concepto es de la amplitud que señala la Declaración de Alma-Ata que en síntesis se trata de ofrecer, lo más cerca posible donde la gente vive y trabaja, los servicios básicos de prevención y de curación. Consideramos nefasta la dicotomía de preventivo vs. curativo. La gente demanda solución a los problemas inmediatos que percibe. Por lo tanto la extensión de cobertura se refiere al tratamiento (incluyendo por supuesto medicamentos) de las patologías más comunes y la fluida derivación a otros niveles de quien realmente lo necesite de una manera eficaz y oportuna; las vacunaciones; el control del medio ambiente (saneamiento básico); la educación sanitaria y todos los otros aspectos de prevención y de promoción que se disponen.

El tercer pilar que mencionamos, la participación de la comunidad, se refiere a la indispensable intervención de los usuarios de los servicios. Alentamos la participación personal, familiar y comunitaria en el autocuidado pero también en la planificación y programación de actividades, en su ejecución, en el control y en la evaluación compartida.

Todo lo dicho pone en evidencia que la atención primaria así conceptualizada ha de chocar, y de hecho choca, con intereses y objetivos sectoriales y/o grupales de orden económico, científico o simplemente de poder que no son precisamente el interés social. De ellos somos concientes.

II. ASPECTOS OPERATIVOS

Aquí nos referiremos a los aspectos operativos desde la conducción a nivel Provincial.

Aquí nos referiremos a los aspectos operativos desde la conducción a nivel Provincial.

2.1. La Atención Primaria en el Sistema de Salud

Ya definidos los objetivos en la política, y por otra parte ya señalada la estrategia adoptada, se impone planificar a nivel de la conducción operativa.

Se concibe en la Provincia, siempre hablando desde sub-sector público, sistema de amplia cobertura con servicios básicos (primarios) y estratificado en niveles de complejidad. (GRAFICO 10)

El nivel primario comprende a los efectores de establecimientos sanitarios de Nivel I, II y III pequeños. Es decir que incluimos la acción de los profesionales en Consultorios externos, a domicilio o en visitas programadas, las de los Técnicos y Auxiliares en estos establecimientos y/o en terreno, y la participación de los individuos, familiares y comunidades, entendiendo a estos últimos como parte del recurso humano para el cuidado de la salud.

El nivel secundario constituido por hospitales ge-

nerales (de nivel IV ó III con un funcionamiento que los acerca a los IV.

El nivel terciario, el de máxima complejidad en la provincia por los establecimientos de nivel VI en las ciudades de Resistencia y de Presidencia R.S. Peña.

Cabe aclarar que los consultorios externos profesionales generalistas, como así también acciones domiciliarias y en terreno que se efectúan en los efectores IV y VI, las incluimos también dentro del nivel primario, ya que se trata del primer contacto con el sistema.

Los niveles secundarios y terciarios son los de referencia dentro del sistema.

En síntesis, consideramos a la atención primaria de la salud como integradora y parte principal y rectora del sistema de atención de la salud en la provincia.

2.2. Concepto operativo clave: el Área Programática

A los fines de no perder de vista la imagen-objeto de disminuir las muertes por causas vulnerables y ofrecer cobertura con servicios básicos al 100% de la población, pensamos que el Área Programática constituye el concepto operativo clave. (GRAFICO 11).

Todo el territorio provincial se ha dividido en 48 Áreas Programáticas.

Cada Área Programática posee un establecimiento cabecera (de nivel II, III, IV ó VI). (GRAFICO 12).

Se trata de un territorio geodemográfico en donde se deben desarrollar de **manera integrada**, bajo el **comando único** del Director del Establecimiento Cabecera (quién es también Jefe del Área) todas las acciones de salud, teniendo facultad de decidir tácticamente sobre el terreno todas las medidas pertinentes a ofrecer la cobertura de los servicios básicos (curativos y preventivos) y vigilar las muertes por causas vulnerables.

Para completar este concepto funcional, el Área Programática debe prever la fluida derivación de las personas que así lo necesiten a otros niveles que se trata de una modalidad indicativa de responsabilidad para efectuar acciones de salud y bajo ningún punto de vista un elemento de presión a la población para que concurran a un establecimiento determinado.

Recientemente se han creado en la provincia seis zonas sanitarias como una medida más de descentralización conductiva.

2.3 Descentralización Presupuestaria y Desconcentración de Recursos.

Para que el concepto funcional del área programática no sea sólo una ilusión, se hace necesario que se adopten medidas complementarias que tiendan a la descentralización presupuestaria y a la desconcentración de recursos.

Un diagnóstico de situación institucional actual, (GRAFICO 13), nos muestra la distribución de los gastos funcionales en los distintos niveles del sistema: 41% en el primario; 11% en el secundario y el 48% en el terciario. No se han considerado en este estudio las inversiones, sino solamente el gasto en

personal, medicamentos y bienes y servicios.

Casi la mitad del gasto es consumido por el nivel de mayor complejidad. Reconocemos que se trata de una situación de arrastre histórico difícil de revertir, pero que se impone replantear ante la tónica de justicia y de racionalidad distributiva que surge de la conceptualización de la atención primaria.

Esquemáticamente el mecanismo que se pretende articular es que el Nivel Central normatice, supervise, realice el control de la gestión y distribuya el presupuesto. El Nivel Operativo tenga capacidad de decisión táctica, proponga estrategias y elabore el programa único (integrado) en su área, reciba fondo para gastos de funcionamiento y participe en la decisión de las compras de medicamentos, material de laboratorio y odontología y de artículos varios de equipamiento, bazar, textiles, etc.

Se pretende que la evaluación sea compartida. (GRAFICA 14).

2.4 El Control de los Problemas de Salud

Falsamente se ha sostenido de que la enfermedad es solamente un fenómeno biológico y que el control de las mismas se basa únicamente en diagnóstico y tratamiento médico.

Esto ha llevado a una medicalización de la sociedad que ha resultado en una fuerte dependencia de la gente de los profesionales y a la no participación en el cuidado de su propia salud.

Es necesario que el nivel operativo, el Área Programática, tome conciencia de todos los factores que actúan y se interrelacionan en un problema de salud. (GRAFICO 15).

Las medidas de control deben actuar cuando sea posible sobre la incidencia, la gravedad y la efectividad de la atención. No se debe olvidar los factores que multicausalmente actúan en cada uno de ellos y el marco general de la situación social, económica y cultural.

Para que la política explicitada no quede en letra muerta, se hace necesario "que baje" al nivel operativo, que no se pierda allí, justamente de vista la imagen-objeto.

2.5 Formación del recurso humano

Se tiene conciencia de que para trabajar de esta manera con objetivos sociales y no institucionales, se debe contar con un recurso humano de nuevo tipo.

Para ello se han implementado las siguientes líneas de acción (GRAFICO 16).

2.5.1 Curso de Administración Sanitaria a Directores de Establecimientos.

Se llevó a cabo durante los años 1980-81 un curso de Administración Sanitaria destinado a los Directores de Establecimientos, y por lo tanto en ese entonces futuros Jefes de Áreas Programáticas.

Tuvo por finalidad capacitar en la realización de diagnóstico de situación, criterios para la fijación de prioridades, instrumentación de estrategias para abordar a los problemas ya identificados, aspectos epidemiológicos, etc.

Al término del curso se fijaron los límites de cada una de las 48 áreas programáticas con el criterio



Gráfico 9:

PILARES EN LOS CUALES SE FUNDAMENTA LA ATENCION PRIMARIA

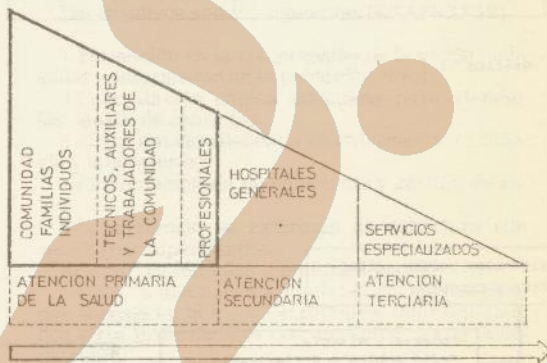


Gráfico 10:

MODELO DE SISTEMA PROVINCIAL DE ATENCION DE LA SALUD
(SUB-SECTOR PUBLICO)

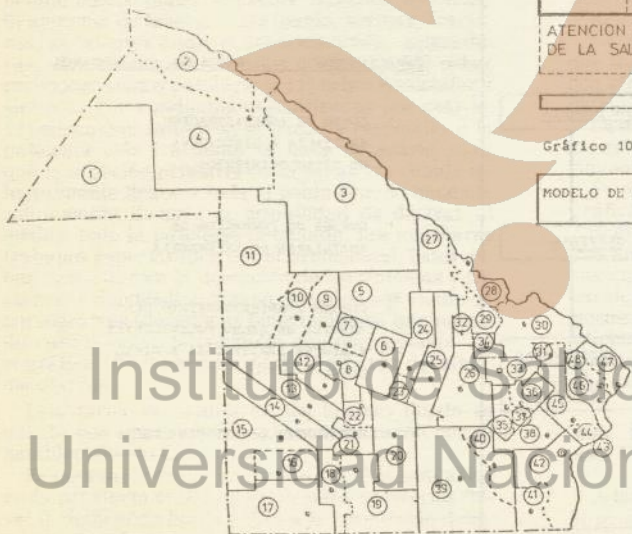


Gráfico 11:

PROVINCIA DEL CHACO = AREAS PROGRAMATICAS = ZONAS SANITARIAS

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

AREA PROGRAMATICA: SUS CARACTERISTICAS PRINCIPALES

- CADA AREA ES UN TERRITORIO GEODEMOGRAFICO CON UN ESTABLECIMIENTO CABECERA CUYO DIRECTOR ES / TAMBIEN EL JEFE DEL AREA.
- EL JEFE DEL AREA ES EL RESPONSABLE DE LA SALUD DE LOS HABITANTES DE ESE TERRITORIO.
- DEBE GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS BASICOS Y LA DERIVACION FLUIDA A OTROS NIVELES.
- EL CONCEPTO DE AREA PROGRAMATICA ES FUNCIONAL E INDICATIVO DE RESPONSABILIDAD PARA EFECTUAR // ACCIONES DE SALUD PUBLICA. NO SE PRESIONA A / QUE LA POBLACION CONCURRA A ESTABLECIMIENTO / DETERMINADO.

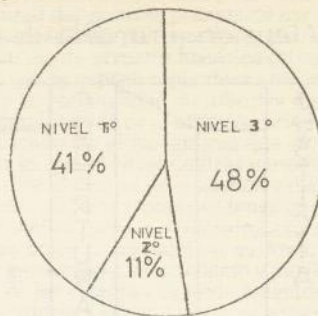


Gráfico 13:

DISTRIBUCION DE LOS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO EN LOS DISTINTOS NIVELES DE COMPLEJIDAD

Gráfico 12

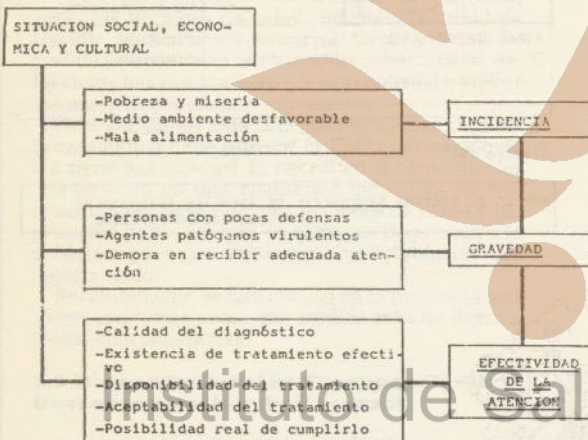


Gráfico 15:

FACTORES INTERVINIENTES EN UN PROBLEMA DE SALUD

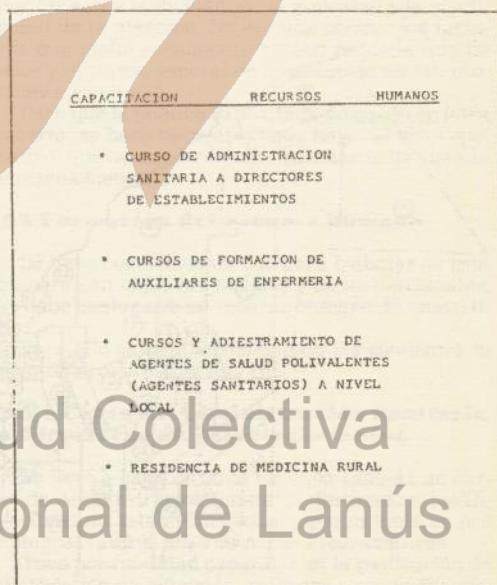


Gráfico 16

ya mencionado y teniendo en cuenta la experiencia piloto de la primera área programática que se fijo en 1977 en el oeste del Chaco, con base en J.J. Castelli con criterios inspirados en el plan de la provincia del Neuquén.

2.5.2 Cursos de formación de Auxiliares de Enfermería

Programados y conducidos por la Dirección de Enfermería y con plena participación de los Directores de los Establecimientos en donde se realizan, se vienen realizando estos cursos, sin solución de continuidad, desde 1977, tanto en la Capital como en el Interior de la Provincia (niveles VI, IV).

2.5.3 Formación de Agentes Sanitarios

Se ha seguido el criterio de que el agente sanitario se forme a nivel del Área Programática donde va a trabajar. Cada área presenta particulares características y requiere por lo tanto enfrentar distintas necesidades con una estrategia adecuada a cada caso.

Los Directores de Áreas Programáticas consideraron que para satisfacer el nivel de capacitación mínimo, deberían dictarse las siguientes unidades de estudios. (GRAFICO 17): 1) aspectos organizativos (censo, cartografía); 2) vacunaciones (administración, conservación, transporte); 3) control de lactantes; 4) control de embarazadas; 5) alimentación y nutrición; 6) enfermería (prácticas básicas de esterilización, inyectología, y toma de signos vitales, extracción de muestras); 7) administración y estadísticas (lecto escritura, formularios); 8) saneamiento básico (agua, excretas, basuras, vivienda); 9) atención de emergencias (parto, heridas, fracturas, accidentes ofídicos, intoxicaciones, quemaduras, shock cuerpos extraños oculares); 10) saber reconocer signos patológicos 11) saber responder a síntomas con conductas normatizadas por escrito; 12) educación sanitaria; el tema de responder a la patología más frecuente se hace necesaria para que la atención primaria de la salud, concebida integralmente llegue a toda la población. Se hace absolutamente ilusoria la posibilidad de derivar al médico toda la patología detectada. Los auxiliares trabajan supervisados por el profesional. Estos deben capacitar en la detección de los síntomas y sin elaborar diagnóstico alguno, guiarlos por medio de cursogramas (decisiones binarias) para que en cada caso adopten la conducta que corresponda. En el gráfico 18 tenemos un ejemplo a partir del síntoma diarrea.

Esta tarea se facilita en los lugares donde se cuenta con aparatos de radio comunicación con el Establecimiento Cabecera.

Es necesario destacar que los agentes sanitarios en la provincia trabajan en Puestos Sanitarios (nivel I), dedicando horas ó días a la recorrida domiciliaria (preferentemente con un objetivo concreto -captar embarazadas, citar a un enfermo, controlar un tratamiento, controlar un recién nacido, etc.) y el resto del tiempo a la atención de la demanda en el Puesto. Los mismos, en números cercanos a 200 son en su mayoría locales de 4x4 mts. construídos por la comunidad y equipados con camillas, helade-

ras, estanterías, medicamentos básicos, tensiómetro, biauricular, material de curaciones, balanzas, bicicletas.

Se ha procurado simplificar al máximo el papeleo, a tal punto que en nuestra provincia los agentes sólo utilizan dos planillas: la diaria de actividades y la de censo (este comprende población, condiciones del medio, y detección de problemas de salud esto último con el objeto de generar rápida respuesta a los mismos) ver planillas anexas.

2.5.4 Formación del Médico

Como se comprenderá por lo que venimos planteando el Médico juega en la atención primaria con un enfoque integral, un papel clave. Pero para ello es necesario que el médico comprenda la problemática en su conjunto.

Desde septiembre de 1982 funcionan en la Provincia las Residencias de Medicina Rural. Se llevan a cabo dos hospitales del interior de nivel IV (Las Breñas y J.J. Castelli), con la intención de que su formación se realice los más cerca posible de donde se espera que se desempeñe.

Los objetivos son los siguientes (GRAFICO 19)

- 1-Formación en la comprensión de la visión de la salud y enfermedad en la población rural.
- 2-Capacitación clínica adecuada para atender las causas de consultas.
- 3-Capacitación adecuada en enfermería, radiología y laboratorio.
- 4-Capacitación en planeamiento y gestión de salud.
- 5-Capacitación en extensión de cobertura con auxiliares supervisados.
- 6-Capacitación básica en investigación.

Se espera una nueva mentalidad del médico para que trabaje en la atención primaria interactuando con otros profesionales con auxiliares y con la comunidad.

La duración está prevista por 16 meses pudiendo los egresados incorporarse como médico a establecimientos nivel II ó III.

Se desarrolla el programa que se observa en el Gráfico 20.

Si el Residente se queda en la Provincia, durante tres años tendrá derecho a pasantías de dos semanas anuales en algún establecimiento donde se estén desarrollando este tipo de Residencia. Posteriormente está previsto un segundo ciclo de un año adicional para capacitarse en "Medicina Rural con orientación a una especialidad de interés", a los fines de que trabaje en niveles IV.

2.6. Monitoreo de las Muertes por Causas Vulnerables

A los fines de ayudar a cada una de las áreas en la prosecución de la imagen-objetivo, se ha implementado a partir de enero de este año un "Monitoreo de las Muertes", tendiendo a detectar aquellas producidas por causas que se consideran vulnerables.

Se ha adoptado una clasificación propia de causas de muertes para menores de 1 año y para mayores de 1 año en tres grandes grupos: 1) muy vulne-

UNIDADES DE ESTUDIO PARA LA CAPACITACION BASICA DEL AGENTE SANITARIO

- I- ASPECTOS ORGANIZATIVOS
- II- VACUNACIONES
- III- CONTROL DE LACTANTES
- IV- CONTROL DE EMBARAZADAS
- V- ALIMENTACION Y NUTRICION
- VI- ENFERMERIA
- VII- ADMINISTRACION Y ESTADISTICA
- VIII- SANEAMIENTO AMBIENTAL
- IX- ATENCION DE EMERGENCIAS
- X- RECONOCIMIENTO DE SIGNOS PATOLOGICOS
- XI- RESPUESTA A SINTOMAS MAS FRECUENTES
- XII- EDUCACION SANITARIA

Gráfico 17

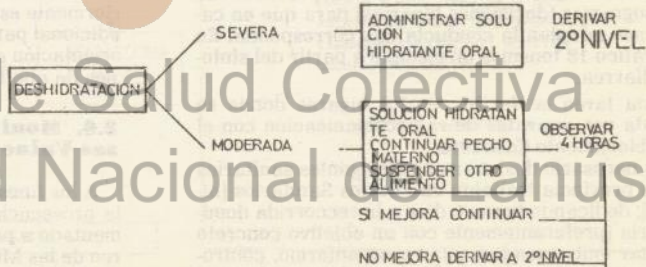
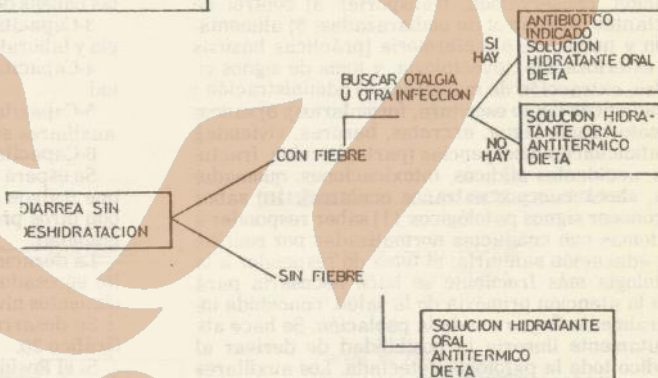


Gráfico 18

CURSOGRAMA A PARTIR DE UN SINTOMA PARA USO DEL AUXILIAR

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

RESIDENCIAS EN MEDICINA RURAL

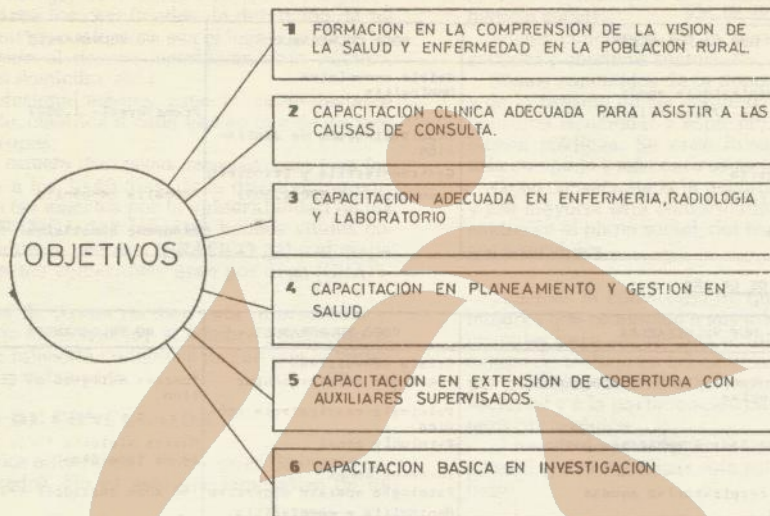


Gráfico 19

RESIDENCIA MEDICINA RURAL PROGRAMA

1 INTRODUCCION: ESTADIA EN LA ZONA RURAL; OBSERVACION Y RECOLECCION INFORMACION; ANALISIS CON GRUPO INTERDISCIPLINARIO (SOCIOLOGO; CLINICO; SANITARISTA; NUTRICIONISTA; TECNICO SANEAMIENTO).
DEFINICION DE PRIORIDADES, MEDIDAS DE CONTROL, EXTENSION DE COBERTURA.

- 2 ATENCION URGENCIAS
- 3 UNIDAD MATERNO INFANTIL
- 4 UNIDAD APARATO RESPIRATORIO
- 5 UNIDAD ALIMENTACION - NUTRICION
- 6 UNIDAD SALUD MENTAL
- 7 UNIDAD ENF. TRANSMISIBLES
- 8 UNIDAD APARATO DIGESTIVO
- 9 UNIDAD OSTEOARTICULAR
- 10 UNIDAD RENAL
- 11 UNIDAD CARDIOVASCULAR
- 12 UNIDAD ADMINISTRACION

CADA UNIDAD CONTIENE UNO O MAS TEMAS CENTRALES (MODELO DE APRENDIZAJE) EL CUAL TRATA EXHAUSTIVAMENTE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1- SEMIOTECNIA
- 2- CUADRO CLINICO
- 3- PRECISION DIAGNOSTICA
- 4- CONDUCTA TERAPEUTICA Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION
- 5- EPIDEMIOLOGIA
- 6- MEDIDAS DE CONTROL
- 7- PERCEPCIONES Y CONDUCTAS POR PARTE DE LA POBLACION
- 8- NORMAS DE ATENCION PARA AUXILIARES

Gráfico 20

CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGUN GRADO DE VULNERABILIDAD

EN MENORES DE UN AÑO

MUY VULNERABLES	POCO VULNERABLES	NO VULNERABLES
Infección respiratoria aguda Gastroenteritis s/Desnutrición Tétanos	Crisis convulsiva Meningitis Sepsis-síndrome de aspiración	Prematurez(- 1.500)
Lesión por parto Prematurez (2.500 y +)	Gastroenteritis y Desnutrición Prematurez (1.500=2.500)	Anomalia congénita
Desnutrición		Síndrome hemolítico

EN MAYORES DE UN AÑO

MUY VULNERABLES	POCO VULNERABLES	NO VULNERABLES
Accidentes y complicaciones operatorias y postoperatorias	Crisis convulsivas Patología cardiovascular	Tumores malignos de todo tipo
Patología asociada a embarazo, parto y puerperio	Patología respiratoria crónica Patología renal	Muerte violenta inoportuna de todo tipo
Infecciones respiratorias agudas Tuberculosis	Intoxicaciones Patología aparato digestivo	>60 años cualquier causa
Tétanos-Sarampión-Tos convulsa-Difteria Gastroenteritis Desnutrición	Meningitis y encefalitis Colagenopatías Sepsis-incluido peritonitis Etilismo S/mención de intercurrencia Muerte violenta en mas de 24 hs.	

Gráfico 21

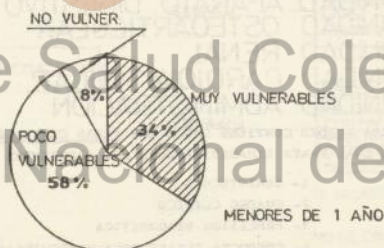
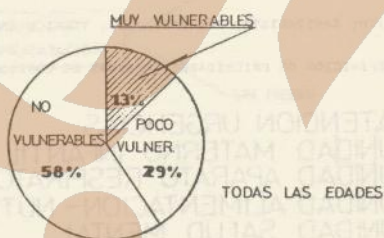


Gráfico 22:
DISTRIBUCION DE LAS MUERTES SEGUN VULNERABILIDAD DE LAS CAUSAS
ENERO 1984

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

rables; 2) poco vulnerables; 3) no vulnerables (GRAFICO 21).

La metodología de trabajo consiste en separar área por área los certificados de defunción de todas las muertes cualquiera sea el lugar donde se ha producido el deceso (establecimiento público, privado, en domicilio, etc.).

Una profesional médica, especialmente destacada al efecto, clasifica a cada uno en uno de los tres grandes grupos.

De esta manera disponemos mensualmente y en forma rápida a los 30-40 días, de la distribución porcentual de las muertes por la vulnerabilidad de las causas (GRAFICA 22); tasas de hechos vitales correspondientes a ese mes (GRAFICO 23) y el mapa de las muertes vulnerables área por área (GRAFICO 24).

Los jefes de Areas reciben esta información y, bajo secreto médico de ley, el nombre y domicilio de la persona fallecida cuando se juzgue que la causa ha sido muy vulnerable.

A MODO DE CONCLUSION

No hemos adherido al compromiso de lograr salud para todos. No es esto por imperativo de un

compromiso formal suscripto en una conferencia internacional sino fundamentalmente por imponerle así el sentimiento de solidaridad humana y de justicia social.

Somos concientes de la tensión entre objetivos sociales y objetivos sectoriales.

Somos concientes de la dependencia tecnológica y de la presión de las multinacionales tendiendo al consumo irracional y especializado de las prestaciones médicas. Se cree falsamente que cuando más complejo y más caro es mejor.

Como consecuencia la mayoría queda marginada y esa mayoría está conformada por los más desposeídos en el plano social, del trabajo y de los recursos y servicios.

Tenemos la convicción de que habrá hombres y mujeres que renuncien a sus intereses personales y grupales para asumir una actitud de servicio en su campo de trabajo en las ciencias médicas dando lugar al diálogo interdisciplinario, a la acción intersectorial y a la participación de la gente de una manera protagónica.

El marco de la atención primaria de la salud es propicio para canalizar este estilo de vida y de trabajo.

- Total nacidos vivos	1.520
- Muertes Fetales	41
- Muertes Maternas	1
- Fallecidos 0-7 días	27
- Fallecidos 0-26 días	32
- Fallecidos 29-días a 11 meses	32
- Tasa Mortalidad Fetal x 1000	27,0
- Tasa Mortalidad Materna x 1000	0,6
- Tasa Mortalidad Perinatal x 1000	44,7
- Tasa Mortalidad Neonatal x 1000	21,0
- Tasa Mortalidad Infantil Tardía x 1000	21,1
- Tasa Mortalidad Infantil x 1000	42,1
- Porcentaje M.I. tardía S/M.I.	50,1

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

TASA DE HECHOS VITALES PROVINCIA DEL CHACO - ENERO 1954

(Datos Provisionales)

Municipalidad de Plottier

La Municipalidad de Plottier, a través de su Departamento de Deportes y Recreación, ha formulado y puesto en marcha un plan deportivo que busca dar respuestas concretas a las necesidades de la población, y que se basa en tres puntales fundamentales:

- a) Deportes para todos
- b) Acrecentar la salud a través del deporte
- c) Buena utilización del "tiempo libre".

Dice Marcel Hicter: "el ocio es el tiempo en que cada uno podrá florecer su flor..." O sea, el momento de la marcha hacia sí mismo, hacia el expansionismo de cada ser, hacia la práctica de la cultura. Quien dice "tiempo libre", dice actividad libremente elegida y libremente llevada a cabo. Es un reposo algo activo, una recreación con abandono, con relajación; un término medio entre trabajo y reposo, que se considera sinónimo de ocio.

El ocio (T.L.) es para descansar, relajarse, despreocuparse, recrearse, para disponer me-

por de su trabajo; pero también es el tiempo para desarrollar la autonomía, la iniciativa personal, en plena libertad de conducta y finalidad.

Este aspecto del plan municipal de Plottier ha sido extensamente debatido y analizado previo a su incorporación efectiva para ofrecer al habitante de esta ciudad: con ello se está conciente de hacer una aportación concreta a mejorar la salud sico-física del hombre, complementada con la enseñanza del deporte como camino hacia una mejor salud de la población...

Y los resultados, a un año de vigencia de estas actividades, están a la vista: 1.100 personas estuvieron motivadas por la Comuna en 1984 para dedicarse sistemáticamente a destreza y gimnasia deportiva, voley, atletismo, fútbol, judo, plástica, danzas clásicas y españolas, folklore y artesanías en mimbre.

Elas pueden dar fe que la premisa "deportes para todos" y "buena utilización del tiempo libre" en Plottier no son meros enunciados...

Dr. ALBERTO HERRERA
INTENDENTE MUNICIPAL



Las instalaciones del Gimnasio Municipal "30 de Octubre" de Plottier posibilitan acrecentar la salud por el deporte y la plena utilización del "tiempo libre".

INNOVACION TECNOLOGICA

- * Referentes empiricos
- * Enfoque sistémico
- * Pautas e indicadores
- * Aportes a un formulario de pedidos

Leopoldo Mario Borini

I. ACTUALIDAD DEL TEMA:

Este problema, cuyas dimensiones en el pasado reciente e implicancias futuras se intentarán delinear, puede ser considerado como un tema fuera de actualidad para nuestro país. En efecto la reducción sustancial en el giro de divisas provocada por la magnitud de la deuda externa legítima a precisar, así podría sugerirlo.-

Ciertamente, la importación de tecnología se redujo sustancialmente con la rigurosa aplicación en 1982 del Dcto. Ley 5340/63 complementado por la Ley 18875/71. (1)

Esta disminución en las compras en moneda extranjera es también una pauta del FMI dentro de la política de ajuste que suele imponer a los países deudores para asegurar el levantamiento de la deuda.-

En el caso argentino, este condicionamiento protege fundamentalmente ...los intereses de los bancos acreedores, dado que la deuda es fundamentalmente... financiera, generada mayoritariamente por créditos e intereses. (2)

Contrariamente los exportadores de los países centrales sufren las consecuencias de esa reducción de importaciones por parte de los países periféricos: mayor recesión y desempleo. Así, las compañías estadounidenses, proveedoras del 44 % de las importaciones latinoamericanas, vieron caer sus colocaciones en esta región en más del 20 % en un solo año, entre 1981 y 1982. (3)

Por lo tanto, es de pensar que con su actual producción en escala, acompañada de concentración industrial e incesante expansión de fronteras, los exportadores desarrollarán estrategias para ubicar sus productos más allá de las dificultades actuales.

El eventual logro de sus objetivos debería encontrarnos empujados o preparados para aportar a la construcción de un nuevo orden.

II. LA DIMENSION ECONOMICA DEL PROBLEMA Y EL PAPEL DE LA CIENCIA.-

A pesar de que el factor tecnológico (nuevos equipos, incluyendo insumos y personal para su mantenimiento, operación e interpretación) repre-

sentó casi el 50% del incremento observado en un decenio en los gastos por paciente-día en los hospitales comunitarios de EE.UU. (4), se ha desarrollado poca investigación en relación con la eficacia y la seguridad de las tecnologías incorporadas, y aún menos en cuanto a la relación costo-beneficio. (5, 6 y 7). Para la TAC, la mayoría de los estudios examinan solo el impacto diagnóstico, entre 5 parámetros propuestos para su evaluación que, además del citado, incluyen confiabilidad, exactitud, impacto terapéutico y resultados para la salud del paciente. (8).

En la Argentina, la tecnología pasó a concentrarse en establecimientos del subsector privado (9), rompiendo la tendencia de su concentración habitual en el subsector oficial. La diferencia entre ambos subsectores se exagera si la proporción de equipos se establece en base a las camas, dado el menor promedio de camas en los establecimientos privados. Simultáneamente, la utilización de equipos sanatoriales se veía alentada por políticas concurrentes del área oficial:

— Transferencia de hospitales nacionales y provinciales a provincias y municipios respectivamente, que en su momento significó para los establecimientos un estrechamiento de su base financiera.

— Arancelamiento hospitalario, con imposición del pago directo.

El planteo del incremento de los costos sería incompleto si no se destacara el crecimiento anual en el porcentaje de ganancias de los proveedores, que fue del 30% en 1979 para las corporaciones sanitarias con cotización pública de acciones en EE.UU. (10)

Ya que la función de la ciencia no concluye con la investigación de problemas y la contribución en la creación de bienes y servicios para enfrentarlos, sus omisiones en etapas de promoción, distribución y uso de tecnología, ¿no significan un menoscabo para su pretendida pureza al servicio de un mundo más humano?. (27)

III. DIMENSION POLITICA Y SOCIAL DEL PROBLEMA.-

Afirmaciones que atribuyen la adopción de tecnología no adecuada a una mera subordinación de las compras a las posibilidades financieras, (11) a la carencia de proyecciones de las necesidades por parte de las jurisdicciones, a la ausencia de lide-

razgo por las universidades, o a la pobre financiación de evaluaciones científicas y técnicas, parecen todavía lejos de reconocer en la actual investigación, producción, comercialización y utilización de tecnología los rasgos del proceso dependencia-liberación.-

Sin embargo, aunque de un modo más general, numerosos trabajos afirman el concepto de que la irrupción tecnológica no ha sido puesta al servicio de las verdaderas necesidades.-

Menos frecuentemente aún, las publicaciones invocan causales fundamentalmente centradas en el poder de corporaciones internacionales, apoyadas en una intermediación local interesada y una demanda de bienes y servicios casi crítica. Dado que la problemática responde a poderosas fuerzas extrasectoriales, han remarcado la necesidad de una creciente integración intersectorial e, incluso, de una concreta acción del Estado. (12,13).

Otros trabajos de occidente, que encuentran en la tecnología un eslabón entre los problemas de salud y la acumulación de capital, distinguen entre países centrales y periféricos pero no siempre destacan a los últimos sectores sociales de estos países como los herederos de la injusticia, como si los problemas se descargaran en toda la población por igual o no se encarnaran más allá del avasallamiento al "ser nacional".

IV. EL PAPEL DE ESTADO.

En la práctica, los países occidentales han mantenido un enfoque productivista frente a la tecnología, alentando su difusión o estimulando su eficiencia en la producción y utilización, y a nivel de las instituciones científicas, las pocas evaluaciones efectuadas han sido posteriores a la difusión de tecnología. (5, 6, 14, 15)

Recientemente, de un modo excepcional, el Reino Unido y Canadá se acercaron a un papel regulatorio por el Estado (14) pero las previsiones limitantes de la incorporación de tecnología respondieron más a restricciones presupuestarias que al logro de objetivos para la satisfacción de verdaderas necesidades en base a la tecnología más adecuada.

Las medidas regulatorias en EE.UU. consideradas por algunos autores como ejemplos en el tema, no se materializaron en la práctica. Tales medidas, que incluyeron leyes, enmiendas legales y creación de una organización específica, no se siguieron de feaciente proyección de las necesidades por los estados miembros ni de efectiva oposición a la incorporación indiscriminada de tecnología. Por el contrario, EE.UU. encabeza grupos de países que más se desvían sobre rangos medios aceptados para la proporción equipos / población. (16).

De esta forma, y en casi todos los países, la responsabilidad delegada por la comunidad en el Estado es a su vez delegada finalmente por este en las empresas internacionales que, trastrocadas de objeto en sujeto de la regulación, se solazan con la "oportunidad única de ayudar a modelar el futuro de la atención médica", (17) recreadas por la capacidad financiera de los países más bien que por sus servicios en el proceso enfermedad-salud. (11).

Esta contribución de los estados a las corporaciones que concentran capital, implica una transferencia de poder desde las poblaciones hacia las multinacionales que ahonda la dependencia de los países periféricos.-

Para delegar la regulación de la incorporación de tecnología en los proveedores, transcribiendo a los países a una injusta división internacional del trabajo, (18) los gobiernos acudieron a la abstención, cuando no a medidas efectivas.-

En la Argentina hasta XII-1983 se tomaron ambos caminos. La abstención podría ser ejemplificada por las facilidades que se acompañaron de importación masiva en épocas de la contención artificial del precio del dólar. (19) Las medidas efectivas estarían representadas por la promulgación de la Ley 21908/78 con desgravación para la importación de equipos a cambio de la cesión al Estado de no menos del 20% de su tiempo útil; significativamente, los cupos de equipos por habitantes fueron fijados 3 años después de su aplicación, (22) y no incluían más que una pequeña variedad de los aparatos posibles de franquicia. Otro ejemplo de este tipo de medidas consiste en el mentado privilegio arancelario establecido por el Nomenclador Nacional para las prácticas complejas contribuyendo a disminuir los plazos de amortización de los equipos y alentando así, indirectamente, su adquisición.

La incorporación indiscriminada de tecnología contribuyó a la distorsión en la oferta de prestaciones, tanto por exceso como por defecto, así como al deterioro de su calidad, a la insatisfacción de usuarios y prestadores, y al incremento de los costos.-

Sin embargo, aunque se carece de modelos en el mundo occidental, la experiencia ha ido fortaleciendo la idea de que el rol regulatorio no corresponde al mercado sino al gobierno y a la administración pública, "más allá de cualquier concepción ideológica del Estado". (12)

Al respecto, el reconocimiento de que "el problema tecnológico es esencialmente político", propalado por Kurt Waldheim desde una máxima organización internacional, (24) ilustra cuán ingenuamente se pretende hacer depositaria de ese problema a la ciencia.-

Sin embargo, la credibilidad y la esperanza de que los estados sean participativos ha dejado lugar a crueles decepciones, sus renuncios en la representación de los pueblos, aún pequeños para la voracidad del poder tecnocrático transnacional, dieron alas a abiertas expresiones de primeras figuras de IBM y Fiat diagnosticando la obsolescencia de las formas de los estados nacionales, "fuera de lugar frente al progreso tecnológico", y comparando a las multinacionales con el sistema nervioso central de un nuevo orden político mundial. (25)

V. REFERENTES EMPIRICOS

Las experiencias versan sobre solicitudes o adquisiciones de bienes o servicios con arreglo a la Ley de Contabilidad que, sin descuido de sus limitaciones, rige en la Argentina para todas las entidades oficiales.-

Se mencionan unos pocos ejemplos, como referentes para la construcción de un modelo sistémico.-

BIENES O SERVICIOS SOLICITADOS**OBSERVACIONES****Sobreprecio**

Monitor de presión intracraneana pediátrico.

Oferta de proveedor exclusivo con un precio 32,1 veces superior al de pocos meses atrás; este alerta no había impedido su preadjudicación, que fue posteriormente anulada.-

Electrocardiógrafo de 2 canales, c/oscilospio.

Unica oferta, por U\$S 12,500. Anulación por sobreprecio.-

Calefactor-humidificador para neonatología.

Unica oferta por un precio 7,3 veces superior al de pocos meses atrás, no explicable por devaluación. El carácter indispensable e impostergable de 1/3 de los aparatos licitados impidió anular la totalidad del renglón.

Licitación publica que es licitación directa encubierta

Bolsas de colostomía con anillo de medidas precisas.

Reemplazo por bolsas discriminadas según rangos de medidas que cumplen adecuadamente la función.

Mono o polifármacos con dosis y/o cantidad de unidades por envase absolutamente acotados y aún marca o nombre del proveedor.

Reemplazo por fórmulas alternativas equivalentes y rangos aceptables de dosis y/o cantidades de unidades por envase, sin mención innecesaria de marca y/o nombre del proveedor.-

Subutilización

Nuevo equipo Rx de hemodinamia para servicio de 1 a 2 estudios diarios, que utiliza actualmente un equipo Rx para hemodinamia, con vida útil remanente. No se hace cirugía cardiovascular en el mismo establecimiento.

No justificado por la baja producción actual. La ausencia de cirugía cardiovascular limita el uso o deteriora la calidad de la hemodinamia en caso de aneurisma discante o prácticas de angioplastia.

Mesa de operaciones radiolúcida, para quirófano dotado de intensificador rodante con televisión que no está acompañado de mesa de ese tipo.

Falta de utilización de un equipo de U\$S 250.000 por déficit de programación en la compra de equipamiento complementario que cuesta menos que 1/20 de ese valor.

Grabadores para ECG de 24 hs.

Desgrabadores de U\$S 70.000 subutilizados por déficit de programación en la compra de grabadores complementarios de U\$S 4.000 c/u.

Dotación de recursos para cirugía cardiovascular de muy limitado desarrollo (3 operaciones semanales).

Subutilización actual del servicio de hemodinamia que cuenta con equipamiento básico completo, cercano a U\$S 1.000.000.- dado que genera 2 operaciones ...cada 3 estudios, su trabajo a pleno.. confirmaría indicaciones quirúrgicas en 15 pacientes semanales, imposible de programar sin aumentar

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

el desarrollo del servicio de cirugía cardiovascular.

Equipamiento para un servicio que efectúe reimplantes mediante microcirugía, que se suma a otro servicio en formación para una misma ciudad de 3 millones de habitantes.

Apropiado para una ciudad de por lo menos 8 millones de habitantes ya que la estimación actual de necesidades indica un centro de reimplantes cada 4 millones de personas.

Procesadora de películas radiográficas, a sumar a dos procesadoras, existentes y en uso.

Apropiada para establecimientos de gran producción y en tanto las circunstancias aconsejen cubrir eventuales roturas de las existentes.-

Resistencia a la Derivación

Equipo portátil de Rx con intensificador y televisión, dado que "el actual aparato sin esas características ha incrementado tanto el N° de coledocotomías innecesarias como el 1% de litiasis residual provenientes de la gran cantidad de pacientes con patología biliopancreática que el servicio tiene habitualmente internados" (sic).-

¿Es necesario un comentario? No se discute la necesidad sino la resistencia a la derivación. Otros quirófanos dotados de tal recurso y perfectamente accesibles, detentan subutilización.-

Reposición con Tecnología Obsoleta

Centellógrafo en reemplazo del existente, que se encuentra al final de su vida útil.

La cámara gamma simple aporta una versatilidad considerablemente mayor, indispensable en ciertos pacientes. El centellógrafo, de bastante menor precio, entró en obsolescencia tecnológica. Además, adicionada en su momento del módulo correspondiente, la cámara simple puede ser computarizada.-

Exclusividad como explotación del estado de necesidad

Mantenimiento de equipos existentes para radiología, análisis automáticos, etc.

La exclusividad facilita un incremento artificial del precio. La mano de obra está atada también artificialmente, a los insumos y repuestos que el mantenimiento requiera. El trabajo manual que técnicos calificados e independientes podrían ofrecer a menor precio, no es posible de contratación porque el proveedor del equipo, en tanto se le reconoce la exclusividad de insumos y repuestos que se requieren para el mantenimiento, no oferta separadamente estos productos.-

Modernización sobre el Nivel Util

Vestimenta y lencería quirúrgica.

Prescindibles, en grado no comparable a jeringas y agujas hipodérmicas descartables.

Instituto de Salud
Universidad Nacional de Lanús

Respirador volumétrico para Terapia Intermedia.

Apropiado para cuidados intensivos. En terapia intermedia basta con respiradores de presión.

Respirador de presión para el área institucional de urgencia.

Apropiado para áreas de cuidados intensivos e intermedios, a donde derivar los pacientes del servicio de urgencia que excedan respiración asistida con bolsa autoinflable o similar.-

Ergómetro computarizado para demanda por patología.-

Apropiado para exámenes masivos; el ahorro de tiempo que supone no se justifica para estudios de demanda habitual en relación a la diferencia de costos con el ergómetro no computarizado.

Resectoscopio para servicio de urología de baja complejidad.

Apropiado para servicios más complejos, de referencia. Para los restantes, la endoscopia urológica puede limitarse a la de carácter diagnóstico.

Mesa con comando electrónico a pedal, para cirugía urológica.

Las resecciones endoscópicas pueden ejecutarse con mesa de menor complejidad por personal entrenado, sin pérdida de calidad.

Balanza electrónica digital para un servicio de referencia en parasitología.

Trámite de compra reemplazado por puesta en uso de igual aparato recuperado del área de rezagos, sin utilización previa, cuya adquisición original puede considerarse superflua.

Monitores de 4 canales para todas las camas (8) del servicio de cuidados intensivos, o de recuperación anestésica o mesas de quirófano.

Es apropiado un número mucho menor de canales-la mayoría de los monitores puede contar con 2 canales y, sobre todo para recuperación anestésica, hasta 1 canal. Puede requerirse un n° reducido con 4 canales.

Flujo laminar para todos los quirófanos de una planta quirúrgica.

Apropiado para trasplantes, artroplastías de cadera y otras intervenciones que no superan una variedad relativamente reducida, por lo cual el flujo laminar debe restringirse a un n° muy reducido de quirófanos.

Banco de memoria, controlador de periféricos e impresora para laboratorio a crear, complementario del central.

Disminución no adecuada de los tiempos de tareas complementarias a las de ejecución de las técnicas en sí, cuando aún no se ha dimensionado la demanda.

Instituto de Salud Colectiva

Rechazo

Unidad de terapia intermedia, a crear en establecimiento que ya posee servicios de cuidados intensivos y de autocuidados.

Existen rechazos declarados o no formulados por unidad coronaria, que sobrepasa el 90% ocupacional al internar o mantener internados a pacientes que no están cubiertos por los cuidados intermedios que se requieren justificadamente.

Derivación de estudios ECG de 24. hs. a otro establecimiento.

No justificable, en la medida en que los pacientes cuya derivación se solicita provienen de la demanda espontánea y el establecimiento derivador posee desgrabador y grabadores para ECG continuo

aplicados a investigaciones programadas contemporáneas en población oligo o asintomática.

Ruptura de la zonificación regionalización

Seriógrafo para la atención general de pacientes agudos.

Trámite de compra reemplazable en lo inmediato por transferencia de similar equipo existente en establecimiento monovalente, dado que este requiere como indispensable un equipo rodante de valor considerablemente menor, a descarga de condensador.-

Respiradores volumétricos para servicios de cirugía cardiovascular y de neurocirugía.

Los servicios de cuidados intensivos generales y respiratorios, existentes en el mismo establecimiento y cuya capacidad se vería ocasionalmente desbordada por la demanda, solo cuentan con respiradores de presión (de menor complejidad que los volumétricos); los servicios requirentes no cuentan con personal entrenado las 24 hs.

VI. EL MODELO SISTEMICO OBSERVADO

En base al enfoque sistémico y a propósito de la realidad de nuestro país hasta diciembre de 1983, el siguiente esquema ordena los factores ya señalados y le incorpora algunos elementos de detalle.

FOTO PARA MR TOMADO

DE AIDS FOR LIVING



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

Photo Roland Neveu

ENFOQUE SISTEMICO DE LA INNOVACION TECNOLOGICA EN SALUD

entradas

Mercantilización de bienes y servicios

Escasez de mercado para complejos médico-industriales en escala.

Factores de producción con función congelada (frente a atención de demandas espontáneas mediante recuperación compleja y especializada)

Carencia o insuficiencia de políticas orientadas a la satisfacción de verdaderas necesidades, tanto en el sistema formador como utilizador

Cultura mecanicista en la demanda y en la oferta

Neocolonialismo cultural como base o complemento del económico

proceso

expansión de fronteras empresarias
especialización y ultraspecialización

concentración industrial en corporaciones

fabricación de bienes poco durables o superfluos
equipos
repuestos
insumos

exclusividad de representación
mantenimiento

deterioro de los términos de intercambio

alza de las tasas de interés mundiales

licitaciones directas encubiertas como licitaciones

acuerdo tácito o formal de proveedores

'apertura' de la economía, con desafío 'eficientista' a la industria local frente a las industrias extranjeras 'protegidas'

nombrador que privilegia alta tecnología
paridad cambiaria artificial

Estado 'subsidiario', entendido como prescindiendo ante el interés privado o concurrente en su auxilio aún cuando se aparte del bien común

inclusión de Argentina en el grupo de 'big losers' (23)

salidas

concentración del poder económico

renovación acelerada de bienes

modernización sobre el nivel útil

sobreprecio

sobreutilización (sobreoferta + consumismo)
subutilización por falta de bienes o servicios complementarios

capacidad ociosa

incorporación de tecnología obsoleta

distorsión del recurso humano

desequilibrio atención primaria/al. compleja

dependencia innecesaria o excesiva del paciente con el sistema

desvirtuación en el uso de la tecnología

resistencia a la derivación

introgamia

rechazo

despersonalización

relegamiento de la atención del ambiente de

ruptura de la región e incoordinación de

sectores, niveles, regiones

desequilibrio urbano/rural

inequidad social

insatisfacción de prestadores y población

COSTOS

CALIDAD

EQUIDAD
SOLUCION

En síntesis, dicho enfoque permite visualizar que la obsesión indiscriminada de la producción del complejo médico-industrial agravó el endeudamiento de los países menos industrializados y contribuyó al incremento artificial de los costos para la atención de la salud, afectó su calidad y equidad, y produjo generalizada insatisfacción.

VII. PAUTAS E INDICADORES PARA SU REGULACION

Su necesidad surge al comprobar que las leyes del mercado resultaron ineficaces para regular la existencia e incorporación de tecnología, cuya decisión fue delegada sustancialmente en los proveedores (cf. con la metáfora del zorro libre en el gallinero libre).

La hipótesis de que la planificación es un instrumento idóneo se subordina a decisiones de gobierno que condicionen el flujo de tecnología a las verdaderas necesidades, entendiéndose en todas las etapas de obsolescencia, y cuidando la información bidireccional con beneficiarios, personal de salud y

proveedores.

Un modelo para la planificación del equipamiento podría considerar, entre otros, las siguientes pautas e indicadores:

- habitualmente, la problemática urbana se centra más en la deshumanización que en la escasez de recursos.
- los recursos existentes tiene, demasiado frecuentemente baja utilización.
- la redistribución de recursos existentes es una necesidad generalmente soslayada por intereses de tercer orden, tanto entre sectores y áreas geográficas como entre niveles de un mismo sector en una misma área.
- factores neocoloniales usualmente inducen solitudes o promociones infundados de tecnología (superfluidad o poca durabilidad de los bienes en cuestión).
- exigencias de equidad, calidad o simplemente de correcta administración, evitarán promover contrataciones de bienes o servicios que se acompañen de desequilibrios indeseables entre las siguientes variables que implican índices o razones:

Variable más atendida

aporte propio del sector

cobertura de población

desarrollo local

costo social

atención compleja

prevención secundaria

investigación básica

Importación.

Incorporación tecnológica

Variable más soslayada

aportes de otros sectores cuando el problema es vulnerable solamente a acciones metasectoriales.

cobertura de problemas

desarrollo zonal, regional, nacional magnitud de población beneficiada.

atención del medio ambiente.

atención primaria

prevención primaria y terciaria.

Investigación aplicada e invest. acción (21)

Estímulo de la producción local (20)

Falta de nivel útil en las prestaciones actuales.
Optimización de tecnología existente complementación o reemplazo de equipos existentes.

Antecedentes comprobables de uso y mantenimiento en medios similares al del comprador.

Previsión de recursos complementarios (humanos, de obra física e instalaciones, de repuestos, insumos, mantenimiento).

auspicio de bienes tipo "robot"
rendimiento teórico del nuevo
equipo.-

utilización de hs. hombre disponibles
utilización adecuada previsible.-

Inversión inicial.

Previsión de gastos y costos recurrentes.

Total de la inversión.

Costos de oportunidad.

Vida útil del componente duro (hard ware)

Vida útil del componente suave (soft ware).

Es obvio que la tendencia histórica ha privilegiado la primer variable de cada relación, contra la formulación teórica de la importancia de la segunda, y aún de la supremacía de ésta, en los discursos técnicos.

La adecuación de tales relaciones apunta a sujetar costos y logros parciales a la calidad y equitativa distribución en la atención de necesidades consideradas verdaderas y definidas como prioritarias.

Sin embargo, y en referencia a los bienes de capital, los fondos asignados a ellos y a su mantenimiento no deberían reducirse más allá de una cierta medida. En efecto, normalmente deberían representar una cierta proporción del presupuesto total y su disminución a niveles por debajo de la amortización del capital instalado conduciría a una situación difícil de revertir en el corto plazo, amenazando la armonía entre prestaciones que se brindan con el equipamiento existente, con su correlato de capacidad ociosa y rechazo de demanda. Esta desinversión se observó en el sector oficial en el bienio 1982-83 cuando, profundizada su desfinanciación, apeló a una restricción casi absoluta en la formación de capital que, acompañando a la transferencia de fondos que permitía una política salarial restrictiva, apenas alcanzó para atemperar el desabastecimiento en bienes de consumo.

VIII FORMULARIO PARA SOLICITAR APARATOS E INSTRUMENTOS

Para todo requerimiento de equipos que importen algún grado de innovación tecnológica, se puede considerar la implantación de un formulario mediante el cual, a la vez que se solicita un aparato o instrumento, se detallan datos que permitan evaluar el pedido.

En base a las pautas e indicadores ejemplificados, dicho formulario podría contener ítems como los siguientes:

a) IDENTIFICACION DEL PROBLEMA A ATENDER

- * Estadío lesional a atender, respecto del problema identificado.
- * Grupo étnico y sexo de la población en ese estadio.

- * Prevalencia, incidencia y letalidad local, regional, nacional, de esa población.

b) ATENCION ACTUAL DEL PROBLEMA CON LOS RECURSOS EXISTENTES Y ATENCION POSIBLE CON LOS RECURSOS CONOCIDOS

- * Rol y nivel útil de la investigación y de la asistencia.
- * Vulnerabilidad del problema a la acción sectorial y metasectorial.
- * Abordaje etiológico, fisiopatológico o sintomático del problema.
- * Desarrollo de la atención primaria y de la atención compleja frente al problema.
- * Aporte al diagnóstico precoz, al tratamiento oportuno, a la participación comunitaria en la prevención, a la definición de grupos vulnerables, a la pesquisa de factores de riesgo, a la organización de los servicios.

c) CONDICIONES DEL EQUIPO SUGERIDO

- * Equipo, modelos, marcas y países de provisión y de origen.
- * Aporte del equipo (velocidad, variedad y precisión de las prestaciones, nuevas informaciones o nuevos hechos).
- * Recursos complementarios requeridos (humanos, de obra física, de instalaciones, otros equipos).
- * Demora para la puesta en uso una vez adquirido (período de capacitación del recurso humano, fecha cierta de habilitación de obras e instalaciones).
- * Equipos similares y constatables en el área, la región, el país.
- * Precio y estimación de vida útil, discriminando eventuales diferencias de vida útil entre el programa operativo del equipo y su parte física.
- * Módulos complementarios que convenga agregar posteriormente, indicando precio estimado y exclusividad o adaptabilidad de módulos de distinto proveedor al del equipo sugerido.
- * Insumos y repuestos estimados para un período, consignando precios y caracter exclusivo o adaptable de elementos de distinto proveedor al del equipo sugerido.
- * Exclusividad, idoneidad y precio del manteni-

- miento, discriminado en preventivo y correctivo.
- * Tecnologías alternativas, invasivas y no invasivas, aportando datos como los solicitados para el equipo sugerido.
- * Efectos indeseables para el operador, paciente y medio ambiente, atribuibles a la tecnología

- * Efectos indeseables para el operador, paciente y medio ambiente, atribuibles a la tecnología sugerida y a la alternativa.

d) UTILIZACION Y RESULTADOS

- * Rendimiento: hs. semanales de servicio y prestaciones/hora.
- * Aporte comparado con el aporte actual de la tecnología existente.

e) DESARROLLO ACTUAL DEL SERVICIO SOLICITANTE

- * Atención primaria y personalizada.
- * Actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- * Actividades extramuros y actividades ambulatorias.
- * Falencias en otros recursos que compitan con el equipo sugerido.
- * Tecnología disponible para la atención compleja.
- * Antecedentes organizacionales en la asistencia, docencia, investigación.
- * Antecedentes de otras innovaciones tecnológicas solicitadas por el mismo servicio.
- * Eventual liberación de equipos al incorporar la tecnología sugerida (costo de oportunidad).

IX RESUMEN

Conviene pensar que estamos frente a un intervalo en la factibilidad de reproducir los niveles de incorporación tecnológica, a fin de prever mecanismos regulatorios que expresen los intereses de la población.

Si por un lado las más diversas corrientes van asignando en esta función un rol creciente al Estado, no es menos evidente que los estados no han representado cabalmente esos intereses llegando a contrariarlos con políticas deliberadas.

Peró no es real imputar al Estado la indiscriminada y aún masiva incorporación de tecnología cuando en su desarrollo intervinieron distintas fuerzas sociales.

El motor de la llamada revolución tecnológica provino finalmente de la competencia oligopólica opuesta a las exigencias de un orden social más justo.

En tanto hemos demorado desarrollos participativos y dialógicos para indagar en la realidad los mecanismos culturales y económicos neocoloniales, en intentos de criticar la tecnología con miras a su reconversión social, los proveedores no han cesado de concentrar poder para la toma de decisiones en

este campo.

EL prestador del sector salud desempeñó un modesto papel, y resultó habitualmente un agente ingenuo ante el arrullador avance tecnológico.

No se trata de una postura antitecnológica, sino de adecuar la incorporación de tecnología a proyectos locales, regionales y nacionales que nos redefinan en el marco de nuevas relaciones entre los pueblos.

Estas consideraciones, apoyadas en el realismo de los ejemplos concretos presentados, se volcaron en un modelo sistémico observado.

Finalmente, se propusieron pautas e indicadores que delinear un modelo deseado, y a partir de ellos se desprendieron items que podrían incluirse en un formulario para solicitar aparatos e instrumentos.

REFERENCIAS

1° Decreto Ley 5340/63 complementado por la ley 18.875/71 ("compre nacional").

2° FERRER, Aldo **Vivir con lo nuestro** El Cid Editor, Bs.As., XI/1983, pág. 45-53.

3° The Economist, IV - 1984.

4° GANS, Clifton y Cooper, Bárbara.

Technology and Medicare: alternatives for change.

Informe a la conferencia "On Health Care Technology and Quality in Care" Boston University Health Public Center, 19-20/XI/1976.

5° **Assesing efficacy and safety of medical technologies** office of Technology Assessment, Washington, 1978

6° COCHRANE, A. **Effectiveness and Efficiency**

Burgess & Son, Abingson, England, 1972, pag. 24.

7° KLEIN, R.

The rise decline of policy anlysis: the strange case of health policy making in Britain. Policy Analysis 2 (8): 459-475, 1976.

8° **Fineberg, H.V. Bauman, R. and Sosman, M.**

Computerized cranial tomography: effect on diagnostic and therapeutic plans JAMA 238 (3), 224-227, 1977

9° **Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud (CANARESSA)**

Secretaría de Estado de Salud Pública. Tablas Básicas, Bs. As. 1980

10° RELMAN, Arnold. **The new medical industrial complex**

The new England Journal of Medicine, 17-303, 1980

11° RICE, Dorothy, y Wilson, D.

International Health Cast and Spenditures

The American Medical Economy, problemas and perspectives. Cap III, 1976

12° CANITROT, Carlos Hernán.
Tecnología Médica: el advenimiento de un cambio radical en la medicina
Cuadernos Médico Sociales, N° 17, VII-81, pag. 10.

Asociación Médica de Rosario.
13° GARCIA RODRIGUEZ TEJEDOR, Antonio
Condicionantes estructurales en el uso y difusión de la Tecnología Médica.
Cuadernos Médico-Sociales, N° 19, I - 1982, pag. 34. Asociación Médica de Rosario.

14° BANTA, David, y RUSSELL, Louise, B.
Políticas sobre tecnología médica - una revisión internacional.
Cuadernos médico-sociales, N° 20, IV - 1982, pag. 31

15° Russell, L
Techbology in Hospitals Medical advances and their diffusion.
The Brooking Institution. Washington - DC - 1979
16° BANTA, David

La difusión de la Tomografía Computada en los Estados Unidos.
Cuadernos Médico Sociales, N° 14, VIII - 1980
Centro de Estudios Sanitarios y Sociales - Asociación Médica de Rosario

17° WAITZKIN, Howard
Unidad de cuidado coronario: crecimiento y desarrollo de su tecnología
Cuadernos Médico Sociales, N° 16, 1981 - Asociación Médica de Rosario.

18 BELMARTINO, S.; BLOCH C. y QUINTEROS, Z.

El Programa de Estabilización Económica y las Políticas de Salud y Bienestar Social.

Cuadernos Médicos Sociales, N° 18, X/1981
Asociación Médica de Rosario.

19° "Hay que tomar conciencia del absurdo de que, precisamente en el momento en que existe una crisis petrolera que agrava el déficit externo de todos los países, en nuestra economía recrudescen de repente la enfermedad del 'eficientismo' y del 'aper turismo' que conduce al despilfarro desenfrenado de divisas. O sea, frente a este gravísimo problema externo nuestros países adoptan políticas deliberadas para agravarlo". Ing° DIAMAND, Marcelo.
La deuda externa argentina y sus implicancias. Cita en el Informe Económico de Coyuntura, Año 2, IV/84, publicación del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Capital Federal.

20° No serían más de 200 las empresas que com-

ponen la industria médica nacional, cuyo grado de desarrollo no ha superado la etapa primaria metal mecánica, según STEINMAN, Abraham en "**La industria nacional y el equipamiento médico**" Medicina y Sociedad, V. 2, N° 3 y 4, VII/X 1979, pag. 171. La Cámara de Equipamiento Hospitalario de Fabricación Argentina tiene solamente 150 empresas adheridas, definidas por su Presidente como medianas y pequeñas (Diario Clarín 8-V-84, pag 6).

21 Argentina invierte diez veces menos que Estados Unidos en Ciencia y Tecnología en relación al P.B.I., según GARCIA MARCOS, Fermín.

Objetivos en materia de ciencia y tecnología.
Seminario "Ciencia y Tecnología al servicio de la producción argentina", CICYP, sept. 1980.

Conviene destacar que el PBI per cápita es notablemente diferente en ambos países, y que la investigación en Argentina ha sufrido numerosos embates por algunos autores que la confrontaron con los problemas del país. Sin embargo, el gasto en investigación y desarrollo para la salud durante 1979 en todo el mundo, estimado por ANNERSTEDT, J., en "**On the present global distribution of research & development resources**", Vienna Institute for Development, Viena, I-1979, representó alrededor de un 3% en relación al asignado a la carrera armamentista.

22 Resolución 694, agosto-1981 Ministerio de Bienestar Social de la Nación,

23 Revista Time, 16-III-1981

24 Cita de ARGUMEDO, Alcira, **El tercer mundo frente al poder tecnocrático**, Revista El Porteño, V-1984, pag 58

25 Citas de CASULLO, Nicolás **la búsqueda del orden perdido**, Diario Clarín, Sección Cultura y Nación, 26-VII-84, pag 8.

26 AMADO, Jorge Nicolás, **Tecnología y dependencia**, Revista Política, Año 1, N° 1, I-II/1984 Bs.As. planteo la conveniencia de incluir entre las cláusulas licitatorias la obligación de proveer, por parte del adjudicatario, una pormenorizada desagregación de la tecnología incorporada que permita confrontar sus componentes con la infraestructura productiva local para que ésta participe crecientemente en la fabricación, con el consiguiente descenso de los costos.

27 Una concepción opuesta a la sugerencia implícita en esta pregunta es sostenida por BUNGE, Mario, **La investigación científica**, Ariel, Barcelona, Barcelona, 1969, pag 687, donde plantea la pureza de la ciencia, escindida de la técnica:

Instituto de Salud Colectiva
—
MR PUBLICARA EN PROXIMOS NUMEROS
Universidad Nacional de Lanús
OTROS TRABAJOS PRESENTADOS EN

LAS JORNADAS

RESUMEN DEL TRABAJO "ATENCIÓN PRIMARIA EN LACTANTES. HOSPITAL DE NIÑOS DE AZUL. AZUL. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA".

**Autores: Lic. V. Sala de Torassa, Dres. S. Iturria, Dr. J. Lagomarsino,
H. Ferro, J. Mendez Casariego, C. Vigañó **, Dr. G. Zandoná ***,
Dres. A. Carella, F. González de Prado ******

El trabajo presenta los resultados obtenidos con la implementación del Programa de Control de Niño Sano con Asistencia Alimentaria iniciado en el Hospital de Niños de Azul en el mes de diciembre de 1980.

La muestra elegida de 403 niños nacidos en el subsector público de la ciudad de Azul, fue estudiada durante el período diciembre/80 a julio/82.

Los objetivos básicos del Programa son:

a) captar la totalidad de recién nacidos en la maternidad del Hospital Municipal "Dr. Angel Pintos" de Azul.

b) fomentar el control de salud oportuno y sistemático de los mismos.

c) inmunizar a toda la población bajo programa según calendario oficial de vacunación.

d) atender el estado nutricional a través de la promoción de la lactancia materna, asistencia alimentaria y la educación sanitaria en el grupo estudiado.

La clasificación de la población bajo programa al nacer y al año cumplido, en términos de vulnerabilidad y riesgo, nos permitieron observar que un control oportuno y sistemático de la misma, con la consiguiente transformación de la demanda espontánea en programada se traduce en una significativa reducción de la población de riesgo; poniéndose en evidencia, la eficiencia de las acciones de aten-

ción médica primaria.

El porcentaje alcanzado de captación sobre el total de nacidos vivos (75%), el control médico sistemático que recibió la población bajo programa (83,5%), la casi total cobertura inmunológica de la misma (97,2), el significativo reducido número de casos de distrofia moderada y grave (1,5%) y la tasa de mortalidad (17‰), constituyen indicadores de lo antedicho.

Se presentan también datos relativos a las internaciones registradas según patología, estado nutricional, tratamiento recibido y riesgo social. Esta última variable motivó el 20% de las internaciones por patología ambulatoria, siendo nulas las posibilidades de seguimiento en sus hogares dado el escaso recurso humano - asistentes sociales - con que cuenta el hospital. No obstante, es de señalar que ha aumentado desde la implementación del programa la consulta precoz, permitiendo disminuir el número de casos internados en grave estado general.

° Socióloga. Coordinadora del trabajo. Hospital de Niños de Azul.

** Médicos Pediatras. Hospital de Niños Azul.

*** Médico Pediatra del Hospital Municipal de Azul.

**** Médicos Residentes de Clínica Pediátrica. Hospital de Niños de Azul.

LA PLATA

EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS DESNUTRIDOS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

En la Provincia de Buenos Aires se asienta el 40% de la población del país, el 60% de la misma habita en el conurbano del Gran Buenos Aires - Gran La Plata.

De acuerdo al Censo de Villas de Emergencia 1981 en 19 de los 25 partidos del Gran Buenos Aires viven en Villas de Emergencia 300.000 personas de las cuales 120.000 son menores de 14 años.

En 1978 realizamos un estudio epidemiológico sobre el estado nutricional de nuestra población hospitalaria (1) hallando un 49% de lactantes internados con desnutrición, y encontramos que la misma tenía origen en un 50% en la falta de aporte de nutrientes llegando a un 77% a ser producto de fal-

ta de aporte e infecciones banales. Pensando que ese altísimo índice se podría deber a las características del universo (niños internados), decidimos realizar un estudio en terreno para comprobar la situación poblacional en el cordón marginado del conurbano (2), encontrando allí, un 44,4% de lactantes con desnutrición (P/E según Gómez); un 90% de los niños con vacunación incompleta y 45% sin controles médicos.

Revisando datos oficiales encontramos que un 60-70% de la población es de 4 años a quienes no se le realiza cobertura en las Unidades Sanitarias, así como existe falta de datos oficiales sobre el estado de salud a nivel de escuelas primarias (3), por lo

que, en nuestra Provincia, un elevadísimo número de individuos, durante su período de desarrollo sufren desnutrición.

La necesidad de centralizar este tipo de pacientes en un sitio de atención con el fin de posibilitar el estudio y un seguimiento estricto de los mismos originó la creación de la Unidad de Rehabilitación Nutricional que funciona dentro del Servicio de Lactantes del Hospital de Niños de La Plata y con el apoyo del Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Desde su creación, -1979- se establecieron pautas de trabajo tendientes a evaluar en forma longitudinal una población de desnutridos que egresan de nuestro hospital. En forma paralela a la tarea asistencial se evaluaron las características del comportamiento de una población de desnutridos, durante su primer año de seguimiento integral prospectivo. Para la cual, se tomó una muestra seleccionada de cien pacientes desnutridos detectados durante su internación en el Hospital de Niños de La Plata. Siendo los criterios de selección:

- 1.- 1ro.; 2do. y 3er. grado de desnutrición según clasificación de F. Gómez.
- 2.- Ser menor de 1 año de edad.
- 3.- Domicilio en el conurbano de la Ciudad de La Plata.
- 4.- No más de dos internaciones previas.

A todos los niños se les realizó un seguimiento estricto durante un año, mediante controles cada 15 días, uno en domicilio y uno en la Unidad de Rehabilitación Nutricional. Las rondas periódicas en terreno fueron llevadas a cabo por enfermeras especialmente instruidas y educadora sanitaria, levantándose una ficha de enfermería y un censo socio económico especialmente diseñado, realizándose vigilancia nutricional y educación sanitaria y promoción de la salud.

En los controles en la Unidad se realizó seguimiento antropométrico, seguimiento de evolución neurológica, vacunación, interconsultas, dación de leche, suplemento nutricional, etc.

A estos niños se les realizó al ingreso y al egreso censo nutricional con planillas diseñadas para computación para evaluar la variación anual.

CONCLUSIONES

- 1.- La desnutrición primaria es en nuestro medio el principal tipo de desnutrición. El seguimiento longitudinal de cada paciente constituye el único método que permite determinar en forma objetiva el o los factores causales responsables del cuadro de desnutrición.

- 2.- La cantidad de pacientes recuperados desde

el punto de vista nutricional fue significativamente mayor que la del grupo control.

- 3.- La duración del seguimiento intensivo de nuestros pacientes oscilaría en un período de 6 meses hasta alcanzar la fase de recuperación.

- 4.- La duración del período de seguimiento intensivo está a su vez condicionada por la presencia de otras variables tales como edad de captación y grado de desnutrición. Dichas variables siguen una relación de proporcionalidad directa al período de seguimiento.

- 5.- El seguimiento estricto, junto con medidas de fomento, promoción de la salud y educación sanitaria realizados por el equipo multidisciplinario, resultaron un mecanismo idóneo para revertir la situación planteada.

Actualmente la **Unidad de Rehabilitación Nutricional** cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por:

- MEDICOS: a cargo del seguimiento clínico.
- NEUROLOGA: a cargo del seguimiento neurológico.
- PSICOLOGAS: a cargo de estimulación temprana. Trabajo en terreno y hospital.
- ANTROPOLOGA BIOLÓGICA: a cargo del crecimiento y desarrollo físico. Trabajo en hospital y terreno.
- ANTROPOLOGOS CULTURALES: a cargo del impacto de las migraciones, mitos, costumbres, vivienda, etc. Trabajo en terreno.
- ASISTENTE SOCIAL: educación para la salud. Trabajo en terreno.
- EDUCADORA SANITARIA: educación para la salud. Trabajo en terreno.
- ENFERMERAS: educación para la salud. Trabajo en terreno.

BIBLIOGRAFIA

- 1) RODRIGO M. ADELAIDA y colaboradores. Estudio prospectivo de la desnutrición en el Servicio de Lactantes. Hospital de Niños de la Plata. Archivo Arg. Pediatrico Volumen 79 N° 5. pp 486-498-1981.
- 2) RODRIGO M. A y COLAB. Encuesta y Detección de Grupos de Riesgos Nutricional Barrio "El Carmen" -Gran La Plata - Berisso-
- 3) CUMIWISKY. M Y COLAB. Estado Nutricional del Escolar. Archivo Arg. Pediatrico Vol. 79. 307-309-1980.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús
URUGUAY

"Causas que dificultan el control en el primer año de vida, en una población de neonatos del Hospital Departamental de Maldonado en 1982".

Autores: Beatriz Lageard, Mabelita Perrone de Cavagnaro, Lilián Salazar, Norma Sierra de Mansilla, Irma Sugo. Doctoras vinculadas al servicio pe-

diátrico del Hospital de Maldonado.

Resumen:

Se realizó una investigación dirigida a detectar las causas que determinaron que un alto porcentaje de lactantes nacidos durante el año 1982 en el Hospital Departamental de Maldonado, no concurren a control o lo hicieron en forma irregular.

Este objetivo pretendía comenzar a identificar los problemas que es preciso resolver para alcan-

zar la prestación de servicios de asistencia médica en condiciones de mayor eficacia, economía, y adecuación con las necesidades del medio.

Los resultados mostraron que la insuficiente información brindada a la madre, los motivos familiares, las razones económicas y los factores dependientes del servicio surgían como causas.

BUENOS AIRES

INMUNIZACIONES: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

A partir de estudios epidemiológicos de cada enfermedad se elaboran medidas y se efectúan programas de control de dicha enfermedad.

En este relato se exponen los pasos (etapas y requisitos) de la epidemiología en función de la metodología para el diagnóstico sanitario, y se define la vigilancia epidemiológica y sus bases fundamentales y se da un ejemplo: Vigilancia Epidemiológica de la tos convulsa.

Planificación de inmunizaciones y una breve referencia al P.U.S. (Programa Unico de Salud).

Autores: Dras. Sonia Dias Leite y
Angela Ana Suárez
Relator: Dra. Sonia Dias Leite

EDUCACION PARA LA SALUD: DEFINICION Y CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Se define el término SALUD y su derecho natural, social y constitucional, la evolución de la medicina asistencial hacia la medicina social, enfatizando las acciones de promoción y protección en cada individuo y en la población en general.

Ubicando a la Educación para la Salud en un plano de relevancia. Se mencionan niveles de acción de promoción de salud, remarcando la importancia de la EDUCACION y la participación activa de la comunidad

comunidad toda.

Autoras: Dras. Angela Ana Suárez y
Sonia Dias Leite
Relator: Dra. Angela Ana Suárez

MODALIDAD DE ATENCION MEDICA PRIMARIA "CENTRO DE SALUD"

Las organizaciones de salud en nuestro país se desenvuelven en una estructura tripartita: 1) tradicional (estatal)

2) de transición (obras sociales)
3) estructura moderna (asistencia privada)

Nuestra Constitución Nacional consagra en su artículo 31 el carácter de derecho fundamental que tiene la salud.

Nuestras organizaciones sanitarias actualmente están basadas en la atención del enfermo; por lo tanto habría que crear una nueva estructura: el "Centro de Salud", que permitiría disminuir el número de enfermos y aumentaría el estado de salud de la comunidad.

El objetivo general para lograr un sistema de salud adecuado debe ser planificado de manera tal que asegure a cada habitante una atención adecuada a su necesidad, con la mayor calidad y eficiencia en el momento oportuno.

Creemos que deben crearse los centros periféricos de salud para que se pueda efectuar un cambio en los sistemas de salud.

Autores: Dras. Sonia Dias Leite y
Angela Ana Suárez
Relator: Dra. Sonia Dias Leite

IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

La declaración de Alma-Ata, establece en su artículo 5° que la atención primaria es la clave para alcanzar la meta de que en el año 2000 todos los pueblos del mundo obtengan un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La atención primaria permite extender la cobertura a toda la población con acciones programadas de baja complejidad. Para que la cobertura sea total debe ser accesible, para la cual debe haber una oferta continua y sistemática de servicios proporcionados por un conjunto de recursos que estén geográfica, económica, cultural, legal y funcionalmente al alcance de la población.

Y concluimos considerando, que no debe haber separación entre medicina asistencial y sanitaria.

Autores: Dras. Angela Ana Suárez y
Sonia Dias Leite
Relator: Dra. Angela Ana Suárez

PRIMERA EXPERIENCIA SOBRE ATENCION PRIMARIA CON TECNOLOGIA SIMPLIFICADA DE REHABILITACION EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Dr. ENRIQUE FRANCISCO CORONEL
Médico Fisiatra - Programas de Rehabilitación

Las comunidades, en la medida en que se desarrollan, se agrupan en ciudades y se industrializan, notan que un número cada vez mayor de sus integrantes padecen discapacidades, muchas veces producto de ese desarrollo que obtienen y otras de catástrofes (guerra, epidemias, etc.) que asolan por igual a toda la humanidad.

Desde la roca Tarpeya, siguiendo por los asilos, hasta llegar a los actuales centros de rehabilitación, las comunidades trataron de hallar soluciones a los discapacitados, a veces como una medida humanitaria, otras para evitar una carga a esa comunidad, pero muy pocas veces buscando la integración del discapacitado a su seno.

De cualquier forma, y como ocurre con otros problemas de salud, las posibles soluciones de atención se implementaron en grandes núcleos poblacionales creando costosos centros de rehabilitación a los cuales accedían en forma preferencial los cercanos habitantes, quedando relegados u olvidados aquellos que necesitaban la atención médica vivían alejados.

Se buscó en un principio que el acceso de esa población relegada fuera solucionado con el traslado a los centros urbanos, descubriéndose entonces que el desarrollo y el ofrecerle soluciones para su discapacidad que en su lugar de origen no eran adecuadas, creaba aún mayores problemas.

Así como en otras ramas de la atención médica, el Hospital deja de ser cerrado y busca extramuros la ampliación de cobertura, el sector Rehabilitación comienza a imitarlos, pero fundamentalmente por la presión de esa población no atendida que busca entonces ser autosuficiente empíricamente. Este fenómeno comenzó especialmente en los países subdesarrollados de Africa y Asia, donde la guerra, el hambre, las enfermedades endémicas y epidémicas y la baja calidad de atención médica dejan miles de secuestrados, sin tener la solución que les pueden ofrecer a sus habitantes los países desarrollados. Es así que, con los principios técnicos más adelantados se buscó la forma de abaratar costos y simplificar su fabricación con los recursos que se tenían a disposición en el lugar, buscando además adecuarlos a las costumbres y hábitos de cada zona, ya que si bien un antibiótico o una técnica quirúrgica tienen la misma indicación en todo el mundo, el tipo de prótesis, o una silla de ruedas no, ya que estará condicionada por muchos factores como el entorno geográfico, prejuicios sociales, costumbres hogareñas, tipo de trabajo, etc.

En muchas zonas de la India, sus habitantes van descalzos y con vestimentas largas que dejan ver solamente los pies, y para esas personas es importante estéticamente que la prótesis tenga un pie lo más parecido posible al natural, es entonces que se

desarrolló el denominado pie de Jaipur, y dado la habilidad artesanal con hojalata, la prótesis se fabrica en ese material siendo su costo muy bajo y aunque su duración es menor que las confeccionadas con los materiales tradicionalmente usados por los países desarrollados, se reemplaza con facilidad.

Otro ejemplo de la simplificación técnica y la adaptación a las costumbres de cada lugar, es esta silla de ruedas fabricada para la mujer oriental que realiza tareas de la casa, casi a nivel del suelo y que proveerla de una silla occidental no le serviría para nada. Su construcción se ha hecho además con los principios técnicos importados, pero aprovechando madera de la zona, goma de descarte y en lugar del almohadón de poliéster o siliconas, se lo fabricado, con fibras de coco cumpliendo la misma misión y resultando más económico.

Este fenómeno de tecnología simplificada se fue extendiendo por el tercer mundo y es observado un poco con asombro y otro poco con recelo (por su falta de ortodoxia) en el mundo desarrollado, que comienza a advertir que es realmente la solución más económica y eficaz para la extensión de cobertura en el proceso de rehabilitación. Es así que el Dr. H. Smith, asesor permanente en rehabilitación de la O.P.S. puso en marcha en la Ciudad de Toluca, México un programa, aplicando aquellos principios, para lo cual extiende la cobertura desde el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de esa ciudad hasta los más lejanos pueblitos del Estado, aún en aquellos sin atención médica de ninguna clase. Para ello confecciona un manual de procedimientos, para la detección, tratamiento físico, confección de prótesis y ortesis, trabajo, educación y recreación para discapacitados y lo implementa a través de agentes sanitarios, maestros o líderes de la comunidad que estuvieran dispuestos a realizarlo.

Paralelamente a este programa de la O.P.S. en Toluca, la Hesperian Foundation que ya había hecho experiencia con programas de atención médica primaria denominados "Donde no hay Doctor", comienza una nueva experiencia piloto en Ajoaya, Sinaloa, con el nombre de "Proyecto Próximo" donde un equipo central de ocho campesinos maneja un centro de rehabilitación y capacitación, con el apoyo de los promotores del proyecto Piaxtla (Donde no hay Doctor). Los lineamientos generales del proyecto son similares a los del Dr. Smith, con un mérito mayor, ya que fué surgiendo de los mismos habitantes que recibieron el asesoramiento de la Hesperian Foundation a través de David Werner, discapacitado también, y del Hospital Shriner de San Francisco, E.E.U.U., donde son trasladados los ca-

Los que necesitan tratamiento quirúrgico, o ser equipados con elementos sofisticados imposible de poder construir en la zona.

Nuestro país es de difícil ubicación en el contexto de países desarrollados o en vías de desarrollo, ya que tenemos áreas de desarrollo importantes como la pampa húmeda o la faja central de nuestra República, constatando con otras de un subdesarrollo similar a los países más pobres poseemos además una cantidad de médicos por habitante que debe ser de las mayores del mundo y sin embargo padecemos endemias típicas de los países subdesarrollados. Por lo tanto el sector de Rehabilitación como forma de atención médica no ha escapado a estas atipias nuestras a la que se agregan, por ser una especialidad muy nueva la incoordinación de los sectores.

La Provincia del Neuquén, que cuenta con un programa de Salud líder en nuestro país, posee un servicio de rehabilitación en la ciudad de Neuquén que cubre las necesidades regionales con una complejidad aceptable para la zona, pero en el interior de la Provincia no existían ni gabinetes kinésicos. Se repetían entonces los problemas de falta de atención, desarraigo, etc, ya expuestos. Desde hace varios años se elaboró un programa provincial que contemplaba la creación de unidades de medicina física y rehabilitación en los hospitales cabeceras de zona, con un equipo básico de: médico encargado del equipo, enfermera, asistente social y kinesiólogo. Pero recién el año pasado (1983) la Provincia recibió financiación de Nación a través de P.U.S. (Programa Unico de Salud).

1.- INTRODUCCION

La Provincia del Neuquén cuenta con un Sistema de Salud, líder en nuestro país. Dentro de ese Sistema posee un Servicio de Rehabilitación en la Ciudad de Neuquén, que cubre las necesidades regionales con una complejidad suficiente para la zona, sin embargo en el interior de la Pcia. no contaba con ningún tipo de atención en esa especialidad. Algo similar ocurría con Educación y Acción Social que centralizaban sus acciones en la Ciudad de Neuquén, pero comenzaron antes que el área Salud a extender su cobertura. Educación con escuelas especiales para mentales en Cutral C6 y Zapala (las dos ciudades que le siguen en importancia a la Capital de la Provincia) y Acción Social con delegaciones en el interior, que entre sus múltiples funciones atendían algunos de los problemas de los discapacitados como jubilaciones, subsidios o provisión de silla de ruedas, muletas, bastones, etc.

Desde el área Rehabilitación de la Subsecretaría de Salud de la Pcia. del Neuquén se elaboraron dos programas que contemplaban:

Programa 1. Ampliación de cobertura Provincial. Creación de Unidades de Medicina Física y Rehabilitación en hospitales cabecera de zona con un equipo básico de: médico con especialidad afín u orientado, enfermera, asistente social y kinesiólogo.

Programa 2. Atención primaria en Rehabilitación utilizando Tecnología Simplificada en áreas rurales y periurbanas.

Por problemas de financiación, recién en 1983 se pusieron en marcha ambos programas y se eligió como area piloto ZONA IV, dado que el interés puesto de manifiesto por las autoridades facilitaban las acciones en ese lugar.

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (U.M.F.R.) se creó en el Hospital Ramon Carrillo en San Martín de los Andes (Hospital cabecera de zona) cumpliendo su trabajo como escalón de complejidad, en un sistema referenciado, entre la Atención Primaria y el Servicio de mayor complejidad provincial con sede en la ciudad de Neuquén.

El Programa 2. de Atención primaria comenzó a través del equipo de agentes sanitarios del Hospital de Junin de los Andes y Villa La Angostura previniéndose continuar con los de San Martín de los Andes y Aluminé para cubrir toda el area piloto en el año en curso.

2.- MATERIAL Y METODO

2.1. **Recursos humanos:** Al poner en funcionamiento los dos programas se decidió utilizar los recursos que ya poseía el Sistema de Salud.

Programa 1: Creación de U.M.F.R. en Hospital Ramón Carrillo.

- 1 Médico Traumatólogo a cargo de la Unidad.
- 1 Enfermera especializada
- 1 Asistente Social
- 1 Kinesióloga

Programa 2: Atención Primaria en Rehabilitación.

- 1 Médico Fisiatra a cargo del Programa.
- 1 Médico generalista a cargo del area programa de Junin de los Andes.
- 1 Médico generalista a cargo del area programa de Villa La Angostura.
- 1 Supervisor de agentes sanitarios en Junin de los Andes.
- 6 Agentes sanitarios del area programa de Junin de los Andes
- 3 Agentes sanitarios del area programa de Villa La Angostura

2.2. Areas seleccionadas para la puesta en marcha de los Programas:

- 2.2.1. Area de cobertura del Hospital Ramon Carrillo de San Martin de los Andes para la implementación de la U.M.F.R.
- 2.2.2. Area Programática del Hospital de Junin de los Andes y del Hospital de Villa La Angostura.

2.3. Capacitación:

- 2.3.1. Para la U.M.F.R. se envió a una enfermera al Centro Nacional de Rehabilitación el resto realizó capacitación en zona.
- 2.3.2. Para el Programa 2 Atención Primaria en Rehabilitación, se hizo capacitación en zona. La capacitación se hizo en San Martin de los Andes y en Junin de los Andes, se utilizó el Manual de Tecnología simplificada elaborado por la OPS y adaptado para la República Argentina por la Dirección Nacional de Rehabilitación, el Manual de yecto Próximo elaborado por la Hesperian Foundation y utilizado en Ajoya México, clases teóricas y prácticas sobre el uso del primer manual, diapositivas y posteriormente evaluaciones. El tiempo que se utilizó para la capacitación fué el que normalmente usan los agentes en su adiestramiento mensual continuado.

2.4. METODOLOGIA: El desarrollo del Programa 2 contempla los siguientes pasos

- 2.4.1. Detección de discapacitados en area rural y periurbana, mediante encuestas simples realizadas en cada zona que atiende el agente sanitario.
- 2.4.2. Evaluar las necesidades de atención médica, control de tratamiento, equipamiento protésico u ortésico y posibles derivaciones.
- 2.4.3. Evaluar las necesidades de independencia en actividades de la vida diaria, educación y necesidades laborales.
- 2.4.4. Evaluar la continencia familiar e integración del discapacitado a la comunidad
- 2.4.5. Visitas programadas con el médico fisiatra a fin de completar diagnóstico y tratamiento
Finalizadas las evaluaciones y realizado el diagnóstico y tratamiento médico se continúan con las siguientes actividades:
- 2.4.6. Capacitación de maestros y educadores en el Programa 2 de acuerdo al manual de tecnología simplificada ya mencionado.
- 2.4.7. Reunion con autoridades locales y comunidad para explicar los alcances del Programa, buscar interesados en desarrollar los puntos de deporte y recreación, barreras arquitectónicas y trabajo.
- 2.4.8. Evaluar periodicamente los resultados obtenidos y enfatizar las acciones en aquellos puntos donde lo obtenido no es lo esperado.

3. - SITUACION ACTUAL

- 3.1. La U.M.F.R. (Unidad de Medicina Fisica y Rehabilitación) se encuentra en pleno funcionamiento en el Hospital Ramon Carrillo cumpliendo actividades de atención médica y kinésica, realizandose las derivaciones coordinadamente al Servicio de Rehabilitación de Neuquén en donde el paciente permanece el tiempo indispensable y regresa a su zona con un plan a seguir en la mencionada Unidad. De la misma forma la asistente social realiza su tarea en forma coordinada con el Servicio de Rehabilitación informandolo en forma permanente.
- 3.2. El Programa de Atención Primaria en Rehabilitación se ha desarrollado en la siguiente forma:

- a) Area Programa de Junin de los Andes: ha cumplido hasta el paso 5 de la metodología adoptada estando previsto para el 27 al 30 de septiembre próximo realizar los puntos 2.4.6. y 2.4.7.
- b) Area programa de Villa La Angostura: ha cumplido hasta el punto 2.4.5. pero con una sola visita programada del fisiatra.
- c) Las áreas programa de San Martin de los Andes comenzará su capacitación a fines del mes de agosto.

4.- ACCIONES REALIZADAS

Se encuestaron la totalidad de los hogares incluidos en:

BARRIO Lanin (Periurbano de Junin de los Andes)
Paraje Huilquimenuco
Paraje Atrouco
Paraje Aucapan
Paraje Chiquiliuin
Paraje El Malleo
Paraje San Ignacio

Area programa de Junin de los Andes

Barrio Las Piedritas
Villa Trafal
Paraje Santa Maria y aledaños.

Area programa de Villa la Angostura

La encuesta considero "hogar" al núcleo de personas que come de la misma "olla" en el anexo de este informe se adjunta un ejemplo de encuesta.

El total de hogares encuestados fué de 736 con una población de 3953 personas que se dividieron en 2170 adultos y 1783 niños.

En esa población se detectaron 90 discapacita-

dos lo que representa el 2.27% del total encuestado, pero el total de familias afectadas fué de 79 lo que representa el 10.73% de todas ellas.

La población encuestada se divide en 2778 h para el departamento Huiliches al cual pertenece Junin de los Andes y su area programa y 1175 para el departamento Los Lagos al cual pertenece Villa La Angostura y su area programa. Si tenemos en cuenta que la población total del Dpto Huiliches (censo 1980) es de 7550 h se ha logrado encuestar al 36% y en el Dpto Los Lagos la población total es de 2556 h la encuesta cubrió el 42% de todos sus habitantes.

Para evaluar la incidencia de las discapacidades por grupos etareos se dividió la población afectada en tres grupos:

- I — de 0 a 15 años niños
- II — de 16 a 65 años edad activa
- III — de 66 o mas años edad pasiva

Grupo	total	%	Motoras	Sensor.	Mental	Visc.	Mixtos
I	17	18.68	3	6	1	—	7
II	56	61.53	15	26	11	1	3
III	17	18.68	6	1	1	4	5

La incidencia por patologías fué la siguiente:

Sensoriales	36.66 %
Motoras	26.66 %
Mixtas	16.66 %
Mentales	14.44 %
Viscerales	5.55 %

En cuanto a prevalencia de sexos los resultados fueron los siguientes:

Femeninos	44.6 %
Masculinos.....	55.4 %

Finalizadas las encuestas y su evaluación se realizaron visitas con el médico fisiatra a cargo del programa a los distintos parajes con el propósito de:

- a) Constar los datos referidos en las encuestas.
- b) Reconocer al probable discapacitado y hacer diagnóstico.
- c) Indicar tratamiento médico, social y laboral.

Luego de esas visitas se llevaron a cabo equipamientos protésicos, derivación al Servicio de Rehabilitación de Neuquén de dos pacientes que requerían cirugía e indicación de tratamiento kinésico en la UMFR de San Martín de los Andes.

5.- CONCLUSIONES

- 5.1. El programa se pudo implementar a bajo costo, ya que sobre el recurso humano ya existente y con tareas similares, se agrega un corto período de adiestramiento en atención primaria en rehabilitación.
- 5.2. Las encuestas, tal como estan redactadas han resultado de sencilla confección y procesamiento.
- 5.3. Los resultados obtenidos son los primeros de áreas nunca estudiadas y se observan algunas diferencias con respecto a los conocidos en áreas urbanas:
 - El porcentaje de 2.27% se encuentra por debajo de los que se menciona habitualmente (3.5 a 7%).
 - El porcentaje de trastornos sensoriales (ver, oír y hablar) es mucho mayor que el habitual ya que en esta muestra son los de mayor prevalencia con un 36.66 % contra el 26.66 % de motoras. Por estos resultados se puede inferir alguna conclusión que será motivo de estudio al continuar el programa:
 - a) Afecciones oftálmológicas y óticas mal tratadas que dejaron secuelas graves (otitis media, conjuntivitis, blefaritis y heridas de córnea).
 - b) Dificultad para la indicación y provisión de anteojos y audífonos.

- 5.4. A pesar de que las cifras porcentuales se encuentran por debajo de otras estadísticas, es importante consignar que el porcentaje de familias afectadas es de 10.73% o sea que el problema se agrava al entender que un enfermo o secuestrado afecta al grupo familiar conociendo al grupo "in toto".
- 5.5. Es de notable observación, la continencia familiar para con el discapacitado, al igual que la aceptación sin prejuicios por parte de la comunidad en que viven.
- 5.6. Algunos de los discapacitados (muy pocos) estan pensionados, pero se observa en general (salvo discapacidades muy severas) que todos desempeñan alguna tarea remunerativa o colaboran en tareas de la casa. Así tenemos un parapléjico que atiende su almacén, un ciego que corta leña, un hombre del paraje Chiquilihuín con una rodilla en flexión post artritis séptica, que es artesano y mantiene a su familia cuida su huerta y su piño de chivos.

Con las encuestas y visitas se detectaron casos que requieren tratamiento especializado que serán derivados a Neuquén pero al contar ahora con la unidad en San Martín de los Andes y la supervisión de los agentes sanitarios en tratamiento, el tiempo de permanencia fuera de su hogar se reducirá notablemente.

No quiero finalizar este informe, sin dejar de expresar mi agradecimiento y felicitación a toda la gente que colaboró y muy especialmente al equipo de agentes sanitarios del Hospital de Junin de los Andes, ya que sin su espíritu de servicio, su empeño y capacidad no se hubiese podido llevar a cabo este trabajo.

Area Programa del Hospital de Junin de los Andes:

- Médico a cargo del area programa
- Supervisor intermedio
- Ag. sanitario Barrio Lanin
- Ag Sanitario Prje. Atreuco
- Ag. Sanitario Prje. Aucapan
- Ag. Sanitario Prje. Chiquiliuin
- Ag. Sanitario Prje. Huilquimenuco
- Ag. Sanitario Prje. El Malleo
- Ag. Sanitario Prje. Pilolil
- Ag. Sanitario Prje. San Ignacio

Dr. Miguel Irigoyen
Sr. Horacio Encinas
Sr. Mario Merino

Sr. Lucas Neira
Sr. Daniel Quintrequin
Sra. Mirta Vazquez
Srta. Maria Angélica Joubert
Srta. Mercedes Llanquin
Sr. Juan C. Radeland

Area Programa de Villa La Angostura:

Médico a cargo del área programa

Dr. Alejandro Gonzalez Vottero

- Ag. sanitario Barrio Las Piedritas
- Ag. sanitario Villa Trafal

Sra. Rosa Matuz
Sra. Olga Castañeda.

PRIMERAS EXPERIENCIAS EN UN PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA CON TECNOLOGIA SIMPLIFICADA DE REHABILITACION EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN — RESUMEN —

Los costos y la poca accesibilidad de pobladores rurales y periurbanos a los tradicionales centros de rehabilitación hicieron desarrollar técnicas simples de atención en varios países del mundo.

En la Provincia del neuquén en la Zona Sanitaria IV se comenzó a desarrollar un programa piloto

con la creación de una unidad de rehabilitación en el Hospital de San Martín de los Andes y el adiestramiento de algunos agentes sanitarios para la detección y atención de discapacitados en zonas rurales y periurbanas. Se arriban a conclusiones novedosas en cuanto a patologías, integración social, trabajo y continencia familiar.

CHACO

PRESENTACION DE UN CASO: ACCIONES INTEGRADAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN EL AREA PROGRAMATICA DE COLONIA ABORIGEN CHACO

por el Dr. Héctor Tobares

En este trabajo se describe la situación al inicio en el área programática de Colonia Aborigen Cha-

co, la descripción de la misma, criterios para su delimitación, indicadores.

Se detalla la metodología de trabajo teniendo como fundamento la atención primaria de la salud y el proceso de formación del recurso humano de auxiliares (agentes sanitarios) capacitándolos para acciones integradas (preventivas y curativas) mediante el uso de cursogramas.

Se señalan los resultados obtenidos a la fecha.

RELATO DEL TEMA RIESGO

Preparado por:

Lic. Nora Pluchino
Dra. Isabel Alvarez
Dr. Carlos Brito
Dr. Osvaldo Pellín

Asesor por:
Dr. Carlos Serrano

Leído por:
Dr. Carlos Brito

Integración interdisciplinaria e interinstitucional en el trabajo comunitario para la Atención Primaria de la Salud. La experiencia del grupo de Valentina Sur, durante 1983.

Dr. LUIS ENRIQUE OLARTE

RESUMEN

Valentina Sur es un pequeño barrio periurbano de Neuquén Capital, rodeado de chacras y a 5 Km del centro de la ciudad, yendo por la ruta nacional N° 22 hacia el Aeropuerto, tomando la bifurcación que se dirige a Balsa Las Perlas -sobre el río Limay-. Al comienzo del año su población se estimaba en alrededor de 1.000 personas, distribuidas en unas 200 familias. A fines del mismo, pasó a tener unos 2.500 habitantes y más de 450 familias. El aumento se debió a un plan de erradicación de familias "ilegalmente" ubicadas en otros barrios de la ciudad -en especial, de El Progreso y Sapere- que pasaron a vivir en las 256 viviendas que se construyeron "de emergencia". En general, su nivel socio-económico-laboral y educativo es bajo, con servicios básicos insuficientes, inadecuados o nulos. Todo esto hace que se considere a la comunidad como marginal (geográfica, educativa, económica, sanitaria, recreativa, cultural, etc.) pues además se encuentra aislada por falta de medios de comunicación e insuficientes medios de transporte.

En el lugar existen sólo 2 instituciones públicas. La Escuela Primaria y el Centro de Salud. Este último, fue construido hace 10 años y nunca se le efectuaron mejoras, cuenta con una enfermera y un médico general, y funciona en un horario limitado de

Resumen:

Se trata de una investigación financiada por la OMS que se propone establecer los factores de riesgo de desvíos del desarrollo y de desnutrición en el grupo de niños menores de dos años, del área de Neuquén Capital.

Se toma como base La Historia Clínica Pediátrica para el menor de dos años, diseñada por el Servicio de Pediatría del Hospital Neuquén.

De ese modo el estudio se divide en dos partes: una retrospectiva para el análisis del diagnóstico de situación y otra prospectiva para el diseño de un esquema predictivo de riesgo.

La investigación ha cumplido ya con la primera parte de la investigación y ha iniciado el estudio de la segunda.

lunes a sábado. En 1983 se decidió enfatizar en la Atención Primaria de la Salud, y para sus fines, se creyó imprescindible convocar desde el Centro de Salud a los profesionales e instituciones presentes e interesadas en formar un equipo interdisciplinario que los uniera, para analizar problemas comunes y extender sus acciones a toda la comunidad, integrándose paulatinamente con ella para favorecer su desarrollo y mejorar su calidad de vida.

Se conforma, entonces el grupo con representantes del Centro de Salud, de la Escuela de Servicio Social (de la U.N.C.), del Centro de Orientación al Escolar (C.O.A.E.), la Escuela Primaria y un psicólogo. De esta manera se pudieron canalizar las inquietudes vocacionales de los integrantes del grupo con las necesidades de las instituciones, aunando esfuerzos y compartiendo proyectos de trabajo e investigación.

Los elementos conceptuales en los que se fundamentó el pensamiento y la acción del grupo interdisciplinario fueron:

- el enfoque sistémico, familiar, grupal y comunitario
- El bienestar social y la calidad de vida
- La promoción social a través de la solidaridad
- La educación como medio de transformación
- el respeto por la cultura sin discriminaciones

Luego de la etapa del conocimiento mutuo se expusieron los conceptos y valores que traían los miembros, por formación y experiencia, tendiente a la unificación de criterios a aplicar en las tareas posteriores. A partir de allí se tuvo que efectuar el correspondiente diagnóstico situacional de la co-

munidad, para poder luego determinar las prioridades y la factibilidad de las acciones a implementar.

Atentos a los inevitables conflictos psicosociales que se producían por la radicación masiva de familias de pocos recursos, y ante características similares en la población radicada, el grupo tuvo que encauzar su accionar hacia la contención de angustias y conflictos de la comunidad, produciendo hechos que facilitarían la comunicación entre los distintos sectores del barrio. Se organizaron grupos comunitarios que sirvieran a los propios intereses de la gente, evitando caer tanto en el "estudio

profesionalista" como en el "asistencialismo paternalista".

Se comentan en esta exposición, los datos de la investigación preliminar, las conclusiones a las que se arribaron, el establecimiento de prioridades según las necesidades de las necesidades de la misma comunidad, los objetivos de los grupos operativos, la marcha de las actividades y una breve evaluación de las mismas.

Ofrecemos a discusión esta experiencia con el afán de servir para futuras programaciones intersectoriales y mejorar la interrelación entre profesionales, instituciones y comunidades.

UTILIZACION DE LA CLASIFICACION DE LA OMS POR "RAZONES DE LA CONSULTA" EN UN CENTRO PERIFERICO DE LA CIUDAD DE NEUQUEN

RESUMEN

Toda clasificación tiene por objeto atender las necesidades formuladas por el usuario, generalmente para ayudar a identificar y describir un sector de interés. Si se establece una clasificación jerárquica de razones de consulta que pueda utilizarse conjuntamente con las clasificaciones de enfermedades actualmente en uso, se habrá dado el primer paso para un nuevo tipo de investigaciones sobre A.P.S.

Basado en la Clasificación de la OMS de "razones de la consulta" de Sue Mads (1), se registró durante todo el año 1983 en la planilla "Informe diario de Consultorio Externo" del Centro Periférico Colonia Valentina Norte dependiente del Hospital Bouquet Roldán en la ciudad de Neuquén, el **motivo de consulta**, consignando solamente el diagnóstico de las enfermedades infectocontagiosas y en general de todas aquellas de denuncia obligatoria. Esto requiere un cierto entrenamiento y normas previas que en este caso particular no trajo mayores problemas por tratarse de una sala a cargo de un médico general.

Se procesaron 1715 consultas de primera vez y se clasificaron en los distintos capítulos y compo-

nentes de la clasificación citada.

Los resultados obtenidos, aparte de los datos numéricos, susceptibles de innumerables cruces, introduce una descripción de las razones que deciden a un individuo a pasar de la autoasistencia a la categoría de paciente. Por otra parte, justifica la utilización del recurso humano capacitado ad hoc -el médico generalista- en el recurso institucional existente y a crearse centros periféricos.

Este trabajo pretende a su vez despertar el suficiente interés para conocer en forma local y/o regional las causales culturales, económicas, geográficas, etc. que determinen enfermedades sociales, comunitarias, familiares e individuales.

Sue Mads

(1) la **clasificación** de la OMS por "razones de la consulta"

Crónica de la OMS 37(5): 193-196(1983).

Dr. Rodolfo G. Arienti
MP.NQN. 631
a/c Centro periférico Colonia
Valentina Norte
Hospital Bouquet Roldán
Neuquén

TALON DE SUSCRIPCION

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO POSTAL: _____

OCCUPACION: _____

Solicito suscripción para tres (3) números de MR (Medicina Rural) (a partir del N° trece) adjunto cheque/ giro N°

IMPORTE SUSCRIPCION VOLUNTARIA \$a. 500

_____ FIRMA

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES PARA LAS ACTIVIDADES RURALES Y AFINES

* LEY 19.316 *

ISSARA

PROTEGE LA SALUD del hombre de campo y su familia en todo el país.



Beneficiarios

Son beneficiarios obligatorios del ISSARA los trabajadores:

- Comprendidos en el régimen nacional de trabajo agrario (Ley 22.249)
- Personal en relación de dependencia de las entidades sindicales rurales y de asociaciones (patronales) de la producción rural. (Art. 3° - Ley 19.316).

Son beneficiarios familiares:

- El cónyuge.
- Hijos varones solteros menores de 18 años de edad, o de 21 si son estudiantes.
- Hijas menores solteras, hasta 21 años de edad.
- Hijos incapacitados para el trabajo, sin límite de edad.

COMAHUE:
RIO NEGRO - NEUQUEN
Sargento Cabral 635 - T.E. 31936
NEUQUEN

Instituto de Salud y Actividad
Unidad Nacional de Lanús

RESUMEN DE LA ENCUESTA SOLICITADA AL FINALIZAR LAS JORNADAS:

En cuanto a la encuesta final, donde se solicitaba:

- 1) opiniones y sugerencias sobre la organización de las Jornadas;
- 2) opiniones sobre los temas tratados; y
- 3) sugerencias sobre las próximas jornadas sobre organización, temas y lugar.

Los hemos resumirlas del siguiente modo, de acuerdo a nuestro tabulado:

PREGUNTA 1) a) OPINIONES...

excelente 23
muy buena 34
óptima 4
brillante 2

perfecta 2
impecable 2
muy eficiente 1
m/interesante 1

geniales 1
muy satisfact. 1
m/aceptable 1
m/positivas 1
gran efectiv. 1

buena 10
positivas 1

no contestaron 13

bien organizadas 1
dispositivos correctos 1

74 13 13 TOTAL: 100

PREGUNTA 1) b) SUGERENCIAS...

- hubo poco tiempo p/relatos y/o temas en general: 9
- demasiados fumadores: 7
- consignas confusas o incomprendibles: 5
- presentaciones muy prolongadas: 3
- faltó cumplir horarios/hay que ser más estrictos: 3
- faltó tiempo para actividades sociales y/o esparcimiento: 2
- controlar asistencia / controlar tiempos de exposición / más trabajo grupal/ ampliar la comisión organizadora / hizo frío / faltó café / almuerzo escasos 1 opinante c/tema.

TOTAL DE OPINIONES: 36

PREGUNTA 2) OPINIONES S/TEMAS TRATADOS:

Muy buenos 13 muy útiles 3
excelentes 6 m/interesantes 8
óptimos/muy buen nivel/imprescindibles/de suma importancia/muy positivos/muy claros e instructivos/con 1 opinante p/tema

SUBTOTAL: 36

buenos 11 bien presentados v/o desarrollados 4
adecuados 10 interesantes 6 bien orientados/correctos/bien seleccionados/útiles/ideales
con 1 opinante p/tema

SUBTOTAL: 36

interesante y oportuno enfoque interdisciplinario 2
tratados con gran capacidad/temas elementales y prioritarios de la APS/muy amplios/sencillos, útiles y concretos/tema "Inmunoprevenibles" 10 opinante c/tema

SUBTOTAL: 7

mucho espacio a temas locales/temas muy nequinos/mucho tiempo p/"Riesgo" con 1 opinante por tema; De acuerdo a la expectativa 2 y no muy potables pero cumplieron su cometido 1

SUBTOTAL: 6

temario bioquímico satisfactorio 1
temario bioquímico faltó mejor estructura 1

SUBTOTAL: 2

NO CONTESTARON: 13

TOTAL: 100

PREGUNTA 3) a) LUGAR...

Neuquén capital 7
Neuquén interior 10
San M. de los Andes 10
Zona III 1
Chos Malal 1
V. la Angostura 1

SUBTOTAL (NEUQUEN) 40

Río Negro 3
S.C. de Bariloche 1
Sta. Cruz 1
Chubut/T. del Fuego 1
Al sur del Río Colorado 1

SUBTOTAL: 7

Provincias del norte argentino 6 Chaco 1
SUBTOTAL: 7

Otras provincias 6 En el país 1
SUBTOTAL: 7

Un lugar aislado p/concentrar asistentes 1

San M. de los Andes o S.C. de Bariloche 1
SUBTOTAL: 2

Las provinciales en Chos Malal 1 en S.M. de los
A.1
SUBTOTAL: 2

NO CONTESTARON: 35
TOTAL: 100

PREGUNTA 3) b) ORGANIZACION...

Integrar al debate a todo el equipo de salud 6
Mayor trabajo grupal 5
Proseguir el enfoque multidisciplinario 5
SUBTOTAL: 16

Frecuencia anual 6 mayor difusión previa 3
SUBTOTAL: 9

invitar profesionales de otras disciplinas que
tengan que ver con APS 2
invitar personal no médico (administradores/es-
tadísticos/auxiliares) 1
invitar profesionales que no trabajen en APS 1
considerar al docente como agente de salud 1
paneles interprovinciales 2 paneles con agentes
sanitarios 1 paneles con países limítrofes 1
SUBTOTAL: 9

más prolongadas 4 más descansos 1
intervalo mayor a medio día 2
más tiempo p/debates 1
SUBTOTAL: 8

Cuidar iluminación y acústica / escenario / servi-
cio de bar / no a los relatos simultáneos / utilizar
más métodos audiovisuales / cerrar las Jornadas
con la presencia de los hermanos Berbel y obse-
quiar dulces de Huincañco (Nqn) / todos con un opi-
nante por tema / Que no se fuma en la sala de con-
ferencias 7

SUBTOTAL: 10

Reducir el costo de la inscripción al mínimo / or-
ganizar comidas p/agentes sanitarios / preparar te-

mas a nivel de agentes sanitarios / agrandar la co-
misión organizadora / vender resúmenes de los tra-
bajos presentados / efectuar las jornadas provin-
ciales en otra fecha / lograr apoyo oficial y debatir
con los responsables de cada provincia / todos con
un opinante por tema.

SUBTOTAL: 7

TOTAL DE OPINIONES: 62

PREGUNTA 3) c) TEMAS...

Aquí volcamos la totalidad de los temas sugeridos,
exactamente como fueron solicitados:
Temarios sobre experiencias concretas = 5
Organización de Programas de Salud = 4
Integración de los subsectores de Salud a
nivel de APS = 2
Evaluación/de programas y pautas a in-
corporar
Administración hospitalaria
Epidemiología
Técnicas de evaluación, abordaje y meto-
dología en general
importancia de los registros médicos y
paramédicos
Modelo de uso racional de recursos hu-
manos y materiales en hospitales de
complejidad IV

Aspectos económicos y sociales que van
de la mano con el sector salud

Acciones de APS en servicios de alta
complejidad
interacción con los demás servicios co-
munitarios

Niveles de participación comunitaria ac-
tual, grado deseable y forma de lograrlo

Perspectiva de los planes que se llevan a
cabo en la provincia en APS

Ética y deontología

Carreras Sanitarias Provinciales

Inserción de Atención Primaria y Educa-
ción p/la Salud en medicina laboral

Temas asistenciales ambulatorios

Chagas... ¿un mal que avanza?...

Salud mental en APS

Problemática y necesidades del bioquí-
mico en medio rural p/APS

Antropología, sociología y ecología del Nqn
Planificación familiar

TBC

Menor abandonado

Crecimiento y desarrollo/madurac./esti-
mulación precoz/familia/grupos operativos.

Adelantos científicos en temas de medi-
cina general

Alcoholismo

El sexo en la infancia, como objetivos dis-
minuir embarazos en adolescentes

Comprometer gente de otros sectores:

agricultura, ganadería, educación, para
iniciar un trabajo de Educación p/la Salud

Curriculum de la Carrera/APS en pregra-
do/sistemas de residencias médicas/formas

de trabajo/guardias/igualdad de oportunidades/situación de los profesionales ad honorem/concurrencia concursos/formación de postgrado en general/reconocimiento de las residencias con esa orientación

Programas interdisciplinarios: Nutricionista con médicos generales, agricultores, productores en general, comerciantes, gente de la comunidad.

Saneamiento ambiental: el equipo de salud con gente de la comunidad.

Los programas de salud ¿son para el pueblo o viceversa?

Temarios de Salud Mental p/docentes: captación de trastornos de aprendizaje

patologías observables en la escuela por parte del educador/su interacción con Salud Pública.

Evolución y resultado obtenido con el nuevo plan de medicina familiar. Su aceptación por la comunidad y la grey médica. Promoción p/la prevención de la hipertensión arterial, neoplasias, etc.

Normalizaciones en medicina general. Temario local de la provincia organizadora. Tecnología apropiada p/la salud

Tabaquismo y falsas opciones derivadas del consumismo

Riesgo en Salud

Administración de recursos de salud Periurbanismo.

ALGUNOS DATOS NUMERICOS:

En el balance numérico final tuvimos: 378 (trecentos setenta y ocho) inscriptos a todas las jornadas, discriminados del siguiente modo:

- 202 médicos
- 55 agentes sanitarios
- 41 odontólogos
- 26 bioquímicos
- 21 enfermeros
- 12 asistentes sociales
- 6 administrativos/técnicos
- 5 nutricionistas
- 5 sicólogos
- 2 obstétricas
- 1 farmacéutico
- 1 antropólogo
- 1 profesora en ciencias de la educación

Independientemente de ésta estadística, en forma ocasional y debido a interés en determinados te-

mas, concurrieron también 12 (doce) estudiantes de la Escuela de Servicio Social de la Universidad Nacional del Comahue; aproximadamente 20 docentes de distintos niveles, sin contar a los educadores presentes en el stand del Programa EMER y también la presencia de gente del Centro de Estudios Folklóricos de Neuquén.

Finalmente, en la conferencia ofrecida por el Sr. Ministro de Salud y Acción Social Dr. Aldo Neri, la concurrencia se estimó en 550 personas, con personalidades del espectro político local y de la vecina provincia de Río Negro.

Dentro de los inscriptos, el mayor número correspondió a Neuquén y Río Negro. En orden decreciente, tuvimos representantes de las provincias de Buenos Aires, Chaco, Santa Fe, Córdoba, Capital Federal, Santa Cruz, Chubut, San Luis, La Pampa, Mendoza, Tierra del Fuego, Jujuy y Entre Ríos. Del exterior, la República Oriental del Uruguay concurre con 4 representantes, Chile con dos y Paraguay con uno.



ANECOTARIO

CRONICA DE LAS JORNADAS

Después de todo era lógico que estuviera algo nervioso. Si bien no era la primera vez que presentábamos eventos de éste tipo, el actual tenía ciertas connotaciones distintivas: era nuestra proyección nacional y localmente contaba con la presencia del Ejecutivo provincial.

La cuestión es que estaba preparando la escena en el Aula Magna de la Universidad, acomodando el micrófono en un extremo del escenario y observando el lugar donde iba a pararme para dar la patada inicial al asunto, cuando la secretaria de la Escuela de Postgrado me indica que tenga cuidado de no poner el pie del micrófono demasiado cerca del borde por el riesgo de caer del estrado. Realmente lo tomé en cuenta y apenas unos minutos antes que ingresara el Gobernador y su comitiva así como las autoridades invitadas para tomar asiento en los lugares previstos, di la ojeada final a mi rinconcito y bajé del escenario para una espera discreta.

El asunto fue al subir. Los escalones están sobre el ángulo curvo y son incompletos, o sea que no lo rodean totalmente. Ya con cara compuesta, carpeta en mano y en una apnea posterior a una profunda inspiración me dispongo a subir al tablado cuando yerro al primer escalón y con el impulso lógico que llevaba casi aterrizo a los pies de la autoridad

más cercana, a la sazón el presidente del Colegio Médico de Neuquén. Rápidamente cambié de paso y subí sin otro contratiempo. Creo que nadie se percató, excepto los que me conocen bien que notaron un cierto temblequeo en la voz durante los primeros quince o veinte segundos de la presentación.

Era el tercer día de estar micrófono en mano presentando todo lo referente al evento con lo cual me sentía relativamente seguro. Me tranquilizaba haber pasado un episodio rayano en lo ridículo y que nadie me lo hubiera recriminado. Pero ahora tenía que presentar a un ministro nacional y luego manejarle las preguntas del auditorio. Ya no tenía problemas de tablado pues estábamos al mismo nivel. De cualquier modo, entre los concurrentes, el ministro y yo se interponía el equipo de sonido y un maremagnum de cables en el suelo. Como se puede intuir, al acercarme al micrófono me enredé en el cablerío y naturalmente trastabillé ligeramente. No tanto como para caerme pero sí como para perder la estabilidad en forma momentánea y ostensible. Mas ya no estaba como para ofuscar me por lo que todo continuó al menos para mí, como si nada.

Dr. Rodolfo

Tomado de Cajanus



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

HOSPITAL REGIONAL NEUQUEN

Queremos agradecer a los responsables de esta publicación, por la participación y el reconocimiento hacia nuestro compañero de tareas, rogamos a Dios que nunca más se haga en memoria.

Es muy difícil hacer un retrato de alguien que las palabras no alcanzan para definirlo en todo su valor.

Se puede decir que era de esas personas que tienen palomas en el alma y que el mundo que los rodea se les hace chico para expresarse y entonces comienzan a soñar y tratan de alcanzar lo que para muchos a veces consideramos imposible, "FELICIDAD" con las pequeñas cosas que tenemos, era de esos jóvenes como los hay pocos lleno de vitalidad y trata de que quienes lo rodean sientan lo mismo aunque la vida diaria nos obligue a encerrarnos en nuestros problemas y vivir un poco en la depresión.

Era de esas personas que no permitía que el sufrimiento existiera en los que lo rodeábamos, se hacía partícipe del dolor ajeno y su alma no alcanzaba la paz definitiva hasta que eso que nos perturba en el bienestar, desaparecía o se atenuaba hasta hacerse insensible.

El LOCO como los que lo admirábamos como per-

sona y compañero lo llamábamos, tenía el alma con las virtudes de tal, el amor por la vida, la sinceridad y todo lo que caracteriza a los que viven en esa etapa de la vida siempre a flor de piel, no permitía eso que nos destruye de a poco, como la falta de confianza, la falta de sinceridad, el no tener metas, las injusticias, la dejadez o el abandono tocaron su forma de ser, era de aquellos que trabajan para ellos, pero siempre pensando en los demás decía "NO HAY SALVACION, SI NO ES LA DE TODOS".

Hoy por esas cosas del destino ya no está presente entre nosotros, pero quedó grabado en nuestros corazones, esa noble imagen que ningún escritor podrá expresar porque no han sido inventadas las palabras para definir personas excepcionales como lo fue para nosotros MARIO CENTENO.

Más allá de tu ausencia física, el recuerdo de tus actos nos da la seguridad de que te has ganado el puesto junto a Dios, y desde allí rogar por nosotros y ayudarnos a concientizarnos mucho más en nuestra humilde pero humanitaria tarea.

TUS AMIGOS

RECUERDO A UN AMIGO

SIEMPRE ESTOY DE GUARDIA

ESTADO DE ANIMO

Aquí están mis manos, aguardandote...

Aquí están mis compañeros,

Y todo nuestro amor

Aquí está también lo poco o mucho

Que pudimos aprender para ayudarte,

Para curar tus heridas,

Para aliviar tu dolor,

Siempre estoy aquí, de guardia...

Siempre esperando a mi pueblo

Con las manos y el corazón presto

En cada emergencia

Con las lágrimas que nos corren por el alma

Mientras tratamos que no te desangres

Siempre estoy mirando hacia la calle

Es que así también se está de guardia

Aquí nos duelen tus dolores,

Y nos apenan tus penas

Lloramos tus lágrimas sin que lo adviertas

Estamos de guardia en guardia

Con las vendas, los sueros, las camillas

Y todo lo que te puedas imaginar

Pero sobre todo, rogando a Dios que no

Te ocurra nada.

Me siento a veces como pobre colina

Y otras como montaña de repetidas cumbres

Parezco sentirme a veces acantilado

Y a veces como cielo azul pero alejado

Me siento demasiado en mi trabajo

Parece verte, tenerte y no perderte

Me siento inmóvil y paciente, pero

Conforme con tus recuerdos, que en mis están

Presentes

Sin embargo amanece y estas conmigo

En mis horas, mis días y semanas

Te veo y pareces querer aliviar el dolor y la pena

De un ser herido y apenado

Me siento apenado como roca en manantial

Como un árbol que pierde sus últimas hojas

Pero conforme con todo lo bueno que me dejastes

Experiencias dulces y buenas que ya nunca he

De olvidar

Sereno en mi confianza, confiado en que una tarde

Te acerques y me mires, te mires al mirarme

Para que con tu imagen y la de Dios

Mi estado de ánimo supere lo inalcanzable

MARIO CENTENO

Junio 1984

PARA VOS MARIO QUE SUPISTES SER

COMPAÑERO, AMIGO Y HERMANO.

COTICO

"Amigo sincero es quien es capaz de elogiar a nuestras espaldas y criticar de frente".

Voy a intentar, con mucha dificultad seguramente, referirme a un amigo pleno que nos dejo, y contar de modo somero quien era, para los que no lo conocieron tengan siquiera una imagen de ese tipo especial, que decían se llamaba JOSE ENRIQUE CUEVAS pero, en nuestro recuerdo, seguirá siendo "Cotico". Digo especial porque, creo, llenaba los requisitos para entrar en la galería de personajes, como ser humano y como médico y que por suerte adoptó esta tierra para desarrollar sus múltiples cualidades.

Lo conocí diez años atrás, cuando había comenzado su carrera de médico general en El Huecú junto a su esposa Bebi, nuestros contactos se hicieron más asiduos cuando efectuó la Residencia y ahí empecé a percibir su dimensión de tipo comprometido con la Provincia y, fundamentalmente, con su gente. En cada uno de los lugares donde ejerció su profesión y su particular manera de vivir, dejó una impronta imborrable. El Huecú, Loncopué, Zapala y Neuquén, sus comunidades y el personal de Salud, son testigos de ello.

No puedo evitar referirme a las "otras cosas" de Cotico como sus múltiples "negocios" y "proyectos" generalmente bien pensados, no para este mundo de cuerdos, y que marcaban su personalidad pletórica de inquietudes.

Ojalá nadie tome esto como un homenaje, que a él no le gustaban, sino como un sencillo elogio y reconocimiento a todas las cosas que sembró en esta bendita tierra en la cual vive para siempre.

FERNANDO BULGARELLI

Dr. CARLOS POTENTE

Llegó a Neuquén en mayo de 1983, ingresando por el concurso habitual a la Residencia en Medicina General. Al comenzar el segundo año, le correspondió cumplir parte de su actividad en el Centro de Salud de Villa Florencia, donde demostró su aptitud para entender y aplicar la Medicina General en un momento difícil para su grupo debido a los cambios instrumentados tanto en el Centro como en la Residencia. Como colega compartí su aflicción por un pequeño lactante afectado por meningitis bacteriana, en la asunción de una responsabilidad que no era suya, pero que vivió como tal. La tarde del 12 de setiembre, el aniversario de la ciudad, el día de la visita de Alfonsín, estaba de guardia.

Podría haber ido otro residente a San Martín de los Andes, pero le tocó a Carlos. No sabemos si quería ir...pero habían pedido el avión desde allí, también por un lactante con meningitis...Fue con Mario, ese muchacho polivalente de la guardia, dispuesto a todo. Después la noticia, el dolor, la impotencia. Toda una provincia golpeada, rinde homenaje y agradece tu gesto. Has cumplido, ojalá podamos nosotros cumplir contigo.

Por un decreto del Poder Ejecutivo Provincial el Hospital Rural Las Coloradas, llevará el nombre de nuestro compañero, Dr. Carlos Alberto Potente.

M.E.

TAN



TRANSPORTES AEREOS NEUQUEN

7 de Enero de 1985 TAN Inagura sus vuelos regulares a Valdivia (Chile), integrando dos regiones con intereses comunes.

ADEMAS, los regulares vuelos a Chos Malal, San Martín de los Andes, Rincón de los Sauces, Caviahué, y San Rafael (Mendoza)

**OFICINAS CENTRALES: Belgrano 380
TEL. 24834-31401/ 11/ 21 - Internos 5183 al 86
CASA DEL NEUQUEN BS. AS.:
Cangallo 685 - TE. 450-233/ 469-265**

**OFICINA AEROPUERTO NEUQUEN: TEL. 23418
OFICINA CARGAS: Libertad 55 - TEL. 30096
Y SUCURSALES DEL INTERIOR
DE LA PROVINCIA**

SUCURSALES:

**Chos Malal: Mitre 153 - T.E. 21114
San Rafael (Mendoza) Municipalidad: T.E. 22121/22449
Rincón de los Sauces: Municipalidad: T.E.: Cabina Pública.
San Martín de los Andes: San Martín 915/919 T.E. 7471
Caviahué: Dirección de Termas: T.E. 95059
Valdivia (Chile) Caupolicán 579 - T.E. 2232**



PROVINCIA DEL NEUQUEN

Señor Médico Rural:

"La Promoción y Protección de la Salud depende en gran parte de usted y de su equipo, las comunidades rurales los necesitan y respaldarán su labor".

¡Fomente el autocuidado responsable!



mibs

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

SUBSECRETARIA DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL