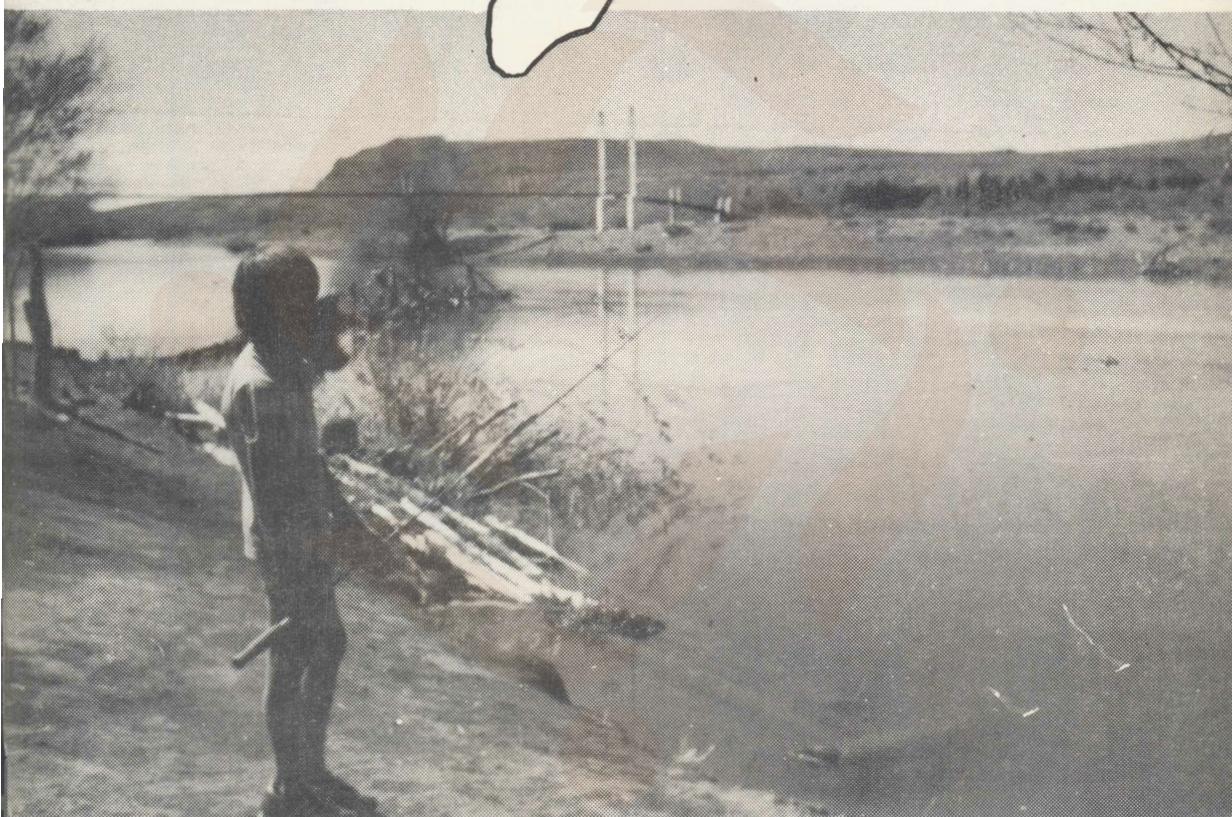


MAR



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

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

**AÑO 7 - Nº 16
FEBRERO 1987**



PROVINCIA DEL NEUQUEN

A los integrantes del equipo de Salud, y a todos los neuquinos:

La Hidatidosis sigue siendo una importante endemia regional. La lucha antihidatídica debe continuar y mejorar.

TODOS ESTAMOS CONVOCADOS



SUBSECRETARIA DE SALUD

MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

EDITORIAL

Desde el Estado no se puede ...

...dejar de luchar por el Derecho a la Salud, como contribución a la dignificación de la vida del Pueblo. Sostenemos que fortalecer al Estado es contribuir a liberrar a la Nación de ataduras y dependencias (por ejemplo: un laboratorio estatal de fármacos). No podemos dejar de sostener nuestro rechazo al principio de subsidiariedad del Estado, que nuevamente vemos aparecer, a veces en forma encubierta, a veces bien diecta, tanto desde el poder central como en ámbitos locales.

Desde el Estado, en Neuquén, se pudo constituir un Sistema de Servicios de Salud, que a través de 17 años, se ha mantenido y crecido en algunos aspectos y que debe ser aún fortalecido y jerarquizado. Es un logro que pertenece al pueblo de Neuquén y a todos los trabajadores de la Salud. No pertenece ni a un gobierno, ni a un partido, ni aún al aparato estatal.

El Sistema es un logro del pueblo de Neuquén y su mérito es servir a éste pueblo. A veces confundimos el mérito y lo ponemos en nosotros por pertenecer al sistema y entonces inventamos el "compromiso con el sistema", la "ideología del sistema", cuando el compromiso y la ideología se hacen con las personas y el pueblo.

Desde Neuquén decimos que desde el Estado se puede luchar por la Salud y la Medicina, que existe un Sistema de Salud gratuito y eficiente. Debemos buscar la calidad entendida como "respeto al pueblo". ¿Qué nos falta?: Democratización del Sistema y creciente participación popular. Casi nada. ¿Nos animamos? ¿Y después? Trabajar, lo cotidiano...Desde el Estado se puede...y se debe.

SMR en Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud.

Durante cuatro días del mes de junio de 1986, se realizó el Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud, en La Habana (Cuba). La Sociedad de Medicina Rural estuvo presente, por intermedio de dos representantes, en el evento científico que congregó cerca de mil participantes, en su mayoría provenientes de distintos países de Latinoamérica y de España.

Uno de los aspectos principales tratados, constituyó la Integración de la Docencia, el Servicio y la Investigación en la APS. Otro de los temas que despertó su interés, enfocó el modelo de médico de la familia / médico generalista, que se propone en distintos países como estrategia de desarrollo de la APS. La Sociedad de Medicina Rural efectuó la presentación de esta publicación "MR" y el Programa de Educación a distancia, el cual generó activa discusión entre los interesados en el tema. Se efectuaron visitas al terreno de la actividad cotidiana, tanto en área urbana como en zonas rurales. La SMR ha recopilado mucho material audiovisual y escrito de esta experiencia y efectuado posteriormente varias presentaciones en la región. Sobre esto daremos más información en el próximo número.

La Dirección.



**SOCIEDAD
DE MEDICINA
RURAL
PROVINCIA
DEL NEUQUEN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE:
Dr. Rodolfo Arienti
SECRETARIO:
Dr. Roberto Villagra
TESORERO
Dr. Jorge Gorosito
**DIRETORES DE
PUBLICIDAD**
Dr. Ricardo Cicerchia
VOCAL
Dr. Arturo Carrillo

**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 Carrillo. **ASESORES CIENTIFICOS:** Dr. Julio Raby, Dra. Maria Elena Chie sa, 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:

FLAMINI · FUNES

Rivadavia 569 · Tel. 31229 · 35702
NEUQUEN

MIR

INDICE

N° 16

	PAG.
Editorial.....	2
Consultas más Frecuentes en el Consultorio Externo de un Hospital de Nivel III de Complejidad.....	3
Horizontalización del Programa de Lucha y Control de la Hidatidosis La Gestión Util para los Niveles de Operatividad.....	12
Características, Recursos, Necesidades y Posibles Soluciones del Depto. San Javier (Provincia de Córdoba).....	20
Evaluación de Riesgo a Nivel Psico-Social. Detección de Grupos Familiares Vulnerables.....	27
Sobre "Gerónima" y Gerónimas.....	43

NUESTRA PORTADA

Vista del Rio Agrio, en Huarenchenque, con la pasarela y un niño nacido en la zona.

Los artículos firmados son responsabilidad de sus autores. **MIR** no hace suyas necesariamente las opiniones vertidas en los mismos.

CONSULTAS MAS FRECUENTES EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE UN HOSPITAL DE NIVEL III DE COMPLEJIDAD

DR. HECTOR MARIA RODRIGUEZ BAY
Médico Generalista
ZAPALA-NEUQUEN

OBJETIVOS

El presente trabajo se realizó con el objetivo de ver cuales son las causas más frecuentes de consulta en el Consultorio Externo de un Hospital de Nivel de Complejidad III típico como lo es el Hospital de Area Aluminé.

Mucho se ha comentado a lo largo del tiempo, en cuanto a los motivos de consulta en este tipo de establecimiento, no habiendo en la actualidad un trabajo que discriminara por edad y especialidad dicha situación en nuestra provincia.

Es por eso que se encara la presente realización, tratando de clarificar un poco esta situación, para mejor información de los médicos generales que realizamos tareas en estos establecimientos, y esperando pueda ser de utilidad para la formación de nuestros médicos generales.

MATERIAL Y METODO

Se tomaron las consultas de cuatro meses del año del Hospital de Area Aluminé, que correspondieran con cuatro estaciones climáticas diferentes, para poder captar la patología estacional.

Estos meses fueron: Octubre de 1984, Enero, Abril y Julio de 1985.

De todas estas consultas, que fueron 6.954 (1.891, 1.762, 1.609 y 1.692 respectivamente), se descartaron las del área rural que son un 30% de la consulta total del Hospital (2.086), por ser un 90% de controles de menores de 2 años y controles de preescolares (2 a 5 años). De esta manera quedaron solo las consultas realizadas en Consultorio Externo del Hospital, Guardia y Centro Periférico, que sumaban un total de 4.868. De este total, se tomaron al azar 745 consultas de cada mes, lo que sumó 2.980 consultas (61% del total).

Algunas de ellas tenían dos o más motivos de consulta, por lo que el total de las consultas en la discriminación por especialidad, es de 3.067.

Como se mencionó recién, las consultas se dividieron por especialidades en:

1. Infectocontagiosas,
2. Cardiovasculares,
3. Hematológicas, Endocrinas, y colagenopatías,
4. Psiquiatría,
5. Neurología,
6. Oftalmología,
7. Genito Urinario,
8. Tocoginecología,
9. Control menor de dos años,
10. Control preescolar,
11. Traumatología y Ortopedia,
12. Digestivo y Via Biliar,
13. Cirugía,
14. Aparato Respiratorio,
15. Piel,
16. Otros síndromes y/o Patologías,
17. Miscelaneas.

También se tomó como referencia la variable Adulto o Pediátrico, considerándose consulta pediátrica la del menor de 14 años por una razón técnica, ya que la planilla de Consultorio Externo en esta provincia toma las edades de menor de 1 año, 2 a 5, 6 a 9, 10 a 14, 15 a 49 y 50 o más años. se tomó también la variable Control de Patología en casos pediátricos, que servirá para ver que porcentaje de la consulta abarca esta situación.

Por último también se realizó la discriminación por edades de acuerdo a la planilla antes mencionada, para ver la distribución etaria de la consulta.

UBICACION GEOGRAFICA E INSTITUCIONAL

El Hospital de Area Aluminé, es el responsable sanitario del Departamento Homónimo, en el Centro-Oeste de la Provincia del Neuquén. Su cabecera de Departamento, el pueblo de Aluminé, está ubicado sobre la margen derecha del río del mismo nombre, a escasos 40 Km. en línea recta de la frontera Argentino-Chilena.

Tiene una superficie a cubrir de 4.660 Km², con una población de 4.500 habitantes, lo que arroja una densidad de 0,96 habitante por Km². El 45% de su población es rural, siendo el resto urbana, ubicada en la cabecera del departamento.

Las vías de comunicación están dadas por las rutas 23 y 13 a Zapala (151 km), pasando por Primeros Pinos, por las rutas 23 y 46 también a Zapala (146 km) por la cuesta del Rahue, y por la 23 a Junín de los Andes (100 km) y San Martín de los Andes (150 km).

El Hospital Aluminé es de Nivel de Nivel de Complejidad III, con atención e internación diferenciada. Componen su Plantel: cuatro médicos, uno de los cuales cumple la función de Director; un odontólogo, un técnico de laboratorio, ocho enfermeros, ocho agentes sanitarios, un supervisor intermedio, una administradora, cuatro mucamas, dos choferes, dos auxiliares de estadística, dos peones de patio, y tiene su base el equipo N° 4 de Saneamiento Ambiental que desarrolla sus tareas en los Departamentos de Aluminé y Catán-Lil.

Para cubrir el importante número de la población rural, se realizan ocho visitas mensuales a diversos parajes del Area, siendo estos: 1. Norquincó y Pulmarí, 2. Rahue, Currumil y Quillén, 3. Rucachoroy, 4. Abra Ancha y Poi Pucón, 5. Lonco Luán, 6. Kilca, 7. Moquehue e Icalma, 8. Carrilil.

Por ser nuestro sistema de Salud regionalizado, nuestro Hospital de referencia es el de San Martín de los Andes (Nivel de Complejidad IV).

DESARROLLO

Comenzando el desarrollo de este trabajo, por el análisis del cuadro 1. se observa que la patología Otorrinolaringológica y del Aparato respiratorio abarca el 26.28% de la consulta, siguiéndole en 2do lugar la consulta toxicoginecológica con 12.16% y los controles de 0 a 6 años, con 10.57%.

Por otra parte la consulta de adultos (mayores de 15 años), suma el 49.1% y la pediátrica (menores de 14 años), el 44.9%. Visto así parecería que la consulta pediátrica es menor que la de adultos, pero cabe recordar, como se mencionó anteriormente, que aquí no se consignan las consultas del área rural que son el 30% del total de las consultas (en números concretos, 2.086 consultas) y de las cuales el 90% son controles de 0 a 6 años y del 10% restante, un 5% corresponde a consultas de escolares (6 a 14 años) y 5% a adultos lo que equivaldría establecer que de esas 2.086 consultas, el 95% (1.982) serían pediátricas.

Si tomamos entonces la muestra u-

tilizada y la consideramos valedera, llevando sus números relativos al total de las consultas y consideramos además las consultas en el área rural, se llega a la conclusión que el 60% de la consulta total es pediátrica.

Vemos también que el 6% de la consulta pertenece a control de patología y que es mayor esta en los adultos que en los menores (3.78 y 2.22% respectivamente).

Si discriminamos el motivo de consulta de adultos y menores, vemos que en los primeros la causa más frecuente es la tocoginecológica (24.37%), seguidas por las del Aparato Respiratorio y otorrinolaringológicas (18.6%) y por la traumatológica (10.75%).

En la faz pediátrica lo más frecuente es la consulta por patologías respiratoria y otorrinolaringológica (36.02%), seguida por los controles de 0 a 6 años (23.53%) y la patología digestiva (7.04%), si excluimos las misceláneas, que incluye certificaciones, control de análisis varios, recetas médicas, etc.

Con respecto a la distribución etaria y de acuerdo a nuestro sistema de registros, pudo observarse en la muestra tomada (cuadro 2), que del 100% de la consulta pediátrica (1.325 casos), los menores de 2 años (514 casos), fueron el 38.8% y los de 2 a 5 años (438 casos), fueron el 33.05%, lo que junto suman el 71.85% (o sea 952 consultas) del total pediátrico.

PATOLOGIA INFECTOCONTAGIOSA

La consulta por patología infectocontagiosa es más frecuente en los niños que en los adultos (58.05 y 41.95% respectivamente), sobretodo por la alta incidencia de parasitosis intestinales y enfermedades virales habituales de la infancia (Parotiditis, rubeola, Varicela, etc.).

En cambio la causa más frecuente de consulta en los adultos, es la tuberculosis y los estudios relacionados con esta.

Para más detalles ver los cuadros 3 y 4.

PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

Sin duda la consulta por patología cardiovascular, es casi privativa del adulto. Solo un caso de fiebre reumática con carditis pudo considerarse

CUADRO N° 1

CUADRO DISCRIMINATIVO DE CONSULTAS POR ESPECIALIDAD, PRIMERA VEZ O CONTROL Y PEDIATRICA O ADULTOS

	A	CA	P	CP	TOTAL	%
INFECTOCONTAGIOSAS	48	25	84	17	174	5,67
CARDIOVASCULARES	50	36	1	0	87	2,84
HEMATOLOGICAS, ENDO- CRINAS, COLAGENOPAT.	16	7	11	4	38	1,84
PSIQUIATRIA	32	1	0	0	33	1,08
NEUROLOGIA	44	0	4	0	48	1,57
OFTALMOLOGIA	37	1	21	0	59	1,92
GENITOURINARIAS	65	11	8	2	86	2,80
TOCOGINECOLOGIA	367	4	2	0	373	12,16
MISCELÁNEAS	150	0	151	0	301	9,81
OTROS SINDROMES	7	0	14	0	21	0,68
CONTROL MENOR 2 AÑOS	0	0	233	0	233	7,60
CONTROL 2 A 5 AÑOS	0	0	91	0	91	2,97
TRAUMATOLOGICAS	162	9	22	3	196	6,39
VIA BILIAR Y APARATO DIGESTIVO	138	8	97	9	252	8,22
CIRUGIA	56	6	49	5	116	3,78
APARATO RESPIRATORIO Y O.T.L.	280	5	496	25	806	26,28
PIEL	54	3	93	3	153	4,99
TOTAL	1506	116	1377	68	3067	100,00
%	49,10	3,78	44,90	2,22	100%	

A: ADULTO

CA: CONTROL ADULTOS

P: PEDIATRICA

CP: CONTROL PEDIATRICO

consulta pediátrica de esta especialidad.

Y sin duda también, la causa más frecuente en el adulto es la hipertensión arterial, siendo el 60% de toda la consulta de este tipo.

La siguen lejos en frecuencia, la hipotensión (10,46) y la insuficiencia cardíaca (9,30%).

Para más detalles ver cuadro N° 5

CUADRO N° 2

DISTRIBUCION ETARIA DE LA CONSULTA, DE ACUERDO CON LA PLANILLA DE REGISTRO UTILIZADA EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

EDAD	Nº DE CONS	%
MENORES DE 1 AÑO	306	10,27
1 AÑO	208	6,98
2 A 5 AÑOS	438	6,98
6 A 9 AÑOS	209	7,01
10 A 14 AÑOS	164	5,50
15 A 49 AÑOS	1384	46,44
50 Y MAS	271	9,10
TOTAL	2980	100%

PATOLOGIA HEMATOLOGICA

La consulta hematológica, en los niños tiene como causa más común, la adenitis específica, siguiendo en frecuencia lo relacionado con los controles de la ictericia neonatal.

En los adultos, las anemias son la causa de consulta más frecuente.

Para más detalle ver cuadro N° 6.

PATOLOGIA ENDOCRINOLOGICA Y COLAGENOPATIAS

En cuanto a la patología endocrinológica, es casi en su totalidad, patrimonio del adulto, siendo la causa más común de consulta, la diabetes, se guía por la patología tiroidea.

Ver cuadro N° 7.

De las colágenopatias, la más frecuente es la artritis reumatoidea.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA

Referente a la patología psiquiátrica, es en su totalidad en personas adultas.

Predominan las neurosis, seguidas de las psicosis (Esquizofrenia, Síndromes de Excitación Psicomotriz, etc.) junto con el alcoholismo.

El resto de las consultas pertenecen a otros síntomas y síndromes.

Ver cuadro N° 8.

PATOLOGIA NEUROLOGICA

Para las causas neurológicas, más del 90% corresponden a los adultos, siendo la cefalea y los mareos el 70% de la demanda en esta especialidad.

En los niños de los cuatro casos registrados, sin duda lo más importante por su trascendencia en el pronóstico, es el síndrome convulsivo de causa febril.

Ver cuadro N° 9.

CUADRO N° 3 CAUSA DE CONSULTA INFECTOCONTAGIOSA EN ADULTOS

	A	CA
TBC		
ENFERMEDAD	1	16
QUIMIOPROFILAXIS	14	0
MANTOUX	14	0
TOTAL	29	16
VIRALES		
PAROTIDITIS	5	4
VARICELA	2	0
RUBEOLA	1	1
TOTAL	8	5
PARASITOSIS		
OXIURIASIS	3	0
ASCARIDIASIS	1	0
TOTAL	4	0
BACTERIANA		
GONORREA	2	0
PARATIFOIDEA	0	4
TOTAL	2	4
HIDATIDOSIS		
HIDATIDOSIS	2	0
TOTAL	2	0
TOTAL	48	25 73

PATOLOGIA OFTALMOLOGICA

Es de destacar la importancia de la patología conjuntival en ambos gru-

pos etéreos, al igual que el traumatismo ocular, causa de consulta muy pocas veces tenida en cuenta.

Ver cuadro N° 10.

APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO

Las causas de consultas urológicas en el adulto, son en su mayoría por infección urinaria, seguidas por las uretritis y síndromes uretrales y luego por la patología renouretral.

En los niños, la infección urinaria es la causa más frecuente, seguida por la patología genital.

Para más detalle ver cuadro N° 11

CUADRO N° 4

CAUSA DE CONSULTA INFECTOCONTAGIOSA EN NIÑOS

	P	CP	
PARASITARIAS			
PARASITARIAS	6	2	
OXIURIASIS	26	0	
ASCARIDIASIS	6	0	
PICADURA ALACRAN	1	0	
TOTAL	39	2	
VIRALES			
RUBEOLA	18	1	
PAROTIDITIS	12	5	
VARICELA	2	2	
TOTAL	32	8	
TBC			
ENFERMEDAD	0	3	
QUIMIOPROFILAXIS	6	3	
MANTOUX	3	0	
TOTAL	9	0	
BACTERIANAS			
ESCARLATINA	4	1	
TOTAL	4	1	
TOTAL	84	17	101

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Sin duda la causa más frecuente, es todo lo relacionado con el embarazo, parto y puerperio normal (obstetricia normal) siendo un 38% de la consulta total de Obstetricia y Ginecología. Le sigue luego la patología de la menstruación y un dato que creo conveniente destacar y que demuestra el trabajo continuo y programado sobre algunas situaciones en esta área es el 3º lugar que ocupa la consulta para la planificación familiar, cabe acotar que el ítem Planificación Familiar incluye anticonceptivos orales y otros métodos.

Ver cuadro N° 12.

CUADRO N° 12

CAUSAS DE CONSULTA OBSTETRICOGINECOLOGICAS

	A	CA
OBST. NORMAL		
CONTROL DE EMB.	0	125
TRABAJO DE PARTO	9	0
CONTRACCIONES	5	1
CONTROL PUERPERIO	0	2
CONTROL EPISIOT.	0	1
TOTAL	14	129
PATOLOGIA MENSTRUAL		
ATRASO MENSTRUAL	42	0
DISMENORREA	11	0
POLIMENORREA	5	1
AMENORREA POR LACT.	2	0
HIPERMENORREA	1	0
ALGOMENORREA	1	0
TOTAL	62	1
PLANIF. FAMILIAR		
PLANIF. FAMILIAR	46	0
CONTROL DIU	3	0
COLOCACION DIU	1	0
EXTRACCION DIU	1	0
TOTAL	51	0

OBST. PATOLOGICA		
AMENAZA DE ABORTO	7	1
GRIETA DE PEZON	6	0
MASTITIS	4	0
INFECC. URINARIA Y EMB.	4	0
FLUJO Y EMBARAZO	3	0
AMENAZA DE PARTO PREMAT.	3	0
CONTROL POST LEGRADO	3	0
ABORTO EN CURSO	1	0
EMB. CRONOLOG. PROLONG.	1	0
DOLOR HIPOGASTRIO Y EMB.	1	0
ANEMIA Y EMBARAZO	1	0
ASMA Y EMBARAZO	1	0
HIPEREMESIS GRAVIDICA	1	0
TOTAL	36	1
PAT. VULVOVAGINAL		
FLUJO VAGINAL	24	1
FLUJO TRICOMONIASICO	3	0
VAGINITIS	2	0
VULVOVAGINITIS	2	0
FLUJO SANGUINOLENTO	1	0
PRURITO GENITAL	1	0
TOTAL	33	1
PAT. CERVICAL Y UTERINA		
PAP	17	0
HEMORRAGIA GENITAL	5	0
ENDOMETRITIS	1	0
CERVICITIS	1	0
TOTAL	24	0
PAT. ANEXIAL		
HIPOGASTRALGIA	9	0
ANEXITIS	5	1
TOTAL	14	1
PAT. MAMARIA		
SECRESION DE PEZON	1	0
ADENOSIS	1	0

MASTALGIA	1	0
TELARCA	0	1
TOTAL	2	1
VARIOS		
EXAMEN GINECOLOGICO	1	0
SINDROME MENOPAUSICO	1	0
TOTAL	2	0
TOTAL	239	134

CONSULTAS VARIAS (Miscelaneas)

Dentro de este grupo de consultas, las certificaciones médicas, son el número más importante. Le siguen los controles de análisis y la realización de recetas médicas. En este tipo de consultas, la distribución etaria fue casi igual.

Ver cuadro Nº 13.

OTROS SINDROMES

En esta sección se sumaron las patologías, síndromes y síntomas de difícil encuadre en alguna especialidad, siendo el síndrome febril la causa más importante.

Ver cuadro Nº 14.

CONTROL DE MENORES COMO MOTIVO DE CONSULTA

MENORES DE 2 AÑOS	293
MENORES DE 2 A 5 AÑOS	91
TOTAL	324

Es de destacar la importancia de los controles programados según normas, los cuales ocupan casi una cuarta parte de las consultas pediátricas totales (22.4%) divididos a su vez en 16.1% para los menores de 2 a 5 años.

TRAUMATOLOGIA

Sin duda se observa que la consulta traumatológica es más frecuente en el adulto, observando por las causas de ésta, su relación con lo laboral.

Los tres principales motivos de la asistencia por esta especialidad son, por un lado las lumbalgias y lumbociatalgias, por otro los traumatismos y finalmente las artralgias y la patología articular. Entre las tres suman el 74% de la patología.

Muy por detrás van la patología muscular y tendinosa, las fracturas y las luxaciones, los esguinces y las mi-scelaneas.

En cuanto a la consulta pediátrica, muy inferior en número, predominan los traumatismos seguidos de las fracturas y luxaciones.

Ver cuadros Nº 15 y 16.

PATOLOGÍA BILIAR Y GASTROINTESTINAL

La consulta por este tipo de patología, es más frecuente en el adulto que en el niño. Es de destacar, que en los mayores de 14 años, la patología a biliar tiene una incidencia casi igual en número a la de la patología intestinal, siguiendo en tercer lugar la patología gástrica.

En los niños la patología intestinal, es la más frecuente, siendo casi el 50% de toda la consulta para esta especialidad. Pese a esto, es de destacar, que la diarrea no representa por su número en el total de consultas pediátricas para todas las especialidades, un problema sanitario para este Hospital.

Le siguen luego las consultas por trastornos disfuncionales como náuseas, vómitos, los dolores abdominales de diversas causas, etc.

Ver cuadros 17 y 18.

CUADRO Nº 18

CAUSAS DE CONSULTA POR PATOLOGÍA BILIAR Y GASTROINTESTINAL EN NIÑOS

	P	CP
PATOLOGIA INTESTINAL		
DIARREA	33	6
GASTROENTERITIS	4	0
CONSTIPACION	4	0
FLATULENCIA	4	0

PRURITO ANAL	3	0
COLICO INTESTINAL	1	0
TOTAL	49	6

VARIOS

NAUSEAS Y VOMITOS	16	0
INAPETENCIA Y ANOREXIA	3	0
INGESTA CUERPO EXTRAÑO	2	0
DISTENSION ABDOM.	1	0
DISPEPSIA FERMENTATIVA	1	0
HEMATEMESIS	1	0
TOTAL	24	0

DOLOR ABDOMINAL

DOLOR ABDOMINAL	8	2
DOLOR EN F.I.I	0	0
DOLOR FLANCO IZQ.	1	0
TOTAL	11	2

BOCA Y ESOFAGO

ESTOMATITIS HERPETICA	4	0
GINGIVITIS	2	0
ERUPCION DENTARIA	1	0
ODINOFAGIA	1	0
MUGUET	1	0
TOTAL	9	0

PAT. GASTRICA

EPIGASTRALGIA	2	0
DISPEPSIA HIPERESTENICA	1	0
TOTAL	3	0

PAT BILIAR

COLICO BILIAR	1	1
TOTAL	1	1
TOTAL	97	9

CIRUGIA

La atención de consultas por causas quirúrgicas, es encabezada en los adultos por las heridas y curacio-

nes, seguida por la cirugía del abdomen.

En los niños también las causas más frecuentes de consulta son las heridas y curaciones, pero seguidas de quemaduras, con lo cual, los accidentes en la infancia, se llevan un buen porcentaje (88%) de la asistencia en esta especialidad en nuestros Consultorios Externos, para este grupo etario. Ver cuadros Nº 19 y 20.

VIAS RESPIRATORIAS Y OTORRINOLARINGOLOGIA

En el adulto las causas más frecuentes de consulta en esta especialidad, son la patología faringoamigdalina y la bronquial, como se observa en el cuadro Nº 21, representando un buen porcentaje de la consulta total del adulto.

La patología respiratoria y otorrinolaringológica, significan un número importante de consulta pediátrica, determinando un 36% del total de la asistencia para ese grupo etario en todas las especialidades.

Por su alta incidencia, la patología de vías respiratorias, si es un problema sanitario para nuestro Hospital, el que ya ha realizado campañas de educación para la salud, tendientes a la prevención y promoción de estas patologías.

La patología de fauces y vías aéreas superiores, es casi un 50% de esta demanda para esta especialidad, seguidas por la patología bronquial y la otológica.

Ver cuadros Nº 21 y 22.

CUDRO Nº 21

CAUSAS DE CONSULTA RESPIRATORIA Y OTORRINOLARINGOLOGICA EN ADULTOS

	A	CA
FARINGE Y AMIGDALAS		
ANGINA ROJA	62	0
ANGINA PULTACEA	30	0
ANGINA VIRAL	13	0
FARINGITIS	3	0
FARINGITIS ALERGICA	1	0

FLEMON AMIGDALINO	1	0
TOTAL	110	0

PAT. BRONQUIAL

CATARRO BRONQUIAL	22	2
BRONQUITIS AGUDA	22	1
BRONQUITIS ESPASMODICA	2	0
BRONQUITIS ALERGICA	1	0
CRISIS ASMATICA	1	0
BRONQUITIS CRONICA	1	0
TOTAL	49	3

VARIOS

SINDROME GRIPAL	33	1
TOS	5	0
DOLOR TORACICO	3	0
ESPECTORACION HEMOPTICA	3	0
DISNEA	1	0
TOTAL	45	1

VIAS AEREAS SUPERIORES Y SENOS

SINUSITIS	20	0
CATARRO VIAS AEREAS SUP.	4	0
EPISTAXIS	2	0
RINITIS ALERGICA	2	0
TOTAL	28	0

OIDO EXT. MED. E INT.

OTITIS MEDIA	6	0
TAPON DE CERA	4	1
CUERPO EXTRAÑO EN C.A. EXT.	3	0
OTITIS C.A. EXTERNO	3	0
OTALGIA	2	0
ACUFENOS	2	0
HIPOACISIA	2	0
SIND. DE MENIERE	1	0
TOTAL	23	1

LARINGE Y TRAQUEA

LARINGITIS	11	0
------------	----	---

LARINGOTRAQUEITIS	6	0	CRISIS ASMATICA	3	0
DISFONIA	3	0	BRONQUITIS ESPASMODICA	2	1
TRAQUEITIS	2	0	TOTAL	106	13
TOTAL	22	0	OIDO EXT. MED. E INT.		
PLEURA Y PARENQUIMA PULMONAR			OTITIS MEDIA	52	2
NEUMONITIS	1	0	OTITIS SUPURADA	10	0
S.D.R.A.	1	0	TAPON DE CERA	4	1
PLEURITIS	1	0	OTALGIA	3	0
TOTAL	3	0	CUERPO EXTR. EN C.A. EXT.	1	0
TOTAL	280	5	ABCESO OIDO EXT.	1	0
			HIPOACUSIA	1	0
			TOTAL	77	3

CUADRO N° 22

CAUSAS DE CONSULTA RESPIRATORIA Y OTORRINOLARINGOLOGICA EN NIÑOS

	P	CP
FARINGE Y AMIGDALAS		
ANGINA ROJA	89	2
ANGINA PULTACEA	28	1
ANGINA VIRAL	25	2
FARINGITIS	3	0
HIPERTROFIA AMIGDALINA	1	0
TOTAL	146	5
VIAS AEREAS SUP. Y SENOS		
CATARRO VIAS AEREAS SUP.	103	1
SINUSITIS	7	0
EPISTAXIS	4	1
ADENOIDITIS	2	0
RINITIS ALERGICA	1	0
TOTAL	117	2
PAT. BRONQUIAL		
CATARRO BRONQUIAL	49	5
BRONQUITIS AGUDA	24	4
BRONQUITIS GRADO I	23	3
BRONQUITIS GRADO II	5	0

LARINGITRAQUEA

LARINGITIS	14	1
LARINGOTRAQUEITIS	5	0
FALSO CRUP	2	0
DISFONIA	2	0
TRAQUEITIS	1	0
TOTAL	24	1

VARIOS

SINDROME GRIPAL	12	0
TOS	8	0
DISNEA	1	0
TOTAL	21	0

PLEURA Y PARENQUIMA PULMONAR

NEUMONIA	5	1
TOTAL	5	1
TOTAL	496	25

PIEL

Es más frecuente la consulta pediátrica que la de adulto.

En este último predomina la patología alérgica o atópica, seguida de la parasitaria y micótica, mientras que en los niños, la piodermitis, impétigos y demás infecciones son las causas

de consulta más frecuentes seguidas por las micosis y parasitosis dérmicas.

Es de destacar la importancia del número de consultas por patología der-

matológica, a la que a veces dejamos de lado o menospreciamos, sobretudo en nuestra formación.

Ver cuadros Nº 23 y 24.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer profundamente la colaboración de la Sra. Carmen Elizabeth Aranzazu que me ayudó en la recopilación de los datos, y en la realización de algunos cuadros.

N. de la R. Por razones de espacio se han publicado solo algunos de los cuadros estadísticos correspondientes a este trabajo. Los interesados podrán solicitarlos a esta redacción.

HORIZONTALIZACION DEL PROGRAMA DE LUCHA Y CONTROL DE LA HIDATIDOSIS

LA GESTION UTIL PARA LOS NIVELES DE OPERATIVIDAD

DR. ANDRES JUAN KACZORKTEWICZ
Médico Veterinario
Jefe Saneamiento Ambiental
ZONA SANITARIA II - ZAPALA-NEUQUEN

INTRODUCCION

El programa, originalmente denominado Integral de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis, diseñado con una disposición estructural de tipo vertical, intenta adecuar sus procedimientos al resto de la organización de salud de la Provincia del Neuquén. Una primera etapa, la desconcentración de acciones hacia el nivel zonal está cumplimentada. Falta adecuar la gestión administrativa y recostar el programa sobre el factor más importante: el nivel local.

DISCUSION DOCTRINARIA

Las actividades a desarrollar deben estar insertas en un proceso capaz de proveer información útil. Además deben ser susceptibles de ser evaluadas en función de los objetivos propuestos.

Los procedimientos, centrales y de gestión, deben respetar el flujo normal de la organización de manera tal que los niveles intervinientes tomen parte activa en sus desarrollos.



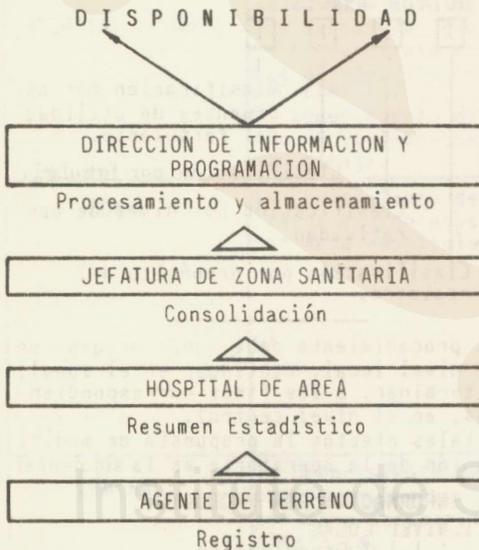
①-②-③ = Procedimientos

EZQUEMA Nº 1

Para el caso puntual de hidatidosis la oferta institucional de tecnología central está disponible, y es la adecuada si se respetan determinadas normas de seguridad. La principal falencia programática está enfocada en la desconexión del aparato institucional con la comunidad. El andarivel correcto para encauzar el programa de acuerdo con las estrategias de Atención Primaria de Salud corresponde al del Hospital del A-

rea. Por lo tanto es el nivel local el que se debe captar y obtener la participación comunitaria. Para ello es necesario que disponga de la información apropiada.

El proceso de la información se debe fundamentar en la desagregación de la misma. Esto significa otorgar al nivel local el volumen máximo de la información, al nivel zonal un grado intermedio, y al nivel central la cantidad mínima, consolidada por zona sanitaria. Esta metodología permite al Hospital tomar conocimiento, en forma activa, de la localización y distribución de los riesgos, y la probable magnitud del daño. A nivel zonal consolidar la información obtenida y controlar la evolución del programa, además de compatibilizar las necesidades periféricas con mayor eficacia al conocer con antelación las disponibilidades. Al nivel central le facilita el procesa-almacenamiento de la información, a la que deben acceder comodamente los distintos departamentos y niveles de operatividad. Esquema Nº 2.



ESQUEMA Nº 2

FLUJO DE LA INFORMACION

El método estratificado de acumulación informática por niveles evita la dispersión de actividades, facilita la dis-

ponibilidad de los datos y concentra las funciones de supervisión y evaluación.

La decisión de horizontalizar al Programa de Lucha y Control de la Hidatidosis, con el traslado del eje de la jerarquía técnica al nivel local, debe tener presente el análisis de los componentes de la información que interesan, competen, y son de utilidad a los distintos niveles operativos de la Subsecretaría de Salud. Esquema Nº 3

De esta forma, el Subprograma de Control Canino ofrece al nivel local la posibilidad de extracción de aquellos datos necesarios para llevar adelante las acciones sobre la comunidad. Asimismo al nivel central le permite evaluar la trayectoria global del Programa. Esquema Nº 4.

Lo importante a tener en cuenta es que las tareas y los procedimientos de gestión que de ellas se desprenden deben generar la utilidad del registro. Por lo tanto se requiere separar la información por 'producto' y por 'gasto'.

1. INFORMACION POR PRODUCTO

Permitirá conocer la cantidad de 'Tareas' realizadas, y los 'Datos' obtenidos.

1.1. TAREAS:

- a) Concentración
Cantidad de concentraciones caninas realizadas por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria, y por período de tiempo.
- b) Dosificación
Cantidad de perros dosificados con Bromhidrato de Arecolina por pareja, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.
- c) Tratamiento
Cantidad de perros tratados con Praziquantel, por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.
- d) Sacrificio
Cantidad de perros sacrificados, por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.

1.2. DATOS

- a) Sexo
Cantidad de perros existentes, por sexo, por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.
- b) Población canina

IDENTIFICACION					
	PERRO	PROPIETARIO	PARAJE	AREA HOSPITALARIA	ZONA SANITARIA
AGENTE DE TERRENO					
HOSPITAL DE AREA					
JEFATURA DE ZONA					
DEPTO. DE ZONOSIS					

 MAXIMO INTERES

 MEDIANO INTERES

 POCO INTERES

 SIN INTERES

ESQUEMA Nº 3
GRADO DE INTERES POR NIVEL DE OPERATIVIDAD

Totalidad de perros existentes por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.

- c) Equinocosis canina
Cantidad de perros parasitados con tenia Echinococcus granulosus, por paraje, por Area Hospitalaria, por Zona Sanitaria y por período de tiempo.

2. INFORMACION POR GASTO

Estará referida a los trámites estrictamente contables y administrativos. Su uso en la periferia será de utilidad para las programaciones locales.

Para ambas informaciones, por 'Producto' y por 'Gasto', el método y material a utilizar en la gestión debe reunir los siguientes requisitos, a fin de educar la utilidad al nivel de operatividad actuante:

1. Denominación
2. Utilización
3. Utilidad
4. Objetivo
5. Función
6. Material de confección
7. Formato
8. Metodología de uso
9. Instructivo de uso
10. Frecuencia de uso

CONCLUSIONES TECNICAS.

GUIA DE ANALISIS

1 . 1 . 1 . 1 .

Clasificación por componentes de utilidad del formulario.

Clasificación por formulario

Clasificación por nivel de operatividad.

Clasificación por propósito del registro.

El procedimiento debe tener origen en el nivel local, continuar en el zonal, y terminar, a los fines correspondientes, en el nivel central.

A tales efectos la propuesta de modificación de la operatoria es la siguiente:

1. INFORMACION POR PRODUCTO.

1.1. NIVEL LOCAL

1.1.1.1. Denominación
N H 1

1.1.1.2. Utilización

Es la documentación del Agente de terreno. Permanece en su poder.

1.1.1.3. Utilidad

Sirve para identificar al perro por propietario. Es-

- tablece la historia equino-
cocósica.
- 1.1.1.4. Objetivo
Captar la información a par-
tir de hechos concretos, y
extraer las 'Tareas' y los
'Datos'.
- 1.1.1.5. Función
Registro de perros, por pro-
pietario y por paraje.
- 1.1.1.6. Material de confección
Cartulina. Color verde claro.

- 1.1.1.7. Formato
#ancho=22cm.
#alto =34cm.
#margen izquierdo de 3 cm.
con agujeros para carpeta
de dos ganchos.
- 1.1.1.8. Metodología de uso
Cada hoja identifica a un
poblador, por Jefe de Fami-
lia, y hasta 12 perros, du-
rante un período aproxima-
do a los 5 años. Las hojas

	NECESIDAD DE LA INFORMACION	UTILIDAD DE LA INFORMACION
LOCAL AGENTE DE TERRENO	1- Conocimiento de los perros con equinocosis. 2- Conocimiento de las familias con perros equinococosis 3- Conocimiento de la trayectoria de equinocosis canina por familia	1- Concentración de las acciones de promoción y prevención en fam. problemas. 2- Indicación al Hospital de Area de las familias problemas o refractarias.
LOCAL HOSPITAL DE AREA	1- Conocimiento de familias cuyos perros tienen equinocosis. 2- Conocimiento de familias con exceso de perros. 3- Conocimiento de familias con perros de sexo hembra. 4- Conocimiento de la tendencia de equinocosis canina por familia. 5- Conocimiento de la tendencia de equinocosis canina por paraje.	1- Utilización del enfoque de riesgo en familias problema o refractarias, a los fines de enfatizar las acciones de promoción y prevenc. 2- Priorizar adecuadamente la distribución de las actividades, incluido el Subprograma de Control Canino.
ZONAL	1- Conocimiento de la tendencia de equinocosis canina por Area Hospitalaria.	1- Participación y coordinación en la planificación local y zonal. 2- Asesoramiento y supervisión a las Areas Hospitalar. 3- Coordinac. y compatibilización de los suministros. 4- Consolidación de la informac. a los fines de elevac. para procesamiento central y retroaliment. zonal y local.
CENTRAL	1- Conocimiento de la tendencia de equinocosis canina por Zona Sanitaria y Area Hospitalaria.	1- Confección de la programación global. 2- Concentrac. de la conducción, la normatizac. y la administración global. 3- Evaluación global de los objetivos. 4- Supervisión global de los procedimientos normatizados.

ESQUEMA Nº 4

NECESIDADES Y UTILIDAD DE LA INFORMACION POR NIVEL DE OPERATIVIDAD

se agrupan por pareja geográfica en una carpeta de dos ganchos. La capacidad de la carpeta no debe exceder de las 60 hojas N H 1. En parajes más poblados se llevarán dos carpetas.

1.1.1.9. Instructivo de uso

a) Título

Estarán identificados el Area Hospitalaria, el paraje y el nombre del Jefe de Familia.

b) Matriz

I-En las filas se anotará el nombre de cada uno de los perros que posea la Familia.

II-En las columnas se anotarán las siguientes características:

S Sexo del animal.
Se dibujará el símbolo ♂ ♀, según corresponda.

F Fecha del procedimiento.

a	b	a = día
c		b = mes
		c = año

C Código
Se describirá la acción o la situación, según corresponda.

D(+)= Dosificado con Bromhidrato de Arecolina y diagnóstico positivo de equinococosis.

D(-)= Dosificado con Bromhidrato de Arecolina y diagnóstico negativo de equinococosis.

E = Sacrificado (Eutanasia)
I = Tratado con Praziquantel
B = No existe más. Baja
N = No concurre

Con posterioridad al diagnóstico positivo de equinococosis se puede proceder al tratamiento con Praziquantel o al sacrificio. El registro se realizará de la siguiente manera, respectivamente:

D(+)	D(-)
I	S

1.1.1.10. Frecuencia de uso
Concordante con la efectividad del subprograma de Control Canino. Se utilizará entre 3 y 6 veces por año.

1.1.2.1. Denominación

N H 2

1.1.2.2. Utilización

Es la documentación del Hospital de Area, o del Area Programa de un Hospital de mayor complejidad.

1.1.2.3. Utilidad

Sirve para identificar al poblador que tiene perros. Establece la trayectoria relacional del propietario con sus animales.

1.1.2.4. Objetivo

Clasificar la información por cantidad de perros, por sexo, por perros concentrados, por perros dosificados, por perros equinococosis, por perros tratados y por perros sacrificados.

1.1.2.5. Función

Concentración de la información por propietarios de perros y por pareja.

1.1.2.6. Material de confección

Papel de 57 gr. Color blanco

1.1.2.7. Formato

#ancho = 22 cm.

#alto = 34 cm.

#margen izquierdo de 3,5cm con agujeros para biblioteca.

1.1.2.8. Metodología de uso

Cada hoja identifica a un paraje y a sus pobladores. Las hojas se archivan en biblioratos. Cada biblioteca contiene la historia equinococosis completa del paraje.

1.1.2.9. Instructivo de uso

Al completar la tarea, el Agente de terreno, suministra al personal del sector de estadísticas del Hospital correspondiente, la información actualizada de los formularios N H 1.

a) Título

Estarán identificados el Hospital, el paraje y la fecha en la cual el Agente de terreno realizó la tarea.

b) Matriz

I -En las filas se anotarán los nombres de cada uno de los propietarios de perros, habitantes del paraje

visitado por el Agente de terreno.

II-En las columnas se registrarán los valores correspondientes a cada propietario de perros de la siguiente manera:

- 1 = Cantidad de perros de sexo macho que posee
- 2 = Cantidad de perros de sexo hembra que posee.
- 3 = Totalidad de perros que posee (3 = 1 + 2)
- 4 = Total de perros que el propietario concentró.
- 5 = Cantidad de perros dosificados con Bromhidrato de Arecolina.
- 6 = Cantidad de perros equinocócicos.
- 7 = Cantidad de perros tratados con Praziquantel.
- 8 = Cantidad de perros sacrificados.

La sumatoria de cada una de las columnas será igual al total de 'Áreas' y 'Datos', recogidos por el Agente de terreno, y correspondientes al paraje en cuestión.

1.1.2.10. Frecuencia de uso
Corresponderá a la inmediata posteridad de la actuación del Agente de terreno en el paraje en cuestión.

1.1.3.1. Denominación
N H 3.

1.1.3.2. Utilización
En el formulario de transferencia de la información al nivel zonal.

1.1.3.3. Utilidad
Sirve para informar la totalidad de 'Áreas' y 'Datos' correspondientes al Área Hospitalaria.

1.1.3.4. Objetivo
Concentrar la información por sexo de perros, por total de perros existentes en los parajes en los que se llevaron a cabo las acciones, por total de perros concentrados, por total de perros dosificados con Bromhidrato de Arecolina, por total de perros equinocócicos,

por total de perros tratados con Praziquantel, y por total de perros sacrificados.

1.1.3.5. Función
Transfiere la información a nivel zonal.

1.1.3.6. Material de confección
Papel 57 gr. Color blanco.

1.1.3.7. Formato
#ancho = 16,5 cm.
#alto = 22 cm.
#margen izquierdo de 3,5cm

1.1.3.8. Metodología de uso
Se confecciona por duplicado. El original se envía a Jefatura de Zona Sanitaria, y el duplicado se archiva con número de nota en el bibliorato de notas expedidas o enviadas.

1.1.3.9. Instructivo de uso

a) Título
Individualizará al Hospital y al mes y año correspondiente.

b) Matriz
Se completará la única columna con los resultados obtenidos de las sumatorias de las 'Áreas' y 'Datos' de todos aquellos parajes cubiertos por las actividades del Subprograma de Control Canino y asentados en los formularios N H 2.

1.1.3.10. Frecuencia de uso
Mensual
Si en el Área Hospitalaria, en ese periodo mensual, no se han desarrollado acciones del Subprograma de Control Canino, se consignará: "sin actividad", y con ese texto se elevará el formulario a la Jefatura de Zona Sanitaria.

1.2. NIVEL ZONAL

1.2.4.1. Denominación
N H 4

1.2.4.2. Utilización
En la documentación de transferencia de la información al nivel central.

1.2.4.3. Utilidad
Sirve para resumir las 'Áreas' y 'Datos' por Zona Sanitaria y por Área Hospitalaria.

1.2.4.4. Objetivo

Consolidar la información por sexo de perros, por total de perros existentes en los parajes en los que se llevaron a cabo las acciones, por total de perros concentrados, por porcentaje de eficacia, por cantidad de perros dosificados con Bromhidrato de Arecolina, por cantidad de perros equinocócicos, por porcentaje de efectividad, por total de perros tratados con Praziquantel, por porcentaje de perros tratados por el total de perros sacrificados, y por porcentaje de perros sacrificados.

1.2.4.5. Función

Transfiere la información al nivel central.

1.2.4.6. Material de confección

Papel 57 gr. Clor blanco.

1.2.4.7. Formato

#ancho = 34 cm.

#alto = 22 cm.

#margen izquierdo de 3,5cm., y margen sup. de 2,5 cm.

1.2.4.8. Metodología de uso

Se confecciona por duplicado.

El original se envía a la Dirección de Información y Programación, y el duplicado se archiva en Jefatura de Zona en bibliorato especial.

1.2.4.9. Instructivo de uso

a) Título

Identificará a la Zona Sanitaria y al mes y año correspondientes.

b) Matriz

I -En las filas se enumerarán la totalidad de los Hospitales de la Zona Sanitaria.

II -En las columnas se voltará la información obtenida de los formularios N H 31.

En el caso que en algún Area Hospitalaria no se hallan desarrollado actividades, se consignará dejando los correspondientes casilleros en blanco.

Los porcentajes se calcularán en el nivel zonal. Se obtendrán de la siguiente manera:

$$\% \text{ Eficacia} = \frac{\text{Total perros concentrados(4)}}{\text{Total perros en Area Hospit.(3)}} \times 100$$

$$\% \text{ Efectividad} = \frac{\text{Total perros equinocócicos(6)}}{\text{Total perros dosificados(5)}} \times 100$$

$$\% \text{ perros tratados} = \frac{\text{Total perros tratados(7)}}{\text{Total perros equinocóc.(6)}} \times 100$$

$$\% \text{ perros sacrific.} = \frac{\text{Total perros sacrific.(8)}}{\text{Total perros equinocóc.(6)}} \times 100$$

Observación: Este último indicador puede ser mayor de 100.

* Los totales corresponden a las sumatorias de las 'Tareas' y 'Datos' realizadas y existentes en la Zona Sanitaria, durante el mes comprendido en la información.

* Los totales de los porcentajes deben expresarse en promedio:

$$\bar{x}\% = \frac{\sum \%}{n}$$

1.2.4.10. Frecuencia de uso Mensual

2. INFORMACION POR GASTO

2.1. NIVEL LOCAL

2.1.5.1. Denominación

N H 5.

2.1.5.2. Utilización

Es la documentación del Agente de terreno.

2.1.5.3. Utilidad

Sirve para informar el consumo de insumos.

2.1.5.4. Objetivo

Registrar la cantidad de kilómetros recorridos, cantidad y tipo de combustibles utilizados, y cantidad de Bromhidrato de Arecolina y Praziquantel utilizados.

2.1.5.5. Función

Transfiere la información al nivel zonal.

2.1.5.6. Material de confección

Papel 57gr. Color blanco

2.1.5.7. Formato

#ancho = 22 cm.
#alto = 34 cm.
#margen izq. de 3,5 cm.,
con agujeros para biblio
rato.

2.1.5.8. Metodología de uso
Se confecc. por duplicado.
El original se envía a
Jefatura de Zona Sanita
ria y el duplicado queda
en poder del Agente de
terreno.

2.1.5.9. Instructivo de uso

a) Título
Identificará al Agente
de terreno y al mes y
año correspondientes.

b) Matriz
I -En las filas se a
sentarán los para
jes en los cuales se
desarrollaron las ac
ciones del mes a in
formar.
II-En las columnas se
anotarán los tota
les de insumos gas
tados por paraje.

Las columnas correspon
den a:

- 1 =Kilometraje recorri
do para cubrir el pa
raje.
- 2 =Combustible consumi
do para cubrir el
paraje.
- 3 =Tipo de combustible
consumido.
- 4 =Cantidad de Bromhi
drato de Arecolina
utilizada en el pa
raje.
- 5 =Cantidad de compri
midos de Praziquan
tel utilizados en
el paraje.

Los totales de cada co
lumna corresponderán a
la totalidad de insu
mos gastados o consumi
dos durante el mes de
informe.

2.1.5.10. Frecuencia de uso Mensual

2.1.6.1. Denominación N H 6.

2.1.6.2. Utilización
Es la consatancia de uso
o entrega de Praziquantel.

2.1.6.3. Utilidad
Sirve para certificar el

uso o la entrega de Pra
ziquantel.

2.1.6.4. Objetivo

Producir la rendición del
insumo Praziquantel, i
dentificando al propieta
rio beneficiado y a sus
perros.

2.1.6.5. Función

Dejar asentada formalmen
te la entrega del insumo

2.1.6.6. Material de confección
Papel 57 gr. Color amari
llo el original y color
blanco el duplicado.

2.1.6.7. Formato

#ancho = 22 cm.
#alto = 11 cm.

#margen izquierdo de 4cm

2.1.6.8. Metodología de uso

Se presenta en talonarios
de 50 unidades numerados
en forma correlativa.
Cada unidad consta de un
ejemplar original y otro
duplicado.

El ejemplar original tie
ne su margen izquierda
perforada a los fines de
su extracción del talona
rio.

Los ejemplares originales
se enviarán semestralmen
te a Jefatura de Zona Sa
nitaria. Los duplicados
permanecen en poder del
Agente de terreno.

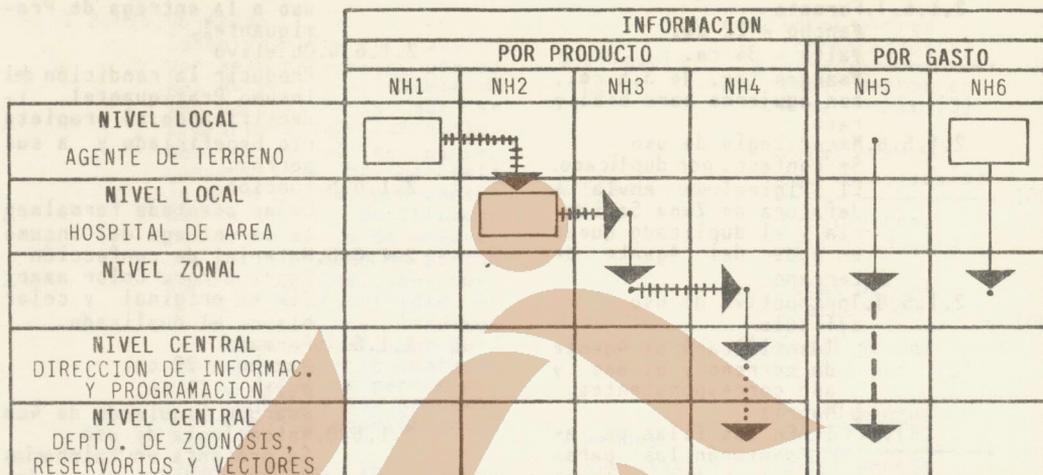
2.1.6.9. Instructivo de uso

Se completan los espacios
en blanco, los que indican:

- a) La cantidad de compri
midos de Praziquantel
entregados.
- b) La marca comercial del
Praziquantel utilizado
- c) La cantidad de perros
a tratar.
- d) El nombre de los perros
a tratar.
- e) El lugar en el cual se
realizó el proced.
- f) Día, mes y año del pro
cedimiento.
- g) Firma del beneficiario
- h) Aclaración de la firma
del beneficiario.
- i) Apellido y nombre del
Agente de terreno ac
tuante.

2.1.6.10. Frecuencia de uso

Corresponderá al momen
to del procedimiento.



INFORMACION PROPIA DEL EFECTOR

FLUJO DE ALIMENTACION INTERNA

FLUJO DE TRANSFERENCIA FORMAL ENTRE NIVELES

FLUJO DE DISPONIBILIDAD

FLUJO DE RENDICION PERIODICA

ESQUEMA Nº 5
FUNCIONALIDAD DEL FLUJO DE LA INFORMACION

Departamento San Javier (Prov. de Córdoba) CARACTERISTICAS, RECURSOS, NECESIDADES Y POSIBLES SOLUCIONES

TRABAJO DE EVALUACION DEL MODULO O DEL PROGRAMA DE EDUCACION A DISTANCIA (SMR)

AUTORES:

- Dr. Carlos MIGNON (Director Hosp. Reg. Villa Dolores)
- Dr. Jorge BEPRE (Instructor Docente Residencia de Medicina Generalista)
- Dr. Claudio GUERRERO (Médico dispensario Bº Aeronáutico)
- Dr. Raúl MONTAVANI (Residente 3º año en Medicina Generalista)
- Dr. J. Alberto ANICETO (Residente 3º año en Medicina Generalista)
- Dr. Jorge C. BOSCOBOINIK (Médico Generalista - Ex Residente)

1. INTRODUCCION

El departamento de San Javier que pertenece a la Zona Sanitaria Nº 2 se encuentra en el Valle de Tras las Sierras al oeste de la provincia de Córdoba. Su ciudad cabecera es Villa Dolores, distante a 198 kms. de la ciudad de Córdoba,

ya, y a 47 y 158 kms. de las localidades de Mina Clavero y Carlos Paz respectivamente, (zonas turísticas por excelencia). La principal actividad económica del departamento es el cultivo de la papa y su superficie es de 1.516 km².

2.1. DAJOS DEMOGRAFICOS (AÑO 1.986)

-Población total	36.357 hab.
-Población Urbana	23.046 hab. (63,3%)
	Masc. 10.893 hab.
	Fem. 12.153 hab.
-Población Rural	13.311 hab. (36,6%)
	Masc. 6.296 hab.
	Fem. 7.015 hab.
-Población menor de 14 años	12.797 hab. (35,1%)
-Población mayor de 14 años	23.560 hab. (64,9%)
-Población menor de 1 año	948 hab. (2,7%)
-Población 1-2 años	967 hab. (2,7%)
-Población 2-4 años	2.658 hab. (7,3%)
-Población 5-9 años	3.991 hab. (10,9%)
-Pobl. 10-14 años	4.233 hab. (11,6%)

El origen étnico de los pobladores se distribuye entre criollos, siriolibaneses e italianos.

2.2. INDICADORES SANITARIOS (año 1984)

-Tasa mortalidad general	6,84/1000
-Tasa mortalidad infantil	22,70/1000
-Tasa mortalidad neonatal	13,40/1000
-Tasa mort. infant. tardía	9,20/1000
-Total de partos en un año	968
-Partos institucionales	851 (87,9%)
-Atendidos por médicos	665 (93,9%)
-Atendidos por parteras	192
-Partos domiciliarios	117 (12,1%)
Atendidos por médicos	43
Atendidos por parteras	6
Atendidos por otros	62
-Total de defunciones	249
C/atención médica	170 (68,2%)
S/atención médica	79 (31,7%)
-Total defunc. Infant. (menores 1 año)	22 (8,8%)
C/atención médica	18 (81,8%)
S/atención médica	4 (18,2%)

3. INSTITUCIONES

3.1. SANITARIAS

Jefatura de Zona Sanitaria Nº 2. Ubicada en la ciudad de Villa Dolores, encargada de la cobertura asistencial de los departamentos San Javier, San Alberto, Pocho, Cruz del Eje y Mina.

Hospital Regional Villa Dolores. Se encuentra a 2 kms., aprox., del centro de la ciudad de Villa Dolores. Posee un

vel de complejidad grado IV. Cuenta con Servicios de las cuatro clínicas básicas: Clínica Médica con 24 camas (12 de hombres y 12 de mujeres), Clínica Quirúrgica con 24 camas (Idem distrib.), Pediatría 19, Tocoginecología 24, Neonatología con 10 unid., entre incubadoras y cunas, Unidad de Terapia Intensiva con 4 camas, 4 salas de quirófano, una de yeso una de esterilización; Servicio de alcoholismo, con tres camas para hombres; Servicios de Laboratorio de Análisis, bacteriología mínima, anatomía patológica; Departamentos de Servicio Social, enfermería y de Archivo de Historias Clínicas y Estadísticas; y Consultorios Externos de las cuatro clínicas básicas, medicina generalista otorrinolaringología, oftalmología, neurología, urología, traumatología, odontología, fonoaudiología, Chagas, tisiología, neumología, Psicología, Psiquiatría, Nutrición y de Kinesioterapia.

Es el Hospital de referencia de los departamentos San Javier, Pocho y San Alberto pero también como centro de derivación del Norte de San Luis (Dptos. Junín, Chacabuco y Ayacucho) y de la provincia de La Rioja (Dpto. San Martín).

Estimativamente cubre los Servicios Sanitarios de una población de alrededor de los 70.000 habitantes.

La Población aumenta en época de la cosecha de papa, cuando son traídos peones, que en general viajan con sus familias, desde las provincias de Cuyo y de otros lugares generando graves problemas sanitarios.

En el año 1985, las consultas por consultorios externos ascendieron a 46.302 y la atención por guardia a 6.604.

La atención del Hospital es pública y gratuita.

Consultorios periféricos. En número de cuatro, dependen del Hospital Regional con la supervisión de un Coordinador General de Hospital. Atendidos por médicos generales que cumplieron la Residencia en Medicina General en dicho establecimiento asistencial, realizando tareas programadas de captación y control de niños sanos y desnutridos hasta los 5 años, captación y control de embarazadas, atención de la población con demanda espontánea, con el objeto de aumentar la cobertura de atención y brindar servicios de promoción y protección de la salud, con el mínimo de costos y la mayor eficacia.

Puestos Sanitarios. 12 en total, 2 con

Médicos Generalistas y Pediatra y 10 con Médicos Generales que atienden una a dos veces por semana con enfermera permanente. Estos puestos se encuentran en el área rural donde se realizan funciones de promoción y protección de la salud, censos poblacionales cada tres meses con visitas programadas a viviendas; atención de consultas por síntomas de enfermedad y derivación oportuna, actividades de enfermería, controles e inmunizaciones. Con esta modalidad se cubre el 100% de la pobl. rural.

Clínicas Privadas. Tres en área urbana en Villa Dolores, una en la localidad de La Paz y otra en Villa Las Rosas, con un total de 150 camas, prestando servicios asistenciales a pacientes particulares y afiliados a Obras Sociales

Consultorios Privados. En número de 17 a los que se le agregan 2 Centros Médicos y un Instituto Geriátrico en la Tápia; y otro en la ciudad de Villa Dolores, prestando asistencia a pacientes privados y afiliados a Obras Sociales.

3.2. EDUCATIVAS (DATOS AÑO 1985)

En el Dpto. San Javier existen 62 establecimientos Educativos, 58 son oficiales y 4 a nivel privado.

En la ciudad de Villa Dolores se cuenta con 19 establecimientos de enseñanza primaria, secundaria y terciaria, de los cuales 2 son privados. De los 62 establecimientos, 50 tienen cantinas escolares, número este que se incrementó al iniciarse las actividades del PAICOR (Programa de Asistencia Integral de Córdoba), con la existencia de comedores escolares.

La población que concurre a las escuelas oficiales es de 8.559, incluyendo en ellas escuelas provinciales y nacionales con niveles primario, secundario y terciario con un total de 473 docentes. Las escuelas privadas, en sus tres niveles, tienen un total de 1.816 alumnos y de 183 docentes.

Se cuenta también con guarderías infantiles dependientes de la Municipalidad de Villa Dolores en número de cinco, y dos jardines privados. Aproximadamente a 12 kms. de Villa Dolores, en Las Rosas, funciona un Proyecto E.M.E.R. (Expansión y Mejoramiento de Escuelas Rurales), que procura conseguir el mejoramiento de la zona intentando que la escuela sea el polo de desarrollo en

el lugar mediante la capacitación de alumnos que al finalizar su 7º grado salgan con posibilidad de trabajar, con lo cual se evitaría la emigración. La enseñanza incluye el aprendizaje de la economía de la región y de las técnicas de trabajo rural. Procura también integrar las escuelas a la comunidad y los padres a las escuelas.

En lo referente a la alfabetización, en el departamento se encuentran dos servicios que atienden esta problemática. Unos son nacionales, "Centros de Alfabetización", en número de 15, con una población inscrita de aproximadamente 150 habitantes, dependientes de la Junta Nacional de Alfabetización. Y otro "Centro de Educación de Adultos" en número de 14, 8 primarios con 230 inscriptos estimativamente y 6 de Capacitación Laboral con 130 inscriptos, dependientes de la Dirección General de Escuelas Primarias de Córdoba. Según censo de 1980, en Dpto. San Javier: población de 30.000 habs., 454 analfabetos absolutos y 2.400 analfabetos funcionales.

3.3. POLICIALES

Unidad Regional Nº2

Unidad Regional Nº7 (Instituto Carcelario).

Cuatro Destacamentos en los barrios periféricos dentro del área urbana.

Diez Destacamentos dispuestos en área rural, todos con comunicación radial con la U.R. Nº2.

3.4. COMUNICACIONES

Teléfonos. La población urbana cuenta con servicios telefónicos automáticos de corta, media y larga distancia por telediscado nacional.

El área rural cuenta con cabinas públicas (en número de 5), distribuidas en distintas localidades del departamento

Televisión. Las áreas urbanas y rural están cubiertas por los canales 8, 10 y 12 de Córdoba, y el 4 de San Luis, con ocasionales colaboraciones a las instituciones del medio.

Radiodifusión. Una estación existente en la ciudad de Villa Dolores (Radio Champaquí), que llega a la audiencia de todo el departamento, prestando amplia colaboración a las instituciones del medio.

También se cuenta con una red de radio aficionados que prestan colaboración al servicio de la comunidad.

Medios de Transporte Público.

1. TERRESTRE. Transporte interurbano de pasajeros, hacia localidades vecinas e interprovinciales. Ocho viajes diarios a Córdoba, servicio de colectivo cada 30 min. a Mina Clavero, dos viajes diarios a San Juan y Mendoza, un viaje diario a Buenos Aires, dos viajes diarios a Villa Mercedes (Prov. San Luis), con trasbordo en esa ciudad y conexiones con el sur de nuestro país.

2. TRENES. En época veraniega, desde y hacia Buenos Aires con detenciones breves en distintas localidades del recorrido.

3. AEREOS. A través de Aerolíneas Federales Argentina, realizando tres vuelos semanales en conexión con la ciudad de Córdoba.

3.5. OTROS SERVICIOS

ENCOTEL. En Villa Dolores y estafetas postales en distintas localidades del medio.

SOCIEDAD RURAL de Villa Dolores.

A.P.A. La Viña (Asociación de Pescadores Aficionados).

INSTITUCIONES BANCARIAS (Prov. de Córdoba, Social, Nación, Cooperativo Serrano).

ROTARY CLUB y CLUB DE LEONES V. Dolores SOC. ESPAÑOLA DE SOCORROS MUTUOS.

SOCIEDAD ITALIANA.

SOCIEDAD SIRIOLIBANESA.

AERoclub Villa Dolores.

CAMARA DE PAPEROS DEL OESTE.

APACOC (Asociación del Arte de Curar del Oeste de Córdoba).

TIRO FEDERAL.

3.6. BIBLIOTECAS

-Biblioteca Sarmiento (pública)

-Biblioteca E.M.E.R.

3.7. COOPERATIVAS Y OTROS

PARA PRODUCTORES

Delegación del INTA. Con importante participación en el proceso productivo de la zona agrícola.

Delegación de Estado de Agricultura y Ganadería.

Delegación del Instituto Nacional de Vitivinicultura.

EPOS (Empresa Provincial de Obras Sanitarias).

3.8. RELIGIOSAS

Culto Católico. Un templo urbano (casa parroquial), 8 capillas en los barrios periféricos y en colegios de Hermanas; y capillas en distintas localidades del

área rural.

Cultos no Católicos. No inscriptos en la municipalidad, representados principalmente por cultos Evangélicos, Testigos de Jehová y Pentecostales.

3.9. CENTROS VECINALES

En la ciudad de Villa Dolores hay 17 centros vecinales con importante actividad desde la apertura Democrática.

3.10. DEPORTIVAS

En el radio urbano se cuenta con 6 clubes de asociados dedicados principalmente a la práctica del fútbol, basketbol, tenis, pelota paleta, gimnasia deportiva.

Haciendo la salvedad de dos clubes, los demás son de escasa inserción social.

3.11. COMISIONES COOPERADORAS

Hospital. Con características de beneficencia, su formación es necesaria con el fin de recibir subsidios. Integradas por personas que no son beneficiarias de la atención del hospital por su situación socioeconómica, y sin participación en las decisiones.

Centros Vecinales. Todos la poseen con el objeto de recaudar fondos o subsidios para poder desarrollar actividades que sean de necesidad a la población que representan.

Escolares. Todos los establecimientos la tienen, para recaudar fondos a los fines de obtener elementos que son necesarios para la escuela, tanto en lo referente al aspecto edilicio, como así también en lo que se refiere al material didáctico.

4. RECURSOS

4.1. RECURSOS NATURALES

Están constituidos por los suelos cultivables, pasturas naturales, bosques y agua.

El departamento San Javier, de 1.516 km², limita al norte con el Departamento San Alberto, al sur con la Provincia de San Luis, al este encontramos como límite natural el cordón montañoso denominado Sierras Grandes del Sistema de Comechingones, tras el cual se encuentra el Departamento de Calamuchita, y hacia el oeste limita con la Provincia de San Luis.

El clima es una característica muy especial de la zona debido a la diversidad de microclimas, fundamentalmente en los faldeos de las Sierras. Tiene ca-

racterísticas de semidesértico con grandes amplitudes térmicas.

Las precipitaciones anuales son de 650 mm en promedio. Las lluvias se producen en primavera-verano.

Los suelos son variables y van del franco-arenoso a arenoso con deficiencia en su estructura debido a la escasez de materia orgánica que provoca una baja retención de agua.

La altura sobre el nivel del mar va de 200 a 2.500 mts., siendo la altura máxima el cerro Champaqui con 2.790 mts. La pendiente es muy abrupta en los flancos de la sierra atenuándose hacia el oeste.

Aproximadamente 5.000 Ha. del Departamento se hayan bajo riego del sistema del dique La Viña, que tiene un espejo de agua de 1.000 Ha y su cota máxima es de 100 mts.

El agua que se obtiene es de buena calidad con una relación de absorción de sodio igual a cero.

El período libre de heladas es de 269 días.

Esta área de cultivo, si bien transformada por el desmonte y acción del hombre, forma parte de la región Fitogeográfica Monte Chaqueño Occidental.

Existe un área ubicada al oeste de la zona cubierta por el dique La Viña, regada por bombeo de aguas profundas, que posee pozos con caudales de entre 90.000 y 350.000 l/h, con profundidades cercanas a los 100 mts.

Se cultivan unas 2.500 Ha con hortalizas.

Existe un área de cultivo bajo el sistema de riego no explotada, es decir, todo el faldeo de las sierras que posee agua de vertientes, teniendo mayor caudal en los meses estivales. Se cultivan vid, citrus nogal, cultivos aromáticos, hierbas medicinales, maíz, etc, estimándose una superficie de 800 Ha para el Departamento San Javier.

El departamento posee 100 unidades de explotación, ocho de 1 a 50 Ha, 14 de 51 a 100 Ha, 8 de 101 a 200 Ha, 17 de 201 a 500 Ha, 19 de 501 a 1000 Ha y 34 de 1000 a 3000.

Según la tenencia de la tierra, el 55% de los productores poseen superficies de 1 a 50 Ha; 25% de 51 a 100 Ha; 7% de 101 a 200 Ha; 7% de 201 a 500 Ha; 4% de 501 a 1000 y 2% de 1000 a 3000.

En promedio, el 40-50% de los productos

están bien provistos de maquinarias y herramientas; en aquellos productores que poseen menos de 50 Ha, y que en muchos de los casos, según la actividad, son minifundios, hay una falta marcada de maquinarias y herramientas. En la zona existe mano de obra especializada, pero cuando se producen los picos de cosecha de papa, ajo y cebolla, esta no alcanza y los productores recorren principalmente a San Juan en busca de trabajadores que se trasladen con toda su familia, generando innumerables problemas.

En su condición de trabajadores golondrina, viven en condiciones infrahumanas. El cultivo de la papa es el que brinda mayor producto bruto a la zona, se destinan aproximadamente 6000 Ha, lo que representa el 6% de la superficie nacional destinada a este cultivo.

Papa tardía. Incide en el mercado en junio, julio y agosto. Es plantada en verano (febrero-marzo), con una superficie aprox. de 2000 Ha, teniendo una producción de 400.000 bolsas. El rendimiento es cercano a las 200 bolsas promedio por Ha. En general, el productor obtiene buenos precios por poca oferta en el mercado. El rendimiento es considerado bajo.

Papa semitemprana. Se cultiva en julio-agosto, cosechándose a veces sin madurar a fines de octubre; o ya madura en noviembre-diciembre.

Debe ser comercializada rápidamente, porque los precios en el mercado son bajos, como consecuencia de la mayor producción (Rosario, Gral. Belgrano, Mendoza).

Se destinan 4000 Ha al cultivo y se obtiene una producción de 2.000.000 de bolsas con rendimiento promedio de 400 bolsas por Ha.

El cultivo y la cosecha se encuentran mecanizados en su gran mayoría. El nivel tecnológico es bueno. Se imita al sureste de la Prov. de Bs. As.

Ajo tempranero. Se planta en febrero y su cosecha se realiza a fines de agosto. Para 1985 se calculaban 130 Ha plantadas en Villa Dolores. Variedad ajo paraguayo.

Ajo semitemprano. Su importancia es escasa.

Ajo tardío. Se cultiva para exportación, necesita microclimas más fríos.

Cebolla. Ocupa el tercer lugar dentro de las hortalizas. Necesita 7.850 m³ de agua por Ha, distribuidos en 18 riegos

con una frecuencia de 10 días. El trasplante y la cosecha se hacen totalmente a mano, y el rendimiento es de 1000 a 1200 bolsas de 25 kg c/u por Ha. Se comercializa en los grandes centros de consumo del país. Existen otros cultivos, como maíz, melón, sandía, cayote, zapallo, pimiento, menta (había cinco destilerías que dejaron de funcionar entre 1978 y 1980). Hoy existe una destilería para extraer el aceite esencial.

Orégano. Está ganando nuevamente el lugar que tenía, el rendimiento es elevado y Villa Dolores es líder en la producción de esta aromática.

A pesar de que las condiciones climáticas de la región y sus suelos, San Javier puede abrazar en su seno los más diversos cultivos, y podría destinarse esto para el consumo en fresco o la industrialización. Falta implementar el desarrollo de estas industrias.

Bosques. Se destaca que el departamento forma parte de la región fitogeográfica del norte chaqueño occidental, aunque hoy se encuentra muy modificado por la tala irracional efectuada para explotar la madera.

Pastizales naturales. Se ha producido una marcada degradación por el sobre pastoreo, lo que hizo desaparecer muchas especies, predominando actualmente otras de menor valor nutritivo para el ganado. La actividad ganadera semanal tiene con el rastreo de maíz coadyuvando en la ración verde de invierno y verano, complementando con el monte y pastizales naturales.

Minería. En la localidad de Las Tapias se obtiene cuarzo y piedra caliza, las cuales son enviadas a Bs. As. para su manufactura.

4.2. INDUSTRIAS

Fábrica de aceite de oliva

Bodega

Destilería de menta

Planta deshidratadora de verduras

Horno de ladrillos. Los hornos de ladrillos es un recurso que caracteriza al departamento, facilitado por la tierra rica en sustancias que poseen buena combustión, elemento decisivo para la buena calidad del ladrillo.

Sin que se disponga de censo, se estima que los hornos suman un total de 150, condensándose el mayor número en la localidad de Las Tapias, distante 12 km de la ciudad de Villa Dolores.

El ladrillo es vendido tanto en nuestra provincia como en Bs.As., Rosario, La Plata, Mar del Plata, Santa Fe, etc. El 95% de los hornos no facilitan aportes jubilatorios, ni obra social a los trabajadores, si viviendas de condición muy precarias, sin sanitarios, donde las familias, por lo general numerosas, se encuentran hacinadas, en el 5% restante, los empleados gozan de los beneficios sociales y jubilatorios.

Los ladrillos son hechos manualmente, utilizando herramientas muy precarias, salvo una que se encuentra bien equipada con las maquinarias adecuadas (es la que otorga aportes jubilatorios). Cada hembra, bajo estas condiciones, trabaja de sol a sol para realizar entre 1000 y 1800 ladrillos diarios, percibiendo una paga de 3 australes los primeros y de 10 australes los segundos, por cada 1000 ladrillos. Estos se venden al consumidor final a 35-50 australes los mil, teniendo en cuenta la calidad de los mismos.

5. NECESIDADES Y POSIBLES SOLUCIONES

5.1. FUENTES DE TRABAJO ESTABLES

5.1.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA. Al ser la cosecha de papa y los hornos de ladrillos, las actividades más importantes de esta zona, son las fuentes de trabajo que absorben un número considerable de la población.

Los trabajadores son empleados por contratos, sin cobertura social ni jubilatoria. Esta situación origina una población de trabajadores golondrina sin posibilidad de vida estable, obstaculizando así, el crecimiento y desarrollo psico-físico y social de estas familias. Entre otras dificultades, se destacan: la deserción escolar, la constitución de parejas inestables, dificultad del seguimiento de pacientes, casos de desnutrición infantil, hacinamiento en las viviendas, intoxicaciones, exodo poblacional, etc.

5.1.2. SOLUCIONES PROPUESTAS. Mejorar las condiciones laborales y sociales, principalmente en los sectores más desprotegidos. Este cambio dependería de dos factores: uno de orden oficial y otro por parte de los empleadores.

*Eleva el nivel cultural y de conciencia de la población, para permitir la participación activa, con

una visión objetiva de la realidad

5.2. APROVECHAMIENTO DE LAS RIQUEZAS POTENCIALES: NO EXPLOTADAS

5.2.1. COMO SOLUCION a esta necesidad se presentan las siguientes propuestas:

*Un mercado que concentre la producción de frutas y hortalizas para unificar la oferta de dichos productos y poder convertirse en la principal zona abastecedora a nivel nacional.

*Una molinera de minerales no metálicos que sea destinada a procesar el cuarzo y el feldespato, con lo cual se aseguraría materia prima de buena calidad en la zona.

*Un establecimiento dedicado a la elaboración de lozas y sanitarios que abastecería productos originados en la molinera arriba citada.

*Un frigorífico matadero regional, adecuado a la exigencia de la Ley Federal de carnes, con lo que se aseguraría el mercado consumidor y el abastecimiento de la materia prima.

5.3. COBERTURA SANITARIA.

5.3.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA. La zona rural del Departamento San Javier, es atendida prioritariamente por agentes Sanitarios y por Médicos no mentalizados en la filosofía de atención primaria de la salud.

5.3.2. SOLUCIONES PROPUESTAS. Proveer de médicos generalistas entrenados y capacitados para una atención de buena calidad, lo que exigiría: un diagnóstico de situación a cargo de un equipo interdisciplinario; la detección de ne-

cesidades sentidas por la población; la programación de un plan de acción y la ejecución del mismo.

5.4. AGUA POTABLE

5.4.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA. Salvo Villa Dolores y localidades vecinas a esta ciudad, gran parte de la región periurbana y rural, no poseen agua potable.

5.4.2. SOLUCIONES PROPUESTAS. Potabilizar el agua por medios que van desde proveer de sistemas de filtro, hasta la educación sanitaria dirigida a la población para acondicionar el agua previo a su utilización.

5.5. ALFABETIZACION

5.5.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA. Se considera que los analfabetos puros oscilan entre 400 y 500, y los analfabetos funcionales entre 2400 y 2500, según estadísticas provinciales. A pesar de la existencia de centros de alfabetización nacionales y centros de educación para adultos provinciales, estos no cubren ni captan, en calidad y en cantidad, el total de analfabetos de la zona.

5.5.2. SOLUCIONES PROPUESTAS. Unir esfuerzos de los centros de alfabetización dependientes de la nación y los centros de educación de la provincia, a los fines de orientar los programas hacia una misma meta y en forma organizada.

Esta acción conjunta sería dirigida a todo el departamento, sin desatender las zonas alejadas y con el trabajo interdisciplinario e institucional.

BIBLIOGRAFIA

-INTA. Descripción de la zona de influencia de la Agencia de Extensión Rural I.N.T.A. de Villa Dolores, su producción agrícola. (Campana 1984/1985. Autor Ing. Agr. Jorge A. URBIETA, Jefe Agencia de Extensión Rural Villa Dolores del INTA.

-Trabajo sobre: Características, recursos, necesidades y soluciones posibles del Departamento 9 de Julio (Pcia. del Chaco). Autor Dr. Juan Carlos Barberis, Coordinador Docente Residencia de Medicina Rural.

-Artículo en pag. 1 del Diario Democracia (16/6/86) de la ciudad de Villa Dolores con el siguiente título: "Se dieron a conocer conclusiones de las Jornadas de Economía Regional.

EVALUACION DE RIESGO A NIVEL PSICO-SOCIAL

DETECCION DE GRUPOS FAMILIARES VULNERABLES

AUTORES: DRA. ANALIA KORNBLOT (A)
DR. WILLE ARRUE (B)
LIC. CARMELINA BOEHTE (C)

DRA. CLARA GLAS (D)
DRA. MARIA VIDAL (E)
LIC. DANIEL FRANKEL (F)

RESUMEN

En este trabajo se define el riesgo psico-social, caracterizándolo en base a seis variables: grado de alarma del grupo familiar, grado de contención del grupo social primario, tipo de organización familiar, situaciones críticas concomitantes, grado de aislamiento familiar y accesibilidad cultural. Estas variables inciden en los que se caracteriza como factor de riesgo psico-social: la vulnerabilidad familiar, definida como un estado del grupo familiar en el que éste se encuentra inermemente a las exigencias que demandan la crianza de los niños y su adecuado cuidado.

Se realiza un análisis comparativo entre tres muestras de población (150 casos en total), pertenecientes una a la localidad de San Martín de los Andes, Provincia de Neuquén, caracterizada como zona semi-rural, y dos al conurbano de la ciudad de Buenos Aires.

Los datos hallados avalan la diferenciación del nivel de riesgo psico-social, cuya evaluación permite la construcción de estrategias preventivas específicas.

oOo

El área de investigación en psicología social abarca el estudio de factores que intervienen en el "estilo de vida" de los grupos humanos. Dichos factores comprenden no solo las condiciones que concurren al establecimiento de enfermedad, ya sea orgánica o mental, sino también los recursos que la población puede instrumentar en salvaguarda de su salud. Dichos recursos incrementan la capacidad de resistencia del individuo, de la familia y de la comunidad frente a los hechos tensionantes. El análisis de los recursos disponibles en una comunidad para enfrentar las situaciones críticas permitirá derivar de ellas medidas que promuevan la salud y contribuyan al mejoramiento del medio ambiente humano.

Entre los objetivos en el área de salud del actual gobierno argentino figura la intención de desplazar el eje del sistema de la atención de la enfermedad al de la salud. Esto implica una "decidida preocupación por la acción preventiva, el diagnóstico precoz de las enfermedades y su adecuada y oportuna rehabilitación, así como un insis-

tente señalamiento y accionar sobre las características de l medio físico y social que condicionan la salud del pueblo" (1).

Por otra parte, tal como se señala también en dicho documento, a partir del golpe de estado de 1976, la Argentina ha sufrido un retroceso en el camino hacia la meta "salud para todos en el año 2000". La acentuación de las desigualdades sociales derivadas de la concepción socioeconómica de los gobiernos militares que se sucedieron en el país entre 1976 y 1983 llevó a que se ampliara el número de personas que viven en la Argentina en condiciones de marginación social, con baja calidad de atención de salud.

Los dos parámetros mencionados: promoción de la salud y sectores importantes de la población viviendo en condiciones de marginación concurren a la elección del enfoque de riesgo en el área de salud. Dada la complejidad del objeto de estudio de la investigación socio-económica, dicho enfoque puede encararse desde diferentes niveles de

la realidad.

En el nivel socio-económico el enfoque de riesgo estudia los factores que, derivando de dicho nivel, colocan a la población en estudio en mayor riesgo, en relación con la vulnerabilidad a enfermedades de diferentes tipos. Niveles de ingresos, grado de estabilidad ocupacional, tipo de viviendas, grado de alfabetización, serán algunos de los factores en estudio en esta área.

En el nivel bio-médico, el enfoque de riesgo se dirige a detectar las características del huésped y del agente etiológico, si este es aislable, que pueden influir en la probabilidad de que una determinada enfermedad evolucione rápidamente (riesgo de peoría), o a poner de relieve las características del huésped que lo hacen vulnerable a determinadas enfermedades (riesgo de contraer enfermedad).

En el nivel psico-social, el enfoque de riesgo pone de relieve ciertas características interaccionales, por lo general en el grupo familiar, que intervienen de modo tal que el individuo no cuente con un grupo social primario capaz de preservarlo en su salud, o de atenderlo adecuadamente en su enfermedad.

En la actualidad, desde diferentes ángulos del quehacer científico se ha llegado a vislumbrar que tanto los fenómenos naturales como los sociales no responden a modelos de explicación unicauales. Por el contrario, la nueva epistemología científica propone la multicausalidad como modelo para pensar la realidad. Por otra parte, contrariamente al punto de vista positivista, se postula también la existencia de una cierta magnitud de azar que hace que determinados fenómenos entren en combinación con otros. Multicausalidad e incertidumbre son, pues, los elementos de actual paradigma científico que nos permiten arrimarnos a la delimitación del concepto de riesgo con una perspectiva holística, que comprende los aspectos socioeconómicos, psico-sociales y bio-médicos.

Por otra parte, en las últimas décadas asistimos al desarrollo del enfoque eco-sistémico en ciencias humanas, Este enfoque subraya el carácter de "relacio-

nabilidad" de las variables en estudio con el contexto en el que se insertan. La medicina implicará así, necesariamente, el conocimiento y tratamiento de los padecimientos del hombre en sociedad. Cuánto más atomístico sea el análisis de la variable "enfermedad", más se prescindirá del contexto, aún cuando pueda tenerse más información de la condición en sí. Se sabrá más sobre la enfermedad en el enfermo, pero menos sobre su inclusión en el sistema, siendo precisamente este último tipo de consideraciones las que permitirán acciones eficaces de modificación.

En este sentido, el enfoque de riesgo psico-social atiende a la inserción del individuo en su medio cultural específico, para verificar el tipo de adaptaciones que el individuo y su sistema familiar desarrollan en relación con el sistema social que los engloba.

La delimitación de un nivel de análisis, en este caso el psico-social, no es sino la expresión de la necesidad de recortar un aspecto de la realidad para su análisis, y no implica dejar de reconocer la determinación socio-económica y bio-médica sobre nuestro objeto de estudio: la interacción familiar, en relación con el área salud-enfermedad. La concurrencia en un mismo grupo familiar de factores correspondientes a más de uno de los niveles de análisis mencionados elevará en forma significativa el riesgo vital de dicho grupo.

La elección de la familia como unidad de análisis en el nivel psico-social está avalada por dos desarrollos científicos contemporáneos. Por un lado el crecimiento, a partir de 1960, de la psicoterapia familiar, que habiendo comenzado por el abordaje de los así llamados "enfermos mentales", incluyó posteriormente en su ámbito el abordaje de las familias de "enfermos orgánicos", con el propósito de ampliar la comprensión y optimizar el tratamiento médico en esos casos.

Por otro lado, a partir de 1970 asistimos a una lenta pero progresiva expansión de la medicina familiar, campo de finido a partir del supuesto de la familia como contexto social primario en el cuidado de la salud.

El enfoque de riesgo a nivel psico-social no ha despertado hasta ahora el

mismo interés que el riesgo a nivel socio-económico o a nivel bio-médico, tal vez porque las variables que intervienen en estos niveles se perciben como determinantes, o con un peso tal que oscurecen la percepción de otro tipo de factores, que son vistos más bien como consecuencias de los anteriores. Sin embargo, las variables psico-sociales tienen un peso propio, y su no consideración puede hacer que un programa de salud no alcance los resultados esperados. En efecto, lo psico-social otorga un prisma particular a través del cual se percibe la realidad. Si este prisma particular no es detectado y usado para introducir los cambios que se deseen en la población respecto a diversos parámetros del área de salud, es probable que los objetos de todo un plan, por más progresista que éste sea, no se alcancen con la rapidez prevista. En una sociedad caracterizada por la existencia de grupos de inmigración (interna y externa), portadores de culturas disímiles y con un mayor o menor grado de desadaptación al medio ambiente actual en que viven, se impone la consideración de estudios que permitan penetrar en concepciones del mundo teñidas de valores tradicionales idiosincráticos.

El enfoque de riesgo en investigación socio-médica, medido hasta ahora en términos de variables demográficas y socioeconómicas, no ha contemplado por ejemplo como definen el riesgo las poblaciones en estudio. La ideología de los diferentes grupos culturales que conforman una sociedad respecto a la salud y la enfermedad, de la que depende su concepción sobre el riesgo, puede no coincidir con la ideología médica y de los restantes profesionales del área de salud. Este desfase puede dar cuenta de ciertos entretardamientos y fracasos en los planes de salud que un gobierno emprenda.

A los efectos de abordar en algunos elementos que hacen al riesgo psico-social llevamos a cabo un trabajo de investigación con familias de niños internados en salas de pediatría de dos hospitales del Gran Buenos Aires y uno de la Provincia de Neuquén (localidad de San Marín de los Andes). Nuestro propósito al tomar una muestra partiendo de niños internados fue el de acceder a familias en las que se hubieran manifestado daños a la salud más o menos

serios, para investigar en ellas lo que llamamos **vulnerabilidad familiar**, que caracterizamos como **factor de riesgo psico-social**.

Denominamos vulnerabilidad familiar al estado del grupo familiar en el que éste se encuentra inerte frente a las exigencias que demandan la crianza de los niños y su adecuado cuidado. En estas condiciones la familia no puede cumplir con sus funciones en relación con la atención de la salud y la prevención de las enfermedades.

El grado de vulnerabilidad familiar estará en relación con el "apilamiento" de las **variables de riesgo**: a mayor incidencia de éstas, mayor vulnerabilidad familiar.

Tomamos en cuenta las siguientes variables de riesgo psico-social:

1. GRADO DE ALARMA DEL GRUPO FAMILIAR.

Capacidad del grupo para percibir de un modo más o menos inmediato la emergencia de una situación no prevista, y para actuar en consecuencia.

El supuesto es que las familias en las que se detectan precozmente los signos de una dolencia (grado de alarma más alto), tienen mayor disponibilidad de atención en relación al cuidado de los niños, y en consecuencia pueden considerarse menos vulnerables que aquellas en las que se detecta un período proporcionalmente más largo a partir de la iniciación de síntomas y la toma de decisiones con respecto de acciones tendientes a suprimirlos (grado de alarma más bajo). El tiempo tomado en cuenta para calificar el grado de alarma se determina consensualmente, en función de la media de respuestas de la población estudiada. La posibilidad de emprender este tipo de acciones (primeras medidas ante síntomas) depende de la disponibilidad de recursos con que cuenta la familia (experiencia previa, grado de autonomía, otros con quien consultar, etc.). La carencia de recursos en este sentido tornará a las familias más vulnerables en relación a la emergencia de enfermedad en uno de sus miembros.

Indicadores.

1.1. Tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y el momento de la consulta, sea a un profesional (médico, farmacéutico) o a un practi-

cante de la medicina no oficial.

1.2. Acciones emprendidas a partir de la percepción de la situación.

2. GRADO DE CONTENCION DEL GRUPO SOCIAL PRIMARIO.

Posibilidad del grupo de tolerar y afrontar situaciones críticas.

Un grupo familiar en el que la persona que ejerce el rol de "cuidador de la salud", usualmente la madre, tiene la posibilidad de comentar con otro/s miembro/s del grupo sus percepciones con respecto a signos de enfermedad y/o de ser acompañado en las acciones que se decida a emprender a partir de la detección del síntoma, puede pensarse que tiene un mayor grado de continencia en relación con situaciones críticas como la enfermedad. En consecuencia, puede considerarse como menos vulnerable que otro en el que estas condiciones no se cumplan.

Indicadores.

2.1. Posibilidad de consulta de la persona que detecta el síntoma con otros significativos.

2.2. Posibilidad de acompañamiento en las acciones que se decide emprender a partir de la detección del síntoma.

3. TIPO DE ORGANIZACION FAMILIAR.

Características de la interacción familiar que pueden repercutir en el manejo de la situación crítica.

El supuesto a este respecto es que ciertas modalidades de la interacción familiar influyen específicamente en el mantenimiento de una dolencia, ya sea por que no se toman las decisiones necesarias para aliviarla o porque el grupo familiar no logra organizarse eficazmente con vistas a la atención del enfermo. Un grupo familiar en el que:

- a) el nivel tensional habitual en la interacción sea alto.
- b) no existan roles de complementariedad entre los adultos con respecto a la situación de alarma, o sea alguien que se alarme (rol "maximizador") y alguien que calme (rol "minimizador").
- c) no pueda organizarse a partir de la enfermedad, modificando roles habituales o que no cuente con otros que ofrezcan diferentes tipos de ayuda. Será considerado más vulnera-

ble que otro en el que estas condiciones se reviertan.

Indicadores.

3.1. Nivel tensional habitual en la interacción.

3.2. Grado de complementariedad con respecto a la alarma.

3.3. Grado de organización familiar a partir de la enfermedad.

4. SITUACIONES VIVIDAS COMO CRITICAS

Concomitantes al desencadenamiento de la enfermedad o acaecidas en su transcurso.

El hecho de que una familia deba afrontar simultáneamente a la enfermedad de uno de sus hijos otras situaciones críticas aumentará su vulnerabilidad, en la medida en que dichos otros factores contribuyan a desestabilizarla, restándole disponibilidad a sus miembros para atender adecuadamente al enfermo. Los posibles factores desestabilizantes que tomamos en consideración, siempre que hayan ocurrido en un plazo no mayor a los 6 meses anteriores a la eclosión de la enfermedad actual son:

- desempleo o subempleo
- migración
- separación conyugal
- nueva unión conyugal
- muerte o enfermedad de familiar cercano.
- embarazo o lactancia (de otro niño)
- catástrofes naturales
- otras circunstancias

Como es obvio, el hecho de que una familia se encuentre atravesando simultáneamente más de una de estas situaciones redundará en un incremento de su vulnerabilidad.

Indicadores.

Tipo y número de situaciones críticas concomitantes en los 6 meses anteriores a la enfermedad.

5. GRADO DE AISLAMIENTO DEL GRUPO FAMILIAR

Cantidad y calidad de los contactos del grupo con el afuera.

Esta es la variable que a nuestro juicio tiene mayor peso en relación con la vulnerabilidad familiar. Cuanto más carente de contactos viva un grupo familiar en cuanto a:

- familia extensa

- *vecinos
- amigos
- instituciones que impliquen participación.

mayor será su vulnerabilidad, dado que la posibilidad de continencia del exogrupo en una situación crítica como la enfermedad constituye un recurso inestimable que determinará la modalidad con que la familia la enfrente.

Indicadores.

Frecuencia de los contactos del grupo familiar con cada uno de los subsistemas del exogrupo.

6. ACCESIBILIDAD CULTURAL

Grado de cercanía entre la ideología de la familia acerca de la salud y de la enfermedad y la ideología médica oficial.

El momento en que se encuentre el grupo familiar en relación con la transición de las creencias populares a la asimilación de la ideología médica oficial es un factor que afecta la vulnerabilidad familiar. Una familia que permanezca ligada a sus creencias tradicionales en materia de salud-enfermedad, sin permitir la penetración de otros valores, será más vulnerable que otra en la que coexisten creencias tradicionales y nuevos parámetros. Del mismo modo, una familia que reniegue totalmente de sus creencias tradicionales para asimilar la ideología de la medicina científica, será más vulnerable que la anterior, si sus contactos con los efectores de salud no son lo suficientemente intensos como para cubrir las áreas a las que las creencias populares daban respuestas.

Por otra parte la capacidad para encontrar un sentido al hecho de enfermar, ya sea apelando a una concepción científica o mágico-religiosa, para concebir la enfermedad como variable relacionada con un contexto físico-social y psicológico, y la concepción fatalista o de asunción de responsabilidades en torno a la salud y la enfermedad, serán factores que afecten la vulnerabilidad de una familia.

Será más vulnerable el grupo que carezca de algún tipo de "explicación" para el hecho de enfermar, que perciba a la enfermedad como hecho desconectado de sus contextos y que asuma frente a e-

lla una concepción fatalista, en la que nada de lo que los humanos aprendan tenga relevancia con vistas a su proceso.

Indicadores.

6.1. Manejo de la alternativa medicina oficial - medicina no oficial.

6.2. Reconocimiento de los factores etiológicos cuando puedan ser discernibles.

6.3. Capacidad para relacionar la condición patológica con factores ecológicos, físicos y sociales.

6.4. Manejo de la alternativa fatalismo - asunción de responsabilidades.

El esquema de análisis del que partimos puede resumirse así:

VARIABLE DE RIESGO PSICO-SOCIAL	FACT. DE RIEG. PSICO-SOCIAL	DAÑOS A LA SALUD
Grado de alarma del Grupo Familiar	vulnerabilidad familiar	incidencia de enf. prevenibles
Grado de contención del Grupo Soc. Prim.		evolución tórpida
Tipo de Organización Familiar		
Situac. Críticas concomitantes		
Grado de Aisl. Fam.		
Grado Confianza en el Equipo médico		
Accesibilidad Cult.		

En este trabajo nos limitamos a describir a la población en estudio, comparando las tres muestras en términos de lo que denominamos vulnerabilidad familiar.

Un trabajo de más aliento implicaría la posibilidad de probar la hipótesis que en las familias más vulnerables se daría una mayor incidencia de enfermedad prevenibles que en el resto de la

población, y que el curso de la evolución de la enfermedad declarada será más tórpido que en las familias que no son caracterizadas como vulnerables. En tendemos por evolución tórpida el estancamiento o peoría del enfermo no esperables y las complicaciones no esperables o recidivas, siempre que estas condiciones puedan adjudicarse por lo menos en alguna medida a cuidados inadecuados.

Un estudio de este tipo requeriría una investigación a largo plazo, con posibilidades de realizar seguimientos controlados de las familias de la muestra que no hemos encarado hasta el momento.

Otro camino de investigación sería correlacionar el grado de riesgo médico, de riesgo socio-económico y de riesgo psico-social, con miras a intervenciones preventivas pertinentes, que deberían focalizarse de modo especial en cada caso.

El análisis de la vulnerabilidad familiar que realizamos en este trabajo se limita a las muestras estudiadas, pudiendo a lo sumo extrapolarse sus conclusiones a las familias de cada una de las localidades estudiadas pasibles de internar a uno de sus hijos en los hospitales tomados en el estudio. No tenemos datos sobre las familias que no concurren a los servicios hospitalarios tomados, ni sobre las que concurren a consultorios externos o centros de salud.

RESULTADOS COMPARATIVOS EN CUANTO A LAS VARIABLES DE RIESGO PSICO-SOCIAL

1. Grado de alarma del grupo familiar.

1.1. Tiempo transcurrido entre la iniciación de los síntomas y el momento de la consulta.

	N %	SI %	SM %
Menos de 24 Hs.	67,6	52	58,9
De 1 a 3 días	18,6	86,2	86
De 3 a 7 días	6,9	8	29,5
Más de 7 días	6,9	6	5,8

El grado de alarma del grupo familiar ante la emergencia de una enfermedad, medido especialmente por el tiempo transcurrido entre la aparición de los

síntomas y la consulta a un "experto" (médico, farmacéutico, curandero, etc), dependerá, como es obvio, del tipo de dolencia. A este respecto, la distribución de los casos por tipo de enfermedad en las tres muestras tomadas fué la siguiente:

	N %	SI %	SM %
Accidentes	20,8	12,2	4
Enfermedades Vías Respiratorias	22,8	39,3	32,6
Desnutric., Diarr. Deshidratación	29,5	24,3	30,7
Enf. Infecc. (otras)	8,3	9,1	10,3
Afecc. Quirúrgic.	8,3	3	10,3
Enf. Congénitas	3	3	4
Diagnóst. Inespec.	8,3	9,1	8,1

NOTA: N=Neuquén
SI=San Isidro
SM=San Martín

El porcentaje significativamente más alto de las internaciones por accidentes de la muestra de Neuquén puede ser una variable interviniente en la mayor proporción de respuestas en ella de consultas de menos de 24 hs., a pesar de las distancias que deben recorrer los pacientes para llegar al hospital, dado su extendido radio de influencia.

Tomando en cuenta el porcentaje de respuestas de las dos primeras categorías, entre el 86,2 y el 88,4% de la población de las tres muestras consulta antes de los tres días a partir de la iniciación de los síntomas, lo cual habla de un grado de alarma alto con referencia a las enfermedades infantiles, que desciende significativamente, de acuerdo con otros estudios (Graham, H., 1984; McKinley, J., 1973) cuando se trata de la población adulta.

En las tres muestras de nuestro estudio el porcentaje de madres que ejercen exclusivamente su rol de amas de casa varía entre el 68,5% (San Isidro) y el 71,3% (San Martín de los Andes), lo cual hablaría de una virtual disponibilidad de estas madres para detectar precozmente signos de enfermedad en sus hijos, y también de una virtual disponibilidad para ocuparse del mismo modo de su propia salud, teniendo en

cuenta que en muchos casos las tareas que competen a la reproducción doméstica y al cuidado de los niños están bajo su exclusiva responsabilidad.

Por otra parte, la decisión de buscar ayuda profesional raramente depende de una sola persona. En general implica a otras, que constituyen lo que se ha denominado "red referencial lega" (Freidson, 1961), compuesta primariamente por el otro miembro de la pareja y por miembros de la familia extensa, particularmente las mujeres (Abrams, 1977). Los vecinos y amigos cumplen más específicamente la función de aconsejar en cuanto a quien y donde concurrir (Calnan, 1983).

Teniendo en cuenta estos datos, un tiempo de espera para la consulta mayor de tres días, en síntomas que la avalarían según el consenso de la población (ver causas más comunes por las que se consulta), puede ser considerado un exponente de un grado de alarma bajo de un grupo familiar, y en consecuencia indicador de vulnerabilidad familiar.

MOTIVOS DE CONSULTA MAS COMUNES

	N%	SI%	SM%
Fiebre	27	27	23,2
Diarrea	11,5	10,2	20
Dific. Resp.	9,2	23	21,5
Decaimiento	24,3	16,7	15,4
Vómitos	7,7	6,4	6,1
Accidentes	7,7	9	-
Tos	3,8	-	-
Dolor	3,8	1,3	9,2
Convulsiones	2,5	-	-
Otros	2,5	6,4	4,6

Fiebre, decaimiento, dificultades para respirar y diarrea son los signos que más alarman a los cuidadores de la salud en las tres muestras.

1.2. Acciones emprendidas a partir de la percepción de la sintomatología

HACEN ALGO AL DETECTAR LOS PRIMEROS SINTOMAS:

Neuquén : 55,8%
San Isidro : 56 %
San Martín : 68 %

La posibilidad de que el primer nivel de atención primaria sea asumido por la comunidad (Mendéz, 1983), si bien conlleva el riesgo de iatrogenias de diferente índole, habla también de un nivel de información de la población relativo al auto cuidado. El llevar a cabo la rutina de atención en el inicio de afecciones banales implica un aprendizaje exitoso de situaciones previas y la habilidad para enfrentar situaciones con autonomía y responsabilidad, lo cual depende a su vez de contextos materiales adecuados, que excedan los niveles de precariedad e incertidumbre en los que viven los estratos más bajos de nuestra sociedad. Tal vez por eso el porcentaje de respuestas positivas frente a esta pregunta es mayor en las familias de San Martín, que en conjunto pueden caracterizarse como de mejor nivel socio-económico que las otras dos muestras (tomando como indicadores el tipo de ocupación del jefe de familia, nivel de empleo -ocupación plena o subempleo-, estabilidad en la ocupación y tipo de vivienda o de barrio).

1.3. Tipo de acciones emprendidas al detectar los primeros síntomas.

QUE HICIERON LOS QUE HICIERON ALGO:

	N%	SI%	SM%
Administrar Remedios Farmacológ.	33	68	50
Administrar Otros recursos (vapor de agua, dieta liq. etc.)	58,5	27,5	38,5

La población de Neuquén informa en una mayor proporción que administra recursos no farmacológicos, que pueden considerarse menos potencialmente iatrogénicos, lo cual se vincula probablemente

te con la intensa tarea de educación para la salud llevada a cabo desde el hospital zonal. Tomando en cuenta este punto de vista, la población de San Isidro, que recurre en mayor proporción a remedios farmacológicos (aspirinas, gotas óticas, anti-eméticos, etc.), correría mayores riesgos de incurrir en administraciones iatrogénicas, si bien tal como surge del estudio de L. Boltanski (1977) realizado en Francia, "lejos de practicar una medicina paralela, las madres administran a sus hijos remedios que el médico ha prescrito anteriormente para curar enfermedades similares" (2). Esta apropiación del saber científico por el saber popular se ha producido con tal rapidez que no ha permitido aceptar la automedicación, que se da en ritmo creciente en todas las clases sociales, como fenómeno a analizar, y no como manifestación objeto de anatemas culpógenos por parte del saber oficial.

A nuestro criterio, en este aspecto la mayor vulnerabilidad familiar está dada por la incapacidad del grupo para reaccionar frente a la desestabilización que implica por lo general la emergencia de enfermedad en uno de sus miembros. Así, serían más vulnerables las familias que se inmovilizan ante el impacto que las que ponen en funcionamiento recursos propios o apelan a la ayuda exterior.

2. Grado de contención del grupo social primario.

2.1. Consulta con otros significativos a partir de la detección del síntoma.

CONSULTAN:

Neuquén : 65,5%
 San Isidro : 76 %
 San Martín : 86,3%

A QUIENES SE CONSULTA:

	N%	SI%	SM%
Pareja	37,6	54,6	56,9
Otro miembro de la familia nuclear	5,8	1,8	1,9
Un miembro de la familia extensa	22,2	36,4	27,5
Un vecino o amigo	2,8	7,2	3,9

otro (ver texto) 31,6 - 9,8

En las familias de Neuquén, a juzgar por la respuesta a la pregunta acerca de si la persona que detecta el síntoma (en un 90% de los casos la madre), lo comenta con otras, ésta está considerablemente menos contenida que en las familias de San Isidro, y en estas menos que en las de San Martín.

En cuanto a quienes cumplen el rol de contener frente a la situación de enfermedad, recibiendo la consulta, es interesante señalar que en Neuquén el grado de participación de la comunidad en este tipo de acontecimientos de la vida familiar es considerablemente más alto, citándose especialmente al maestro, al agente sanitario y a la curandera entre quienes cumplen más frecuentemente esta función.

El mayor porcentaje de respuestas de San Isidro y San Martín en cuanto a la pareja como rol de contención habla de una mayor penetración de los hombres en lo relativo a la salud de los hijos en la vida urbana.

La familia extensa es informada más frecuentemente en este rol por las familias de San Isidro, población en su mayor parte habitante de villas de emergencia, con reclutamiento de grandes grupos de parentesco que conviven en ellas en la misma vivienda o en viviendas cercanas.

2.2. Acompañamiento a las consultas.

SON ACOMPAÑADOS:

Neuquén : 57,1%
 San Isidro : 57,2%
 San Martín : 69,2%

QUIENES ACOMPAÑAN:

	N%	SI%	SM%
Pareja	21,4	67,8	50,1
Otro miembro familia nuclear	28,5	9,6	5,2
Un miembro familia extensa	17,8	16,2	34,2
Un vecino o amigo	7,1	6,4	-
Otro	25,2	-	10,5

El mayor porcentaje de acompañamiento

a las consultas en las familias de San Martín confirma la tendencia hallada en el ítem anterior en cuanto a una mayor contención frente a la enfermedad que se da en este grupo. Es interesante comprobar que la participación de la comunidad (consignada en la categoría otros) en Neuquén se extiende también al acompañamiento en una proporción significativa, y que en las familias de San Martín, en las que los hombres trabajan en mayor proporción en relación de dependencia, lo que posiblemente dificulta la visita hospitalaria, se recurre en una mayor proporción a un miembro de la familia extensa.

Los datos anteriores no confirman el supuesto que en las poblaciones marginadas de las grandes urbes, la comunidad se organiza en redes informales de ayuda mutua, compuestas fundamentalmente por vecinos. En las respuestas a estas preguntas y a otras que analizaremos más abajo, se evidencia que la composición fundamental de las redes informales, por lo menos con respecto a su convocatoria a raíz de situaciones de enfermedad, es la familia extensa. No así en una zona como la estudiada en Neuquén, en la que las acciones de extensión de las instituciones zonales, especialmente hospital y escuelas, hacen que la composición de las redes informales en estas situaciones incluya en una proporción significativa agentes de dichas instituciones.

Este tipo de apoyo institucional es doblemente valioso en una comunidad como la mencionada, en la que los datos de este estudio revela un relativo aislamiento de la persona que cumple el rol de "cuidador de la salud" con respecto a los niños.

La mayor vulnerabilidad de un grupo familiar en este sentido estará dada por el hecho del aislamiento del sujeto que cumple el rol de "cuidador de la salud", quien no cuenta en estos casos con otros significativos con quienes consultar ante la emergencia de la enfermedad ni que puedan acompañarlo en la situación, sin que por otra parte las instituciones comunitarias ofrezcan recursos alternativos para ayudar al grupo a enfrentar las situaciones críticas.

3. Tipo de organización familiar.

3.1. Nivel tensional habitual en la interacción.

	N%	SI%	SM%
Discuten muy frecuentemente (casi todos los días) o no se hablan por semanas después de discutir	12,5	23,2	6,6
Discuten frecuentemente (más o menos una vez por semana) o dejan de hablarse por una semana	42,5	17,9	4,5
Discuten a veces (ej. c/15 días) o no se hablan por 2 o 3 días	27,5	28,2	4,5
No discuten ni dejan de hablarse salvo raras excepciones	17,5	30,7	84,4

Las familias de San Isidro, que registran un mayor nivel de desestabilización socio-económica (mayor porcentaje de desempleo y de inestabilidad en la ocupación), así como un mayor porcentaje de alcoholismo confesado, asociado muchas veces como se sabe a episodios de violencia familiar, son las que denuncian en mayor proporción un nivel alto de tensión, expresado en discusiones frecuentes y en falta de diálogo.

Llama la atención la alta proporción de respuestas que aluden a la falta de discusiones en las familias de San Martín, lo que hablaría de una negación del problema frente a los encuestadores (personal médico de la sala) o de una negación de conflictos en el ámbito doméstico cotidiano.

Los estudios actuales sobre dinámica familiar (por ej. Minuchin, 1978) ponen de relieve el riesgo implícito en este tipo de configuraciones, en las

que se enfatiza la cohesividad, en aras de un ideal de no agresividad, que lleva a que los conflictos interaccionales se desplacen por ejemplo al área de lo corporal.

En este sentido, serán más vulnerables tanto las familias con un alto grado de tensión, expresado en una marcada hostilidad manifiesta, como aquéllas en las que la tensión se intenta tapar sin encontrar modos adecuados para la resolución de los conflictos que la provocan.

3.2. Grado de complementariedad con respecto a la situación de alarma.

EXISTENCIA DE COMPLEMENTARIEDAD (alguien que se asusta más y alguien que se asusta menos).

Neuquén : 69%
San Isidro : 70%
San Martín : 47%

QUIEN SE ASUSTA MAS:

	N%	SI%	SM%
Madre	53,3	58	42,8
Padre	6,6	38,7	40,9
Un miembro de la familia extensa	40,1	3,2	16,3

El bajo porcentaje de complementariedad que surge en las familias de San Martín confirma la hipótesis señalada en el punto anterior respecto a su posible mayor disfuncionalidad en relación con las de las otras dos muestras. Es llamativo el hecho de la baja mención del padre en los casos de Neuquén como quien se asusta más, lo que confirma otros datos en estas familias respecto a la poca ingerencia de los hombres en relación a la salud de los hijos, lo que parece estar más a cargo de las mujeres de la familia que en las otras dos muestras. Son las abuelas, en este caso, las que ejercen en una proporción considerable, el rol complementario.

En la muestra de San Martín los datos hablan de una participación mucho mayor de los padres en la salud de los hijos en relación con Neuquén y de una mayor participación de la familia ex-

tensa (por lo general abuelas), en relación con la muestra de San Isidro.

3.3. Grado de organización familiar apartir de la enfermedad.

3.3.1. Recursos humanos para atender la cotidianeidad de la casa mientras dura la enfermedad del niño.

EXISTEN:

Neuquén : 92,5%
San Isidro : 75,5%
San Martín : 81,6%

3.3.2. A quién se recurre en este aspecto.

	N%	SI%	SM%
Pareja	27,9	35,8	25,6
Otro miembro de la familia nucl.	34,8	5,2	18,6
Un miembro familia extensa	32,6	48,7	55,8
Un vecino o amigo	-	-	-
Otra persona	4,7	10,2	-

La mayor proporción de recursos humanos con que cuentan en este aspecto las familias de Neuquén tienen que ver especialmente con el mayor número de hijos con grandes variaciones de edad entre sí, que se registran en este grupo. El mayor porcentaje de sujetos de la muestra de San Isidro que cuentan con la pareja para este fin tiene que ver con la mayor proporción de subocupación y ocupación esporádica ("changas") de la población de este lugar. Esta puede ser la explicación acerca de por qué se recurre en mayor proporción a la familia extensa para cumplir este requerimiento en el grupo de San Martín, en el que los hombres, como dijimos, están proporcionalmente más ocupados a tiempo completo.

3.3.3. Otro tipo de recursos ofrecidos ante la situación crítica.

LES FUE OFRECIDO ALGUN TIPO DE AYUDA:

Neuquén : 69%
San Isidro : 71%
San Martín : 61%

3.3.4. Por otra parte de quien:

	N%	SI%	SM%
Familia extensa	40,4	63,8	64,8
Vecinos o amigos	8,5	25	29,7
Compañeros de trabajo	8,5	2,7	2,7
Otros	42,5	8,3	2,7

3.3.5. Que tipo de ayuda:

	N%	SI%	SM%
Cuidar a los otros niños	17,6	43,4	35,4
Atender la casa	30	13	43,7
Reemplazar en hospital	15	21,7	6,2
Dinero	11,6	15,2	14,5
Otro tipo	26,6	6,5	-

La muestra de San Martín aparece en conjunto con un porcentaje algo inferior en cuanto a recursos disponibles a partir de ofrecimientos de ayuda de otras personas ajenas a la familia nuclear. En este sentido, podría considerarse más vulnerable a esta población que a la de las otras dos zonas. En cuanto a quienes han efectivizado algún tipo de ofrecimiento de ayuda en la situación crítica de internación de un hijo que, por la modalidad de nuestros servicios de pediatría, conlleva la de la madre, la muestra de Neuquén revela una marcada diferencia con las dos del conurbano, lo que corrobora datos de preguntas anteriores, en cuanto al tipo de conexión con agentes comunitarios: el 42% de la ayuda recibida proviene de maestros, agentes sanitarios, personal hospitalario, curanderos, y en un caso del intendente. Las familias de las muestras del conurbano dependen en una mayor proporción de sus familias extensas para enfrentar la situación crítica y en menor proporción de vecinos y amigos. Con referencia al tipo de ayuda recibida, nuevamente la muestra de Neuquén se diferencia de las otras dos, dado que las necesidades despertadas ante

el hecho de la internación, que se agrupan en un 26,6% en la categoría "otro tipo", comprenden traslados desde el lugar de residencia (zonas rurales) al hospital, provisión de casa en el pueblo, de remedios y de comida. Solo en un caso en las tres muestras la respuesta aludió a necesidades de otro tipo: "ser calmada", que parecen no visualizarse cuando el contexto socioeconómico impone requerimientos en los que las ayudas recibidas de los otros tienen el sentido de paliar necesidades básicas.

4. Situaciones vividas como críticas.

TOTAL DE RESPUESTAS:

Neuquén : 80%
San Isidro : 54%
San Martín : 88%

TIPO DE SITUACIONES CRITICAS

	N%	SI%	SM%
Desempleo	35,3	25,9	24,4
Migración	23,5	25,9	22,3
Separación conyugal	-	14,9	11,1
Nueva unión conyugal	-	-	2,2
Muerte o enfermedad de famil. cercano	23,6	22,2	15,5
Embarazo, puerperio o lactancia de otro niño	14,7	7,4	2,2
Otra circunstancia	2,9	3,7	22,3

Los informantes de la muestra de San Isidro revelan un porcentaje significativamente menor de respuestas en cuanto a situaciones críticas señaladas a partir de preguntas cerradas o percibidas como tales (respuestas a preguntas abiertas). Vuelve a corroborarse en este punto la identificación de las familias de San Martín como las más vulnerables, seguidas por las de Neuquén, aunque por situaciones diferentes. El mayor porcentaje de desempleo señalado por los informantes de la muestra de Neuquén, que contrasta con la mayor

estabilidad ocupacional existente en la zona, se relaciona probablemente con la dificultad para encontrar trabajos esporádicos ("Changas"), ante la situación de desempleo, lo que no ocurre especialmente en la muestra de San Isidro, en la que casi el 50% de los hombres de las familias encuestadas se hayan en tal situación laboral. Las dos muestras del conurbano muestran un porcentaje de separación de uniones conyugales que no existe en la de Neuquén. El porcentaje más alto de embarazo, puerperio y lactancia de esta última muestra coincide con una mayor proporción de familias numerosas que encontramos en ella: el 81% de las familias con hijos de Neuquén, son familias con tres y más hijos, contra al rededor del 45% en las otras dos muestras.

El 22% de respuestas en la categoría "otra circunstancia" de la muestra de San Martín tiene su referente en la coincidencia del momento de la toma de la encuesta en dicha localidad con la gran inundación que soportaron la Capital y el Gran Buenos Aires en esos meses.

Como es obvio, las familias que revelan estar enfrentando simultáneamente al hecho de la internación otro tipo de situaciones críticas, ya sea que correspondan a momentos evolutivos esperables o a hechos catastróficos (accidentes, inundación, etc.), deben considerarse más vulnerables, aumentando dicha vulnerabilidad según el "apilamiento" de situaciones críticas que puedan coincidir en el momento de la enfermedad de uno de sus miembros.

5. Grado de aislamiento familiar.

Con respecto a esta variable, que a nuestro juicio es la de mayor peso con respecto al riesgo psico-social, las familias de la muestra de Neuquén resultan las menos vulnerables, dado su mayor contacto, especialmente con amigos y con instituciones, entre las que mencionan con mayor frecuencia al hospital (visitas de control, grupos de prevención) y a la escuela.

La muestra de San Isidro revela un mayor contacto con familiares, lo que confirma la cercanía con las familias

	N%	SI%	SM%
Se visitan con parientes 1 vez p/semana o más 1 vez por mes o más algunas veces p/año	76	74	76
	66,6	59,5	43,6
	15,4	27	25,6
	18	13,5	30,8
Se visitan con amigos 1 vez p/semana o más 1 vez p/mes o más algunas veces p/año	67,4	28	41
	62,1	50	19
	24,1	28,6	38,2
	13,8	21,4	42,8
Se visitan con vecinos 1 vez p/semana o más 1 vez p/mes o más algunas veces p/año	53	20	51
	47	80	46,1
	39,1	10	23,2
	13,8	10	30,7
Tienen contacto con instituc. 1 vez p/semana o más 1 vez p/mes o más algunas veces p/año	100	40	7,8
	8	35	100
	64	30	100
	28	35	-

extensas, ya mencionada en otras respuestas, junto con un mayor aislamiento en relación con vecinos, a pesar de que la mayoría vive en barrios de emergencia, supuestamente muy conectados entre sus habitantes, y un mayor contacto con instituciones (mencionan especialmente los centros de salud periféricos al hospital). Estarían así, más aislados que las de San Martín en cuanto a amigos y vecinos, y menos que estas últimas en cuanto a su relación con instituciones barriales.

El porcentaje de respuestas relativo a contacto con familiares una vez por semana de las muestras de Neuquén y de San Isidro, que ronda el 60%, coincide con los datos al respecto de estudios realizados en Inglaterra (Graham, 1984 y Graham y McKee, 1980).

6. Accesibilidad cultural.

6.1. Manejo de la alternativa medicina oficial - medicina no oficial.

NO CONSULTAN CURANDERO:	
Neuquén	: 23%
San Isidro	: 12%
San Martín	: 58,8%

PARA QUE CONSULTAN AL CURANDERO,
LOS QUE CONSULTAN:

	N%	SI%	SM%
Empacho	50	52,8	46,6
Ojeo	31,8	29,8	39,2
Pata de cabra	-	15,7	7,1
Otras	18,2	1,7	7,1

ENFERMEDADES O SINTOMAS POR LOS QUE
CONSULTAN PRIMERO AL MEDICO:

	N%	SI%	SM%
Todas	48,8	46,5	67,4
Fiebre	12,8	21,4	9,3
Enfermed. Respir.	10,3	21,4	7
Enfermed. Digestiv.	15,3	-	9,3
Otras	12,8	10,7	7

Si bien la medicina tradicional es considerada en general por los médicos como ineficaz, cuando no dilatoria o iatrogénica, desde el punto de vista psico-social, una comunidad que pueda manejar las alternativas de la medicina tradicional y de la medicina científica, está a mayor resguardo, en cuanto a que cuenta con más de un recurso frente a situaciones críticas, lo cual puede hacerla percibirse a sí misma como más contenida.

En este sentido, las familias de la muestra de San Martín serían las más vulnerables, dado que no consultan curandero, de acuerdo con las respuestas obtenidas, en un porcentaje significativamente más alto que las otras dos, y al mismo tiempo, como vimos en el punto anterior, carecen de una relación fluida con los servicios médicos de la zona.

Los estudios provenientes de la antropología médica (Redfield, 1941; Menéndez, 1979; Velimirovic, 1978), evidencian la existencia, en las comunidades analizadas (grupos etnográficos en contacto con la medicina científica), de una "carrera del enfermo", que supone varios tratamientos sucesivos, que pueden comenzar indiferenciadamente por el médico o el curandero. Nuestros da-

tos corroboran la vigencia de ambas medicinas para un porcentaje alto de las familias de Neuquén y de San Isidro, habiéndose producido probablemente en ellas la aceptación de la medicina científica a partir de su eficacia comparativa. La separación entre enfermedades a ser tratadas por curanderos y enfermedades a ser tratadas por médicos muestra una disociación entre ciertos padecimientos que requieren que el paciente sea tomado más globalmente, pasibles de ser curadas por practicantes de la medicina tradicional, y otras en las que el paciente puede ser tomado solo como portador de una enfermedad, pasibles de ser curadas por practicantes de la medicina científica.

La consulta al curandero implica por lo general la búsqueda de consejos, la necesidad de comprensión, por parte de alguien que, proveniente de la misma comunidad de origen, está en condiciones de hacerlo. Esto no contradice la comprobación acerca de que, según Simoni y Ball, "la investigación más reciente indica que los pobres de la América Latina atraviesan por una etapa de cambio gradual de preferencia hacia la medicina científica, apartándose de aquella de carácter popular." (3). La fusión entre alternativas tradicionales y científicas, y no la sustitución parece ser el proceso de cambio en el área de las creencias relativas a la salud y a la enfermedad.

6.2.Reconocimiento de los factores
etiológicos.

	N%	SI%	SM%
Bacteria, virus u otro agente	23,3	40,7	20
Algo que comió	30	9,3	18
Lo ojearon	10	9,3	4
Accidente	23,3	12,5	12
Clima	6,7	15,6	4
Otras causas	10	-	12
No sabe	16,6	12,6	30

Las familias de la muestra de San Martín serían en este aspecto más vulnerables, en la medida en que evidencian

en conjunto una menor posibilidad de explicarse los procesos de la enfermedad, ya sea a través de la asimilación de la ideología médica científica o a través de razones derivadas de concepciones tradicionales sobre el enfermar. L. Boltanski (1977), señala en su trabajo sobre la incorporación de patrones de la medicina científica en Francia, que los sectores populares tienden a aceptar las indicaciones médicas, ignorando los procesos por los cuales dichos procedimientos curan.

En nuestras tres muestras, las familias de San Isidro demuestran haber incorporado en mayor proporción las explicaciones científicas acerca de las causas del enfermar, aunque un 15,6% mantiene la idea acerca de que el clima es un factor determinante en este proceso. El 30% de las familias de la muestra de Neuquén, en cambio, rescatan el factor de la ingesta como determinante. Ambos tipos de factores: clima e ingesta, pertenecen al acervo de creencias populares acerca de lo dañino, que pueden considerarse en un nivel menos mágico que las causas aducidas a la hechicería: ojeo, daño, etc., que en las tres muestras en menos del 10%.

Tal como señala E. Menéndez (1979), parecería que se ha producido un proceso de "naturalización" de la enfermedad, en el que la carga de lo sobrenatural ha disminuido, en favor de un cierto principio de realidad, por el que la comunidad reconoce el efecto etiológico de ciertos factores, que van desde los más estrechamente vinculados a la concepción médica, a otros que surgen de la consideración de la incidencia de "factores externos": accidentes, clima, alimentos ingeridos. Sin embargo, la indagación acerca de la influencia de ciertos factores en el proceso de enfermar no revela un reconocimiento de la capacidad etiológica de ciertas variables contextuales, tal como se ve en el punto siguiente.

6.3. Capacidad para relacionar la condición patológica con factores físicos y sociales.

LA GENTE SE ENFERMA EN GENERAL POR:

	N%	SI%	SM%
Malas condiciones de vida	10,3	14,3	5,7
Factores climáticos	43,6	42,8	38,8
Fact. Personales (nervios, etc.)	12,8	2,3	5,6
Factores accident.	7,7	4,8	9,2
Otros	12,8	14,3	9,2
No sabe	12,8	21,5	31,5

La posibilidad de relacionar la condición patológica con factores que pueden contribuir a su eclosión, incluyen los ambientales (físicos y sociales) y los personales (tensión, depresión, etc.), implica concebir a la enfermedad en su carácter de variable interconectada con otros aspectos de la vida cotidiana, y no como hecho aislado.

El alto porcentaje de respuestas "no sabe" de la muestra de San Martín, en concordancia con un porcentaje semejante en los puntos 6.1. y 6.4., señala nuevamente a estas familias como más vulnerables, en la medida en que no pueden comprender de un modo más amplio el proceso de enfermar.

Las familias de la muestra de San Isidro reconocen en un porcentaje algo mayor las malas condiciones de vida como influyentes en el proceso de enfermar. No obstante, si tenemos en cuenta la situación de pobreza crítica en que se desarrolla especialmente la vida de la mayoría de las familias de las muestras de Neuquén y de San Isidro, el porcentaje de respuestas positivas a la primera categoría indica una aceptación pasiva del enfermar como hecho "natural", sin que exista un cuestionamiento de las condiciones socio-económicas ligadas a la emergencia de enfermedad. Puede pensarse que el mayor porcentaje de respuestas en la categoría "factores personales" de la muestra de Neuquén se relaciona con la intensa labor desarrollada por el personal del hospital zonal en el área de prevención de las enfermedades y promoción de la salud.

6.4. Manejo de la alternativa fatalismo-asunción de responsabilidades.

LA GENTE SE ENFERMA EN GENERAL PORQUE:

	N%	SI%	SM%
No se cuida bien	31,2	34,1	26,9
Por la fatalidad, el destino o por que Dios lo quiere así	48,8	31,8	21,1
Por el azar	8,8	15,9	17,3
No sabe	4,5	18,2	34,6
Otra posibilidad	6,7	-	-

En las tres muestras existe un porcentaje significativo de respuestas que asignan la responsabilidad de la enfermedad a factores que están más allá de la posibilidad de ser controlados por las acciones de los hombres: si juntamos las categorías 2 y 3, 57,6% en Neuquén, 47,7% en San Isidro y 38,4% en San Martín.

El Modelo de Creencias Acerca de la Salud, construido por Becker, Drachman y Krischt (1974) sostiene que cuando los sujetos creen que pueden alcanzar lo que quieren (locus de control de la salud interno), el pronóstico en cuanto

al logro de cambios de actitudes y de conductas en términos de educación para la salud es promisorio. Por el contrario, cuando los individuos piensan que sus vidas dependen de fuerzas que están más allá de su control (locus del control de la salud externo), el incentivo para buscar información y producir cambios es limitado. Entre nosotros, A. Crito (1970), trabajando con una muestra de madres del interior y otra de capital, ha encontrado resultados semejantes a los de este estudio.

Sin embargo, tal como lo señala H. Graham (1984), no hay que olvidar que las elecciones relacionadas con la salud dependen de estructuras materiales tanto como mentales. Las barreras para cuidar a los niños, por ejemplo, están representadas por los límites de tiempo, energía e ingreso de que disponen los padres. Cuando tales recursos son escasos, como en las muestras de población que analizamos, las elecciones relacionadas con la salud son por lo general soluciones de compromiso, expresadas en rutinas. La evidencia que surge de esta investigación y de otras es que existe muy poca flexibilidad en las rutinas de muchas familias.

El porcentaje más alto de respuestas en la categoría "azar" de las muestras del conurbano, si bien no induce a una



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

SU NECESIDAD BIOMEDICA ENCONTRARA LA RESPUESTA ADECUADA.

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

- **RECETAS ESPECIALIZADAS**
 - Prótesis cardíacas y Traumatológicas.
 - Cateteres Cardíacos. Cook
 - Tubos endotraqueales portex.
 - Ortopedia
 - Suturas atraumáticas Ethicon

- **Equipamiento hospitalario**
- **Consumo médico**
- **Consumo de laboratorio**
- **Consumo de enfermería**

MTRO. GONZALEZ 221 - T.E. 25992-24103
8300 NEUQUEN

participación más activa en el cuidado de la salud, habla de una mayor "racionalidad" en la concepción del proceso salud-enfermedad, que dependería menos en estos casos de un componente mágico-religioso.

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta las variables de riesgo psico-social que hemos analizado, la muestra de familias de San Martín demuestra proporcionalmente estar en mayor riesgo a este nivel, aún cuando tomamos variables de tipo socio-económico (ingresos, tipo de ocupación, tipo de vivienda y de barrio), se evaluarían como de mayor riesgo las familias de Neuquén y de San Isidro.

Si bien es cierto que la tasa de natalidad más alta de Neuquén relativiza los siguientes datos, se puede considerar a las familias de dicha localidad con un mayor riesgo a nivel médico, tomando en cuenta el número total de menores muertos en las familias encuestadas: 25, contra 6 en San Isidro y 7 en San Martín y el porcentaje de familias que han tenido otros hijos internados: 65,1% en Neuquén, contra 46% en San Isidro y 19,6% en San Martín, pudiendo considerarse el 78,5%, el 82,6% y el

11,8% respectivamente, de dichas interacciones, como motivadas por enfermedades prevenibles (deshidratación, diarrea, complicaciones por enfermedades respiratorias, etc.)

Pensamos que los datos anteriores avallan la necesidad de diferenciar entre los mencionados niveles de riesgo (bio-médico, socio-económico y psico-social), con vistas a intervenciones preventivas y de promoción de la salud más eficaces. Creemos haber desarrollado un instrumento útil para la evaluación del riesgo a nivel psico-social, que hemos tratado de caracterizar y describir en las tres muestra de población analizadas.

NOTAS:

- (1) Secretaría de Salud de Buenos Aires, op. cit., pág. 3.
- (2) L. Boltanski; op. cit., pág. 27.
- (3) J. Simoni y R. Ball: op. cit., pág. 7.

(A) CONICET

(B) Hospital Zonal de San Martín de los Andes, Neuquén.

(C) Hospital de Pediatría de San Isidro.

(D) Hospital Municipal Diego Thompson, San Martín, B Aires, Servicio de Pediatría.

(E) Ider.

(F) Hospital Diego Paracissien, La Matanza, Pcia. de B Aires, Servicio de Psicopatología.

TALON DE SUSCRIPCION

Nombre y Apellido

Domicilio

Profesión y Cargo

Acompaño cheque/giro N° por

★ en concepto de suscripción voluntaria por cuatro (4) números de MR (Medicina Rural)

SOBRE "GERONIMA" Y GERONIMAS

"-Gerónima: Usted quería preguntarme algo...

-Quería preguntar a ver cuando me van a hacer ir; y a ver si me llevan para El Cuy. Cómo los saco a los chicos de acá."

Cuando mi amigo Wille Arrúe me dijo que escribiera un artículo sobre "Gerónima" para MR -me lo dijo así, sin más trámite- enseguida empezaron a resonar en mí estas palabras del libro. ¿Cuándo íbamos a hacer ir a alguien a quien habíamos hecho venir? Nosotros sacábamos y podíamos retornar a un semejante a su sitio. En ese interrogante de Gerónima Sande está puesto el reconocimiento a un poder. ¿Seremos nosotros quiénes lo ejercemos? Hoy se oye hablar mucho del modelo médico hegemónico, y los galenos aparecemos un poco como el negrito del parque de diversiones con el que, a pelotazos, otros se sacan las broncas.

Desde distintas especialidades y tareas en salud se dispara sobre el pianista. Sobre el médico y su modelo hegemónico. Nocreo personalmente en la productividad de esa crítica que busca hacer responsable a quien en esencia no lo es, y termina ocultando al verdadero responsable. Tengo la sensación de estar al borde de la herejía, y de estarme quedando sin lectores apenas comenzado el artículo. Pero eso creo. Además, este tipo de crítica tan profunda, no es nueva: la escuchamos por los años setenta. Y así nos fué.

Creo que ese poder del que da cuenta la pregunta de Gerónima está fuera de los hospitales y de los médicos, si bien hay médicos que gustosos se articulan con dicho poder. Hay un sector social en nuestro país que ha construido un determinado modelo de sociedad, atado a ligazones externas, y que ha pensado y ejecutado instituciones con objetivos bien claros, aunque a veces nos parezcan bien turbios. El hospital y nuestro rol profesional no son ajenos a los intereses que desde el Estado defienden los terratenientes y sus socios de aquí y de allá. Son los que escribieron la historia y los que fundaron los hospitales y manicomios. Los Ramos Mejía y los Menéndez, para quienes los inmigrantes eran palurdos sub-humanos.

Ni que hablar de los criollos, negros e indígenas. Al configurar el Estado moderno a fin del siglo pasado, los maestros aparecieron como los dueños de la institución escolar y los médicos de la institución hospitalaria. Las apariencias engañan: todos sabemos que estamos en instituciones cuyos objetivos sociales no los fijamos nosotros, sino las políticas oficiales. Vendríamos a ser algo así como depositarios de un poder que nos ilusionan poseemos.

Claro: Gerónima no podía hacerle esta pregunta a quienes realmente ejercen el poder. Pero, si para nosotros suelen aparecer anónimos, que será par nuestros pacientes! Ponemos la cara, hacemos de fusible, entramos en contradicción, queremos irnos, queremos quedarnos. Todo eso nos pasa. Y a fin de mes cobramos el sueldo. El nuestro es un poder ilusorio: quizás ejercible contra algunos pacientes (los que callan y no tienen palenque), pero impotente con la institución. Y cuando ejercemos nuestro derecho a modificar de la institución todo aquello que la hace enajenante, tarde o temprano chocamos con los límites que nos ponen quienes sí manejan las palancas.

Por lo tanto, si se va a seguir hablando de modelo médico hegemónico, es preciso e ineludible decir quienes y como han gestado ese modelo, y al servicio de que intereses el mismo está puesto. Pero también en la Argentina existen experiencias que muestran a las claras que se puede hablar de otro modelo médico: aquel que se propone servir al pueblo. O acaso la tarea de Anibal Ponce, Pichon Riviere, Ramón Carrillo, Caminos, no existen? Podrá decirse que fueron antagónicas con el modelo oficial. Sin duda. Pero son nuestras, y forman parte de la misma realidad nacional. Esta no puede analizarse unilateralmente.

A la vez, creo que en salud, así como existe un modelo médico, existe un modelo psicológico, un modelo de trabajador social, etc. Y es preciso que todos revisemos a fondo cuales son los orígenes y procesos sociales vinculados a dichos modelos. No vaya a ser cuestión que para defendernos empezemos a criticar a otros modelos profesionales, y los verdaderos responsables se divierten mirando como nos peleamos entre nosotros.

- ¿Y Gerónima, Dr. Pellegrini? ¿Cuándo va a escribir sobre ella?
¡Ojo que Arrúe -mezcla de correntino y vasco (lo peor, créame)- le pidió un artículo sobre ella!

- ¿Gerónima? Le digo: fué sacada de su pago por un inspector de tierras; trasladada por una patrulla policial; rechazada por una institución de menores; aceptada por el hospital; rotulada medicamente por asistentes sociales; rechazada por médicos; aceptada por médicos; incomprendida por agentes sanitarios; comprendida por enfermeros; repudiada por enfermeros. Podría Seguir. Pero con eso alcanza. ¿Qué le parece si hablamos de los modelos "hegemónicos" de cada uno de esos roles profesionales? Porque fue un rosario de actos, el que en un trágico pasamos terminó con la muerte de tres seres humanos. Y es el ser portadores de cada una de las cuentas de ese rosario de una concepción común lo que explica la historia. Desde la cultura dominante, la de los sabios, los preparados, los que eligen por el otro, los que tienen voz para ponerle a ideas ajenas, se decide sobre la vida y la muerte de los pacientes. Paciencia, pacientes, hay que pacer como los rebaños. Ojalá la vaca nunca se nos haga toro, ¿no?

Y esa cultura dominante, prepotente, genocida, tiene cultos generadores que nos silban la canción. Podemos hacerle coro. O cantar con otros ritmos más plebeyos y ponernos a bailar juntos. En estos pagos serían loncomeos, cuecas, tarantelas, jotas. Hay para elegir.

Ya sé que los médicos no bailamos. Pero, ¿que falta nos está haciendo! Recuerdo que un día le dije a Gerónima, le pidiera ella a sus chicos que cantaran.

"-¿Pero qué van a cantar acá! ¡Acá no cantan!"

Claro, en el hospital ¿quién va a cantar? Hasta el cuadrito de la enfermera paqueta con el índice en los labios y la sonrisa estilo Gioconda nos recuerda el silencio necesario. O sea, el silencio de los pacientes. Nosotros, a Dios gracias, podemos gritar de punta a punta de la sala. A nosotros nos dejan.

Si no cantamos, si no bailamos, algo podremos hacer. Más bien, algo tenemos que hacer, porque para eso estudiamos.

"No quiero que me den una mano; quiero que me saquen las manos de encima". Pero Pellegrini, con eso nos paralizamos.

Creo que no. Con eso podemos parar, y darnos cuenta que si sacamos las manos de encima, las nuestras van a quedar libres para poder estrechar las de nuestra gente, y así poder marchar juntos, aprendiendo los unos de los otros.

- ¿Nosotros aprender? ¿Y que cosa podemos aprender que no sepamos?

"-Gerónima: ¿comen todos los días?

-Un día comemos, otro día no comemos".

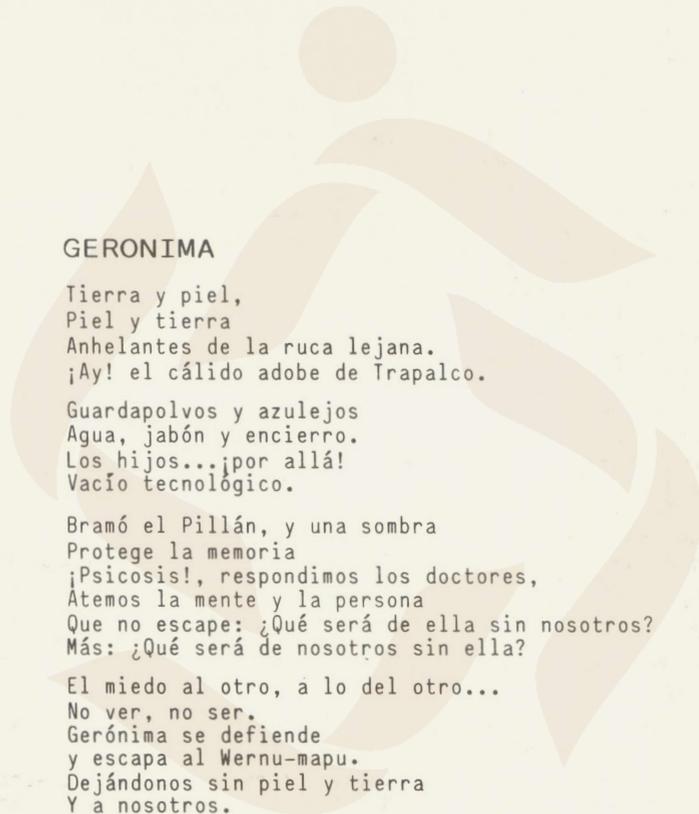
-Pero eso ¿Para qué nos sirve a nosotros?

-Para saber que allí vivía y crecieron sus hijos. En nuestro hospital con cuatro comidas diarias, murieron.

-La libertad y las raíces en su tierra fueron la vida. ¿Eso?

-De eso se trata.

DR. JORGE PELLEGRINI
Médico Psiquiatra
GRAL. ROCA - RIO NEGRO

A large, light-colored watermark of a stylized human figure is centered on the page. The figure is composed of simple, rounded shapes: a circle for the head, a curved line for the torso, and two curved lines for the arms and legs. The figure is positioned behind the text.

GERONIMA

Tierra y piel,
Piel y tierra
Anhelantes de la ruca lejana.
¡Ay! el cálido adobe de Trapalco.

Guardapolvos y azulejos
Agua, jabón y encierro.
Los hijos... ¡por allá!
Vacío tecnológico.

Bramó el Pillán, y una sombra
Protege la memoria
¡Psicosis!, respondimos los doctores,
Atemos la mente y la persona
Que no escape: ¿Qué será de ella sin nosotros?
Más: ¿Qué será de nosotros sin ella?

El miedo al otro, a lo del otro...
No ver, no ser.
Gerónima se defiende
y escapa al Wernu-mapu.
Dejándonos sin piel y tierra
Y a nosotros.

WILLE

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

TAN



TRANSPORTES AEREOS NEUQUEN

OFICINAS CENTRALES:

Av. Argentina 383

Tel. 24834 - 23076

CASA DEL NEUQUEN EN BS. AS.

Cangallo 685 - T.E. 450-233/ 469-265

BARILOCHE: Agencia LADE:

Mitre y Villegas T.E. 22355

OFICINA AEROPUERTO NEUQUEN: TEL. 30096

OFICINA CARGAS: Libertad 55 - Tel. 31401/11/21

Interno 5182

Y SUCURSALES DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA

ESQUEL: Agencia LADE

25 de Mayo 777 T.E. 2227

**VUELOS A: CHOS MALAL - CAVIAHUE - RINCON DE LOS SAUCES
SAN RAFAEL (Mendoza) - MENDOZA - CHAPELCO - BARILOCHE
(Río Negro) - ESQUEL (Chubut) - VIEDMA (Río Negro)**

T.A.N. Transportes Aéreos Neuquén

Ofrece sus servicios no regulares de pasajeros y/o cargas a cualquier lugar del país o países limítrofes, con sus modernos aviones biturbohélice, cabinas presurizadas de 8 y 20 plazas. Tripulaciones experimentadas para vuelo *en cualquier condición de tiempo, de día o de noche.*

Consultas: Av. Argentina 383 Tel. 24834 - 23076

Aeropuerto Neuquén - Tel. 30096

Servicio Autorizado por Disposición N° 14/83 de la D.N.T.A.C.