

No. 18
Año 1989
Mes Mayo



Organo de la Sociedad de Medicina Rural
de la Provincia del Neuquén
Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



**SOCIEDAD
DE
MEDICINA
RURAL
DE LA
PROVINCIA
DEL
NEUQUÉN**

**COMISION
DIRECTIVA**

PRESIDENTE
Maximo Boero

SECRETARIO
Jorge Mamy

TESORERO
Esteban Centanaro

**DIRECTOR DE
PUBLICACIONES**
Héctor Rodríguez Bay

VOCALES
A designar

DIRECCION
Adriana Marcus

**CONSEJO DE
REDACCION**
Miguel Irigoyen -
Malcolm Elder -
Armando Calá Lesina -
Walter González - Carlos
Garay

**ASESORES
CIENTIFICOS**
Dr. Mario Borini - Dr.
Aldo Iriarte - Lic. Mónica
Opezzi - Dra. Nanci Diby

Reg. Prop. Intelectual Nº 191116
Dirección Postal-C.C. 705
(8300) NEUQUÉN

DISTRIBUCION GRATUITA

Impreso en:
IMPRESORA FLAMINI Y FUNES
Rivadavia 569-Tel.31229-NEUQUÉN

MIR

INDICE

Editorial.....	1
El Modelo Médico Hegemónico.....	2
Control de salud personalizado de escolares del primer ciclo.....	5
Primer curso anual de administración de servicios de salud.....	8
Diagnóstico de la situación de los médicos generales.....	9
Síntesis de las conclusiones del último encuentro de agentes sanitarios.....	10
Aprendiendo a promover la salud.....	12
Declaración de los derechos del niño.....	
Desnutrición infantil en la Argentina.....	14
Ley Nº 1.679.....	16
Modelo de Hospital General de Mediana Complejidad.....	19
Recomendaciones para el uso de medicamentos.....	21
Seguro Provincial de Salud.....	32
Reseña bibliográfica.....	40

EDITORIAL

La salud es un bien social condicionado por los acontecimientos históricos, sociales, políticos y económicos que vive cada pueblo. Por eso el abordaje de la salud resulta incompleto desde el modelo médico biologista, que divorcia la salud y la enfermedad de los procesos productivos y reproductivos de la sociedad y sus consecuencias, desvinculándose de temas como por ejemplo la crisis socioeconómica actual, con su desempleo, pérdida de poder adquisitivo, desprotección social y desigualdad.

Si bien el Sistema de Salud neuquino se diferencia de la atención en el resto del país por ser más eficaz y arrojar resultados estadísticos sorprendentes, ha permanecido en cierto modo algo apartado de la realidad de crisis que vive nuestro pueblo. Por eso la sociedad de Medicina Rural - como sociedad independiente que nuclea a trabajadores profesionales y no profesionales de la salud de Neuquén, comprometida con la estrategia de Atención Primaria de la Salud - se constituye en un ámbito de debate y de producción de aportes concretos y adecuados a nuestra realidad para llevar a la práctica ese concepto de APS.

La SMR desea fomentar el ejercicio continuo de la autocrítica constructiva, de la reflexión sobre nuestra realidad para poder proponer rumbos nuevos, adecuando la tarea, la organización y los recursos a la realidad cambiante de nuestro medio y a los intereses y necesidades de nuestro pueblo y su condición socioeconómica actual.

En la historia de este sistema de salud en que los trabajadores - socios y no socios - desarrollamos nuestra tarea, se han producido cambios, como el de incorporar el concepto de la atención personalizada, la extensión de la cobertura, el abordaje del individuo considerando su núcleo familiar. Es hora de incorporar nuevos conceptos, idear nuevas estrategias que nos permitan satisfacer las necesidades sentidas de la población.

Formar parte de un sistema de salud que se muestra como ejemplo en el país, no nos debe engolosinar, ni debe permitir rigidizar las instituciones perpetuando sus esquemas que con el tiempo se vuelven inadecuados. Ni la soberbia de elitismo, ni la asepsia de la tecnocracia, ni la hipocresía de la especulación política, ni la crítica feroz de los apresurados sino la actitud humilde de los trabajadores de la salud servirán para acompañar a nuestro pueblo en su camino hacia una vida digna en una sociedad justa y libre.

La dirección

EL MODELO MEDICO HEGEMONICO

Por MONICA OPEZZI

Licenciada en antropología - Docente U.N.C.

Antes de comenzar a caracterizar al Modelo Médico Hegemónico, es necesario precisar cada uno de estos conceptos, para dejar en claro a qué nos estamos refiriendo.

MODELO:

Siguiendo la definición dada por P. Bourdieu: "el modelo proporciona el sustituto de una experimentación a menudo imposible en los hechos, y da el medio de confrontar con la realidad, las consecuencias que esta experimentación permite separar completa, aunque ficticiamente".

El modelo permite buscar la intelección de los principios ocultos de las realidades que interpreta.

MEDICO:

se refiere al conjunto de las prácticas curativas realizadas por aquellas personas que han obtenido una legitimación por parte del Estado, así como de las clases dominantes asociadas a él: ésta práctica se constituirá por lo mismo en el modelo terapéutico y formando parte de una estructura socio-política, socio-económica, socio-ideológica y socio-científica que la fundamenta, y que al mismo tiempo excluye, por lo menos teóricamente, a las otras prácticas curativas.

HEGEMONICO:

tal como propone García Canclini en especial para los procesos de apropiación e reinterpretación "refiere al proceso de dirección política e ideológica en el que una clase o sector logra una apropiación preferencial de las instancias de poder, en alianza con otras clases, admitiendo espacios donde los grupos subalternos desarrollan prácticas independientes y no siempre funcionales para la reproducción del sistema".

La conceptualización del Modelo Médico Hegemónico hace referencia a un proceso que escindió lo político social e ideológico de la problemática salud-enfermedad. El MMH se refiere a una "construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico), como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. En consecuencia es una construcción que supone a la sociedad en la que se constituye como parte intrínseca de la misma". (E. Menéndez).

Los antecedentes de este MMH pueden rastrear en los países europeos a partir de fines del siglo XVIII y principios del XIX. El MMH se instituye prácticamente a partir de la revolución industrial, es decir, se genera conjuntamente con el desarrollo del capitalismo en su etapa de libre cambio, durante el período clásico de la constitución de la clase obrera, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial, además coincidirá más adelante con el nuevo proceso de expansión colonial. El MM no sólo se instituye con estos

procesos, sino que también los expresa en sus dimensiones básicas en el área salud-enfermedad". (E. Menéndez).

Caracteres del MMH

Este se caracteriza por una serie de rasgos estructurales: biologismo, a-historicidad, individualismo, a-socialidad, mercantilismo, eficacia pragmática: caracteres que tienden a excluir o limitar la incidencia y/o reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socio-culturales en la producción y solución de los problemas de salud-enfermedad.

a) BIOLOGISMO:

Este, por su particularidad, va siempre asociado al: individualismo, la a-historicidad y la a-socialidad. La práctica médica establece su diferenciación, su particularidad y su autoproposición como ciencia, a partir de fundarse en la autonomía del nivel biológico.

Esta especie de reduccionismo biológico, ve a la enfermedad sólo como un síntoma, subestimando los factores sociales (a-socialidad), "donde la historia social de la enfermedad se excluye (a-historicidad). En este sentido, no sería la historia de los tiempos y ritmos de la producción, no sería la historia del proceso y las condiciones de producción, sino la historia de la naturaleza biológica y ecológica de la enfermedad". (E. Menéndez).

El biologismo del MMH se caracterizará por tender a explicaciones biologistas sobre la causalidad de las enfermedades, así como sobre las formas terapéuticas.

b) MERCANTILISMO:

El desarrollo del sistema capitalista tenderá a determinar toda actividad de salud a través de formas de valor de cambio, en la medida en que la práctica médica va a ser a través de dos instituciones básicas: el hospital público y el consultorio privado.

Estas dos instituciones expresan la normalidad de la estratificación social, en los dos lugares en que los médicos realizan, básicamente, sus actividades. Este tipo de funcionamiento institucional, expresa la medicina de clase.

El hospital ha sido el lugar donde los médicos aprenden, y aprenden la práctica de su profesión (hospital escuela). De alguna manera, el hospital ha sido el depositario, y el lugar donde normalmente mueren las clases trabajadoras. En momentos de crisis económico-social, la desocupación, o el trabajar "en negro", transforman a todo un sector social en enfermos de 2da clase. En definitiva, no les deja opción, y el hospital público aparece como el único lugar donde éstos pueden atenderse.

El reconocimiento sobre los diferenciales de morbimortalidad entre las distintas clases sociales, así como del carácter clasista de la atención médica,

determina que cada institución atienda a una población definida claramente en cuanto a su situación de clase.

Frente a todo esto, el consultorio privado se transforma en un espacio de elite, revelando la verdadera articulación del profesional en función de los estratos.

c) EFICACIA PRAGMATICA:

En gran medida su diferenciación y superioridad respecto de las otras prácticas" (Menéndez).

CRISIS DEL MODELO MEDICO HEGEMONICO

Desde fines de la década del 60' se han ido sucediendo una serie de críticas a este modelo, en un intento por generar propuestas superadoras a los enfoques médicos dominantes. Esto está vinculado con la emergencia de hechos sociales generales y procesos de la propia actividad médica que cuestionan la legitimidad del modelo.

"La crisis del modelo se manifiesta a través de algunos de los indicadores de eficacia, y de hechos sociales que sobredeterminan a dichos indicadores" (Menéndez).

A partir de la década del 60', esa eficacia médica empieza a mostrar sus limitaciones, su incapacidad de respuesta ante la emergencia del nuevo perfil epidemiológico, en donde la consideración de los factores sociales, económicos, políticos y culturales, aparece como determinante en el proceso salud-enfermedad.

En esta perspectiva, el problema nutricional, el alcoholismo, las drogadicciones de todo tipo, la farmacodependencia, la contaminación ambiental, las neurosis laborales, las enfermedades de la desocupación, el desarrollo masivo de la enfermedad mental, y sobre todo de las neurosis, el desarrollo de la morbimortalidad de la violencia (tortura, asesinatos masivos, desapariciones), desnudan las limitaciones del MMH, y la urgente necesidad de requerir análisis especializados de estas problemáticas a través de las ciencias sociales.

Análisis de casos de la crisis del MMH

a) LA DESNUTRICION:

Será sobre todo en la década del 60' cuando la desnutrición aparezca como un problema, básicamente vinculado a la situación socio-económica. "El problema del hambre emerge claramente como un problema político, respecto del cual las actividades médicas son prácticas médicas secundarias y subordinadas" (E. Menéndez).

En este sentido, las investigaciones médicas y biológicas sobre el tema resultan ya innecesarias, en la medida en que es bastante lo que se sabe sobre la causación, prevención y tratamiento de la desnutrición.

La desnutrición debe ser tratada como un problema socio-político, ya que no está relacionado con la magnitud del excedente social, sino con su distribución. La irracionalidad del sistema capitalista, expresada en la acumulación indefinida; uno acumula capital con el objeto de acumular más capital; y el proceso de mercantilización de la mercancía alimento, aparecen

como los dos aspectos determinantes del problema nutricional.

b) EL ALCOHOLISMO:

Consideremos o no al alcoholismo como una enfermedad, éste y el proceso de alcoholización han logrado una notable expansión en países de las mas diversas estructuras ideológico-política y económicas. También ha quedado ya desmitificada la vinculación clases bajas = alcoholismo, en la medida en que este problema afecta a todas las clases sociales, llegando a transformarse en un grave problema de salud pública. Las consecuencias negativas de la ingesta de alcohol, tanto directas como indirectas, son lo suficientemente evidentes.

Sin embargo, a pesar de estos reconocimientos, hoy en día no existen acuerdos teóricos sobre el tema. Frente a indicadores no confiables, existen acuerdos operativos, acuerdos en caracterizar al alcoholismo a través del síndrome de dependencia, aunque esta categoría diagnóstica a veces resulte bastante imprecisa.

Frente a esta situación de confusión, y hasta tanto no se esclarezcan la causa o las causas del alcoholismo, la única postura doctrinaria (aunque hipotética) en la que podríamos acordar, debido a su nivel de generalidad, sería aquella que ve al alcoholismo como un acompañante de cualquier tipo de personalidad y de cualquier cuadro psiquiátrico.

Esta situación de confusión en el ámbito médico se expresa en la incapacidad diagnóstica o dificultad diagnóstica, que hace que los médicos reconozcan claramente la lesión orgánica por evidente, o porque el paciente está borracho, pero no pueden detectar a aquellos pacientes que no presentan estas características.

Ahora bien, cómo podría explicarse la incapacidad o dificultad diagnóstica y terapéutica y sobre todo la incapacidad de detección temprana? De alguna manera, esto tiene que ver con una abdicación del MMH del problema, con una especie de desentendimiento. La crisis es tal que entre todas las técnicas experimentadas, las formas de autoayuda, organizadas a través de Alcohólicos Anónimos, aparecen como las más eficientes, a través del reconocimiento del paciente como un enfermo, y de la elaboración de estrategias grupales, de autodeterminación y autorresponsabilidad.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

MENENDEZ, Eduardo

"El modelo médico y la salud de los trabajadores". Prólogo a "La salud de los trabajadores", Franco Basaglia y otros, Ed. Nueva Imagen, Méjico 1984.

MENENDEZ, Eduardo

"Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica".

Revista Nueva Antropología, Méjico, Vol 6, Nº 23, Marzo 1984.

MENENDEZ, Eduardo

"El alcoholismo y el proceso de alcoholización". Méjico, 1982

TIMIO, Mario

"Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial". Ed: Nueva Imagen. Méjico. 1986.

ESCUADERO, José Carlos

"¿Lógica de la biósfera o lógica del lucro?" Revista Alternativa Latinoamericana, Nº 2-3. Mendoza. Argentina. 1985.

BOLTANSKI, Luc

"Los usos sociales del cuerpo". Ed: Periferia. Argentina. 1975.

GRIMBERG, Mabel

"La construcción social de la salud-enfermedad en trabajadores de la industria gráfica". Becaria del Conicet.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús



CONTROL DE SALUD PERSONALIZADO DE ESCOLARES DEL PRIMER CICLO

Una experiencia en conjunto de Salud y Educación en Loncopué, Neuquén, 1987.

Autores:

Susana Llambi (Maestra)

Mónica Escudero (Asist. Social)

Adriana Marcus (Médica Gral.)

INTRODUCCION

La infancia - entanto depositaria de nuestras frustraciones y esperanzas y fiel reflejo de nuestras aptitudes y limitaciones- es producto del sistema en que se desarrolla y está sujeto al tiempo histórico en que discurre.

En nuestro fin de siglo, en este pedazo de continente que sufrió un doloroso proceso de vaciamiento cultural, educativo, económico y humanitario, los objetivos que persigue la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas se topan con un doble desafío: no solo el de cumplir con sus diez principios, sino además lograr previamente que el mundo adulto revierta los efectos que ese vaciamiento produjo en la sociedad, encargada de formar en su seno a las generaciones posteriores.

Para poder asegurar a nuestro mundo y a nuestro país en particular un futuro digno de ser vivido, debemos ayudar a construir una infancia libre, creativa, segura y solidaria. Para ello es imprescindible respetar a los niños.

Es ese afán por reconstruir de las cenizas del autoritarismo, la prepotencia y la impunidad el concepto tantas veces despreciado del "respeto por los demás" y de "solidaridad", es ese afán, decíamos, el que debe movilizar a las instituciones que trabajan con niños en particular para llegar a un acuerdo entre ellas y principalmente con la comunidad a la que pertenecen, con el fin de lograr una sociedad más justa y solidaria que la nuestra.

FUNDAMENTACION:

Anualmente el Sector Salud tiene a su cargo la vacunación de niños al ingreso escolar y - sin normatización alguna al respecto - la evaluación de la salud de los mismos para la detección de patologías congénitas y adquiridas. Simultáneamente el Sector Educación suele recurrir al Sector Salud en interconsulta cuando se plantean disfunciones escolares para descartar sustrato orgánico debido a que carece de un gabinete psicopedagógico.

Unificando esfuerzos de ambos sectores para realizar en conjunto un diagnóstico de situación que pueda dar lugar a nuevas acciones en Salud y Educación al tiempo que se brinda un servicio al grupo etáreo correspondiente de escolares, es que se decidió encarar el "Control Escolar Personalizado" en forma interinstitucional, con contenidos de elaboración local.

OBJETIVO GENERAL:

"Realizar la evaluación del estado de salud de los escolares que cursan el primer año del primer ciclo en forma conjunta entre el Sector Salud y el Sector Educación."

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a) DE SALUD:

- 1.- Detección de patologías.
- 2.- Realizar la vacunación correspondiente.
- 3.- Lograr un contacto directo entre el maestro, la madre, el alumno y representantes de Salud.
- 4.- Registrar y evaluar cuantitativamente la patología más frecuente para poder planificar acciones de salud posteriores.

b) DE EDUCACION:

- 1.- Tomar conocimiento de posibles enfermedades físicas de los alumnos.
- 2.- Lograr un acercamiento entre las instituciones y las familias.
- 3.- Obtener un enfoque multidisciplinario de las disfunciones escolares y evaluar la necesidad de eventuales derivaciones a especialistas.

MATERIAL Y METODO:

RECURSOS HUMANOS:

- Agente sanitario
- Médico
- Maestra
- Madre del escolar
- Alumno

RECURSOS MATERIALES:

Historia clínica del niño, pediómetro, balanza, tabla de agudeza visual, tabla de curva de peso y talla, planillas Nº1 y Nº2 de C.E.P. ("Control Escolar Personalizado") (adjunto), talco y pizarra, tensiómetro y estetoscopio, recetarios, cuadernos de vacunación del agente sanitario, planilla de vacunación, material de escritorio, máquina de escribir.

FUENTE DE DATOS:

- Historia clínica del niño.
- Planilla del C.E.P. (adjunto).

EJECUCION:

El C.E.P. se realizó entre los meses de junio y octubre de 1987 en las instalaciones de la escuela Nº 50 y Escuela Nº 168 del Distrito Educativo Loncopué. La maestra de grado citaba a las madres de 10 niños que

eran invitadas a concurrir con el carnet de vacunación del hijo a la escuela, mientras el equipo de salud llevaba su material, incluyendo la Historia Clínica del alumno.

Las mediciones antropométricas y supervisión del esquema de vacunación fueron realizados por el agente sanitario, la medición de la agudeza visual por agente sanitario y maestra, la anamnesis, el examen físico y la obtención de datos de la historia clínica por el médico y la evaluación de la escolaridad por la maestra, que asimismo llenaba la parte "social-familiar" de la planilla N°2 con datos aportados por la madre.

De un total de 74 niños inscriptos en la Escuela N°168 fueron evaluados 68. De los 6 niños no evaluados uno es "desertor" y 5 tienen una asistencia irregular.

En la Escuela N°50 sólo un niño inscripto no asistió al C.E.P. y fueron evaluados los restantes 82.

NOTA: Por razones de espacio no incluimos las tablas y los gráficos.

COMENTARIO:

A pesar que los niños observados en 1987 fueron menos que el año anterior, el porcentaje de problemas de aprendizaje sigue siendo muy elevado.

Entre muchas de las causas que se discutieron, la excesiva cantidad de alumnos en cada sección y la difícil tarea del docente de atender cada caso en particular, sobrepuso a las otras aunque sin restarle la importancia que merecen.

Por intermedio de la Dirección se solicitó la creación de una nueva sección, la cual daría soluciones favorables, pero la misma fue denegada.

CONCLUSIONES:

Desde el punto de vista orgánico, solo el 6% de los niños evaluados no presentan patologías clínicamente diagnosticables. La patología más frecuente es la bucodental que no sólo afecta piezas dentarias provisorias. Le siguen en frecuencia los trastornos visuales de los cuales el más común es la disminución de la agudeza visual (35%).

Hemos observado más obesos que desnutridos (utilizando la relación entre los percentilos de talla y peso de La Plata).

El hábito adenoideo, las fimosis, hernias y configuraciones anormales suman un 45% de niños que padecen patologías diagnosticables en la evaluación del preescolar.

De los niños que hemos rotulado como "repitentes" (que permanecen en el mismo ciclo por más de un año por no haber logrado las conductas) un porcentaje del 47% no había cursado el preescolar, mientras que los "no-repitentes" no lo había cursado un 13%. Cabría esperar una mayor diferencia entre nuestras cifras.

Dentro de los niños repitentes que no hicieron el preescolar se incluyen aquellos que migraron del área rural para incorporarse directamente a la escuela primaria, en las que el "fracaso escolar" probablemente no se relacione tanto con este antecedente sino más bien con la dificultad de adaptación a un medio distinto.

De los niños con trastornos de aprendizaje, alrededor de un 25% coincidió con el antecedente de haber repetido el año, y solo un niño de un total de 22 presentaba dudosos antecedentes de daño perinatal.

De los 22 repitentes solo 4 (18%) asistieron regularmente a la escuela.

En el año 1987 se observó un 5% menos de problemas de aprendizaje respecto al año anterior, en el que el método de lectoescritura fue el de la Palabra Generadora. En 1987 se utilizó el método Durán-Sarcedo.

No se han podido obtener conclusiones sobre la influencia que tienen los problemas familiares y sociales en la escolaridad debido al llenado incompleto de la Planilla N°2 por parte de los maestros.

DISCUSION:

De acuerdo con los hallazgos surgidos del Control Escolar Personalizado en cuanto a patologías congénitas, sigue siendo evidente que el programa de control del menor de 2 años y del preescolar se realizan deficientemente y que por lo tanto es conveniente continuar el C.E.P.

La cantidad de niños que presentan dificultades visuales justifica un control obligatorio anual de todos los niños en edad escolar e incluso preescolar a cargo del Servicio de Medicina General del hospital local con posterior derivación de los niños afectados al oftalmólogo, en interconsulta mensual especializada en la escuela o con la periodicidad que la autoridad sanitaria local considere conveniente.

Resulta imprescindible la detección de dificultades auditivas mediante un sistema de medición más sensible que la simple anamnesis, y un apoyo efectivo por parte de fonaudiólogos, con la posibilidad de integrarlos al equipo.

Asimismo resultaría interesante la presencia de odontólogos en la escuela y el jardín de infantes para promover la prevención en materia de salud bucodental, con realización periódica de exámenes odontológico y posteriores tratamientos necesarios.

Siendo la pediculosis una exoparasitosis fácilmente diagnosticable por cualquier persona, no se justifica esperar la visita médica para su tratamiento, siendo conveniente dotar a los maestros de algunos conocimientos básicos que les permitan enviar a los niños afectados a la consulta médica o bien requerir el apoyo de agentes sanitarios para tal fin.

En cuanto al "objeto de estudio" surge la necesidad de integrar al niño escolar activamente al equipo, ya que se lo intenta conocer a través de referencias de la madre, la maestra y la Historia Clínica, pero no directamente por sí mismo.

También se desconocen las actividades que desempeña el niño durante el resto de las 19 horas del día en que NO está en la escuela, es decir, cómo se desarrolla su vida cotidiana, vecinal, familiar y social. Sería necesario incorporar entonces un ítem que considere la opinión del niño ("¿a qué te gusta jugar?", "¿tenés amigos?", "¿trabajas?").

Un dato interesante a tener en cuenta es el antecedente de desnutrición durante el primer año de vida y de hipostimulación - tomados de las historias clínicas -, para evaluar su relación con las dificultades de aprendizaje, por lo cual deberán figurar estos datos específicamente dentro del ítem "Antecedentes" (planilla N°1).

Para conocer la relación entre el origen urbano o rural del niño y su desempeño escolar deberán ser consignados los datos correspondientes ("origen rural" y "origen urbano") en planilla N°2.

Al evaluar el presente trabajo, observamos que el llenado del ítem "familia continente" y "familia preocupada por su hijo" de la Planilla N°2 no puede realizarse con un criterio objetivo, sino más bien desde una visión soberbia de "juez", por lo que debería reemplazarse por un dato más objetivo que indique indirectamente que la familia en estudio no logra dar continuidad a los requerimientos del niño, que así resulta "descuidado" o incluso "abandonado".

También surge la necesidad de consignar las causas que provocan la permanencia en el mismo ciclo del niño "repitente", divididos en tres agrupaciones: 1) inmadurez, 2) ausentismo (inasistencia, ingreso tardío, egreso precoz) y 3) aprendizaje lento.

En el año 1987 el C.E.P. se inició en el mes de junio. Las demoras en el comienzo de su realización se debieron a los feriados escolares y paros realizados, y en la Escuela N°168 a la demora - pese a reiterados pedidos a la dirección - en el envío de las listas de alumnos para la posterior programación y citación de las madres. Si en cambio contáramos con la colaboración de todos los integrantes del equipo y sus direcciones tal vez se logre realizar el C.E.P. luego del periodo de adaptación de los niños (mayo-junio) y antes de las vacaciones de invierno.

Lamentablemente hubo datos que no pudieron ser computados por errores en la confección de las planillas (por lo que las hemos modificado) y por mal registro de esos datos. Concretamente en la Escuela N°168 no pudieron siquiera confeccionarse tablas tentativas ya que los docentes prácticamente no completaron los ítems e incluso en ocasiones no participaron del Control, desconociendo la posibilidad de volcar los datos en las fichas individuales de sus alumnos.

Con el fin de dar respuestas concretas a las necesidades surgidas del C.E.P. en materia de adquisiciones especiales (ortopédicas, etc.) en situaciones en las que las familias no pueden afrontar un gasto especial, se canalizará el trámite - a partir del año lectivo venidero - a través del Servicio Social, luego de una evaluación a cargo del mismo. De este modo el C.E.P. servirá no sólo para diagnosticar y determinar necesidades (lentes, plantillas, calzados ortopédicos, etc.) sino que concretará el tratamiento indicado para cada caso.

Asimismo, el Servicio Social se encarga en esta etapa de investigación, de la creación y adecuación de herramientas de medición social, cuya lectura al final de la experiencia realizará dentro del grupo de trabajo, con el fin de conocer las variables que intervienen y condicionan el proceso de aprendizaje, crecimiento, y desarrollo social y familiar del alumno.

Si bien el trabajo interinstitucional logra una visión totalizadora y contextualizada del niño que ningún sector aisladamente puede llegar a obtener, este enfoque no es sentido como una necesidad por gran parte de los docentes y médicos, quienes consideran esta actividad como una pérdida de tiempo que entorpece la puesta en práctica de la planificación pedagógica y programación asistencial previas.

Por lo tanto esta actividad carece lamentablemente del apoyo activo de sus propios protagonistas institucionales, pese al interés demostrado por las madres concurrentes, y este hecho resta autenticidad a la propuesta del C.E.P.: sin embargo continúan los interrogantes y la búsqueda de soluciones, por lo que quienes valoramos la importancia de los resultados obtenidos seguiremos realizando este trabajo con las correcciones y ajustes necesarios para superar los errores y lograr los objetivos buscados.

RESUMEN:

Durante 4 meses del año 1987 se realizó en las Escuelas N° 50 y N° 168 del Distrito Educativo Loncopué el Control Escolar Personalizado" a cargo de un equipo interinstitucional (educación-salud) organizado por el Sector Salud. A tal fin los maestros y trabajadores de la salud participantes del C.E.P. realizado en 1986 confeccionaron planillas que incluían datos sobre la salud del niño (antropométricos, detección de patologías, supervisión de esquemas de vacunación, antecedentes personales), sociales (laboral, previsión social, actividad de los padres), familiares (constitución y funcionalidad familiar) y escolares (repitencia, desempeño escolar, realización del preescolar). De este modo se evaluó individualmente a cada niño en su aula, con la presencia de la madre, la maestra, el médico y los agentes sanitarios, brindando un servicio de salud y educación al tiempo que se realizó el diagnóstico que permita programar acciones posteriores, logrando formar un equipo interdisciplinario.

BIBLIOGRAFIA:

- EL FRACASO ESCOLAR NO ES UNA FATALIDAD (C.R.E.S.A.S.)
 - LOS DERECHOS DEL NIÑO (DECLARACION DE GINEBRA)
- ANEXOS:
- 1.- Planilla N°1 y 2 año 1987 *
 - 2.- Planilla N°1 y 2 año 1988 *

NOTA: Dado que el trabajo previo al presente ("Control Escolar ... 1986") entregado en 1987 al comité asesor de esta redacción (quien aprobó su inclusión) se extravió, publicamos el trabajo posterior (de 1987), que desarrolló modificaciones respecto al previo y que a su vez introduce nuevos ajustes para rectificar algunos procedimientos.

I CURSO ANUAL DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Este curso de 600 horas de duración se desarrolló durante el año 1988, organizado por la SMR y la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires, auspiciado por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Neuquén y la Escuela de Graduados de la Universidad Nacional del Comahue y patrocinado por la Fundación Osvaldo Arbarco.

Dentro de las actividades del curso figuró la preparación y confección del trabajo en terreno para la elaboración de una monografía realizada preferentemente en forma grupal. Transcribimos a continuación los títulos de las monografías presentadas y sus autores. Los trabajos se encuentran en la Biblioteca de la SMR, e intentaremos publicar en los futuros números de esta revista los consolidados que los autores interesados en su publicación nos remitan.

- "Diagnóstico de situación de Médicos Generales de la Provincia del Neuquén" por los Dres. Boero y González.

- "Necesidades sentidas - un trabajo compartido", por M. Echevarría, Susana Ferdkin, Marta González y Mabel Marín.

- "Estudio sobre la factibilidad de la implementación de una Residencia en Medicina General en hospitales de mediana y baja complejidad de la provincia del Neuquén", por Luis Bianchi, Gerardo Fabre, Eduardo Fuentes, Jorge Mamy y Héctor Rodríguez Bav.

- "Introducción a las condiciones de higiene y seguridad del Sector Salud", por Roberto Covazza.

- "Diagnóstico de situación del barrio Peñi Trapun de la ciudad de Cutral C6" por Mabel Suárez y Miguel Ángel Rojo.

- "Embarazo no buscado - Hospital de Centenario" por el Dr. Raul Pitarque.

- "Análisis de la utilización de los Servicios Ambulatorios del Hospital Ramón Carrillo. Aportes para su reorganización", por Andrés Alic, Roberto Castillo, Daniel Loza, Flaminio Muñoz y Daniel Vincent.

- "Diagnóstico de Situación del Hospital Bouquet Roldán, su Area Programa, año 1987, para efectuar una propuesta de acción futura" por Susana Brasili, Claudio Ferrón, Osmar García, Marta Newberry y Lucila Zonco.

- "Análisis de demanda asistida y oferta de servicios (estudio comparativo entre el Centro de Salud del Barrio Confluencia y el Hospital de Aluminé)", por Esteban Centanaro, Sergio Rabinowicz, Armando Calá Lesina y Raquel Pincheira.

- "Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino de Atención Primaria de la Salud en niveles de complejidad III y IV (Andacollo y Chos Malal) Zona Sanitaria III. Provincia del Neuquén - período 1983-1987", por Mónica Boiochi y Luis Barrios.

- "Diagnóstico de situación del Hospital de San Patricio del Chañar", por Carlos Garay y Alberto Tordella.

- "Hospital de Area Picún Leufú - Diagnóstico de Situación Enero-Junio 1988" por el Dr. Jorge Bó.

- "Análisis de la evolución de la Atención Odontológica en la Provincia del Neuquén entre los años 1970 y 1988. Perspectivas." por Hugo Collantonio, Juan Bertinetti, Miguel Gigena y Leticia Riveiro.

- "Análisis de la demanda según cobertura social y estudios de eventual arancelamiento de prestaciones a afiliados de obras sociales" por Susana Rigotti, Adriana Gárgano y Osvaldo Maino.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE LOS MEDICOS GENERALES

PROVINCIA DEL NEUQUEN ESTUDIO PRELIMINAR

Autores:

Dr. M. Boero

Dr. W. González

1988

INTRODUCCION

Como miembros de un grupo de médicos generales que ha desarrollado la mayor parte o toda su actividad profesional en la provincia del Neuquén, estimamos conveniente realizar una encuesta para hacer el diagnóstico de la situación actual de nuestro grupo.

El principal motivo que nos impulsó a esta tarea, fue la sensación de estar viviendo una crisis: crisis que nos parecía relacionada con problemas personales o de pareja, y en la que siempre parece latente o subyacente la indefinición del rol del médico general y su inserción en el sistema de salud (subsector público) de nuestra provincia.

La presunta crisis parecería agravarse o amplificarse por la lógica connotación que provocó el último cambio de gobierno provincial, al traducirse en la primera remoción importante de autoridades de salud ocurrida en los últimos diez años; máxime si consideramos que se está discutiendo un anteproyecto de seguro provincial de salud, que obliga a un replanteo de los distintos subsectores.

Como somos egresados de la residencia provincial de medicina general y agentes del subsector público de salud, experiencias ambas que compartimos con la mayoría de quienes se desempeñan como médicos generales en nuestra provincia, consideramos de interés encuestar a residentes y exresidentes de ésta exclusivamente.

Estimamos también conveniente, para un mejor diagnóstico, encuestar a quienes ya no pertenecen al subsector público o bien ya no viven en esta provincia.

Elegimos la elaboración de una encuesta como el medio más idóneo para estudiar el tema planteado, pero la necesidad de cumplimentar la tarea en tiempos muy acotados y la dificultad para reunirnos dos personas que vivimos a 250 km. de distancia una de otra, atentó contra la posibilidad de dedicar todo el tiempo que hubiera sido necesario para la adecuada elaboración del mencionado instrumento de consulta.

La circunstancia de coincidir la distribución de la encuesta con una huelga de empleados postales, y el escaso tiempo que permanecemos en Neuquén capital, impidió que la encuesta llegara a los ex-residentes que ya no viven en la provincia y a los que no pertenecen al subsector público de salud.

Convencidos de la necesidad de reflexionar sobre la tarea como forma de asegurar el buen funcionamiento de una institución, consideramos que el presente trabajo permitiría cumplimentar los requisitos para la instancia final del Curso de Administración de Servicios de Salud, indagar en el complejo tema de los recursos humanos y satisfacer nuestras inquietudes y las de nuestro grupo de pertenencia.

Presentamos aquí un primer análisis e interpretación de las respuestas obtenidas.

MATERIAL Y METODOS

El instrumento que utilizamos fue una encuesta de 104 preguntas, en la que predominaron las respuestas pautadas por pares antitéticos, por sí o por no con escala de 0 a 4, y algunas descriptivas; solo excepcionalmente las hubo de respuesta abierta.

En la elaboración cometimos algunos errores, como ser no graduar todas las respuestas de sí o no, omitir algunas preguntas, no agruparlas por unidades temáticas y utilizar a veces indistintamente los términos residencia, provincia y subsector público de salud.

Distribuimos 90 encuestas a ex-residentes y 30 residentes, recibiendo 77 (85.5%) de las primeras, y 16 (53.3%) de las últimas.

CONCLUSIONES

Habiendo confirmado nuestra hipótesis de hallarnos frente a una crisis de los médicos generales de nuestra provincia, la indagación de las posibles causas de esta situación nos llevó a encontrarnos con un grupo básicamente saludable, satisfecho con la tarea y que busca insertarse como promotor de cambios trabajando en ámbitos extra-profesionales.

Estas apreciaciones coinciden con la imagen del rol profesional y con el predominio de las motivaciones ideológicas para elegir la residencia de medicina general.

El hecho de participar en diferentes organizaciones de la sociedad neuquina podría deberse, por lo menos parcialmente, a la circunstancia de trabajar en una institución visualizada como autoritaria, limitante e injusta. Esta caracterización es de tener en cuenta si pensamos que trabajando en esa institución, se vivieron en el interior de la provincia alteraciones del embarazo o parto y crisis familiares graves o muy graves. Además, es de destacar que el grupo etéreo que aporta la mayor parte de quienes dejarían la medicina es el mismo de los que más dejaron actividades gremiales, políticas y en entidades intermedias, como así también de los que pensaron en ser especialistas antes de venir a Neuquén y es el que mayor número aporta de los que volverían a su lugar de origen.

Teniendo en cuenta estas apreciaciones podríamos sentirnos autorizados a pensar que estas personas de 31 a 40 años, que parecen los más afectados o inmersos en la crisis que analizamos, sean parte de las víctimas del llamado "exilio interno" debido al pasado proceso militar. De ser así, entrarían en crisis al no democratizarse suficientemente la institución a la que pertenecen.

En esta línea de interpretación, podría también pensarse que los defraudados del período 1973-1975 lo fueron también en el período 1983-1988, con lo que la crisis nacional se introduce en lo personal, y coincide con un replanteo de vida influenciado por la edad y/o la etapa del ciclo familiar que está viviendo, y desencadenando la presente situación. Situación en que un grupo en estrecho contacto con la población sufre y más castigada por la crisis socioeconómica, lleno de idealismo y frustrado, tal vez por alentar expectativas exageradas, se siente limitado por la institución en que desarrolla su tarea.

Creemos no poder seguir más allá, aunque una posterior profundización del análisis del material con que contamos podrá servirnos o no para confirmar estos supuestos, pero esperamos nos provea de elementos para generar propuestas que ayuden a superar la situación de crisis.

A modo de cierre queremos agradecer a todos los compañeros que han respondido la encuesta, sin cuya invaluable colaboración y sincero apoyo este humilde trabajo no hubiera sido posible.

SINTESIS DE LAS CONCLUSIONES DEL ULTIMO ENCUENTRO DE AGENTES SANITARIOS REALIZADO LOS DIAS 13, 14 Y 15 DE OCTUBRE DE 1988, ORGANIZADO POR LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL Y LA FUNDACION OSCAR ARABARCO.

- ACTIVIDADES Y FUNCIONES PROPIAS DEL AGENTE SANITARIO RURAL COMO UNICO EFECTOR DE SALUD EN UN PARAJE, PUEBLO O RESERVA INDIGENA.

FUNCIONES:

Prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

ACTIVIDAD:

Control de embarazo, control del menor de dos años, inyectables, tomas de tensión arterial, vacunación y control de vacunación en la población, dación de leche, primeros auxilios, extracción de sangre y curaciones.

- FUNCIONES PROPIAS DEL AGENTE SANITARIO URBANO Y PERIURBANO DONDE ES PARTE DE UN EQUIPO (CENTRO PERIFERICO) EN UNA INTERRELACION CONTINUA GENERANDO ACCIONES DE SALUD.

FUNCIONES:

Promoción y prevención de la salud.

- ACTIVIDADES DE LOS AGENTES SANITARIOS EN GENERAL:

Educación en alimentación, higiene y primeros auxilios, charlas comunitarias, tomas de muestras de agua, tratamientos con prescripción médica, promoción de huertas y granjas comunitarias, planificación familiar, captación de la embarazada y del menor de dos años, investigación, programación y clasificación por riesgo de familias, relación con comisiones vecinales, realización de cartografías, relevamientos y encuestas familiares, visitas y entrega de turnos en domicilios, promoción del saneamiento ambiental básico, participación en los programas de hidatidosis y chagas, control de la vacunación en la población.

TAREAS QUE NO DEBE REALIZAR UN AGENTE SANITARIO:

- Desparasitación canina (cuando el equipo de hidatidosis no cumple con las fechas programadas para la desparasitación, causando el descrédito de la población en su agente sanitario).
- Reparto de cajas P.A.N. (ocasiona imbricaciones políticas).
- Inyectables (hasta que no haya la adecuada protección legal).
- Guardias pasivas gratis.
- Acciones de mantenimiento en hospital y centro de salud.
- Conducir ambulancias.

PROPUESTAS

Mayor difusión del rol del agente sanitario en la comunidad por los medios masivos de comunicación.

No habilitar agentes sanitarios sin capacitación previa.

Credencial de identificación domiciliaria.

Dos rondas anuales en lugar de tres, pero que se garantice la correspondiente prorronda.

No adecuado de familias asignadas según características de la población o paraje a cubrir.

No asignación de área rural y periurbana simultáneamente.

Adecuación de la planilla a utilizar.

Que el supervisor intermedio sea un agente sanitario surgido de un concurso a realizar entre los agentes sanitarios de ese hospital.

Que la ley de hidatidosis tenga difusión adecuada para lograr su aplicación efectiva.

Que exista una capacitación organizada para los agentes sanitarios.

Que se capacite mediante cursos a todos los agentes sanitarios para nivelar y ampliar los conocimientos, tengan o no curso hecho, dictados por profesionales idóneos - no solamente médicos - es decir, que haya profesionales como por ejemplo: Técnicos en Comunicación Social, Sicólogos.

Pasantías de los agentes sanitarios por las distintas áreas de la provincia para intercambio de experiencias en terreno.

Se presentan casos en que los agentes sanitarios dependen de enfermería o de un supervisor intermedio, enfermero o licenciado en enfermería. Esto no lo consideramos correcto, debido a que no se encuentran consustanciados con la tarea del agente sanitario.

También consideramos necesaria la creación dentro de la dirección de atención primaria de los siguientes cargos con la condición de que éstos sean ocupados exclusivamente por agentes sanitarios:

Coordinador Zonal: previo concurso donde participan los supervisores de agentes sanitarios que hayan sido agentes sanitarios.

Coordinador General de agentes sanitarios: con representatividad a nivel central previo concurso donde participan exclusivamente los coordinadores zonales de cada una de las zonas sanitarias de la provincia.

Los ocupantes de estos cargos serían los encargados de coordinar en el futuro el trabajo que surja de todas las propuestas antes mencionadas. También los encargados de transmitir las inquietudes del sector a los niveles zonales y el central que en la actualidad quedan archivadas en los hospitales.

Todos estos puntos expuestos tienen el fin de mejorar la prestación del servicio en **calidad** más que en cantidad.



"No aplicar inyectables (sin la debida protección legal)."

APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD

(INTRODUCCION)

(D. Werner y B. Bower)

Salud para todos en el año 2000 se ha hecho la meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la mayoría de los países del mundo.

Tal meta global es muy digna de elogio. Pero de alguna manera es peligrosa porque hay el riesgo de intentar alcanzarla de modos que se hagan tan uniformes, tan impersonales y tan controlados por las autoridades, que se pierdan muchas de las cualidades humanas que son indispensables para la salud y para el cuidado de la salud.

Ya hay evidencia de que esto está sucediendo. En los últimos 10 ó 15 años se han realizado muchísimos intentos de hacer llegar la atención básica de la salud a las comunidades pobres. Se han gastado billones en grandes programas nacionales o regionales planificados por expertos altamente especializados. Pero muchas veces los resultados han sido descorazonadores. En la mayoría de los países, sigue creciendo el número de personas que sufren de enfermedades que podrían prevenirse o son fácilmente curables.

En cambio, ciertos programas comunitarios de salud han tenido éxito para ayudar a los pobres a remediar las necesidades que se relacionan con su salud. Algunos estudios realizados por observadores independientes han mostrado que *los programas generalmente se reconocen como exitosos, ya sean grandes o pequeños, muchas veces tienen lo siguiente en común:*

1. *Orígenes modestos y locales y una lenta expansión descentralizada.* Aún los grandes programas que han resultado exitosos generalmente empezaron como pequeños proyectos que se desarrollaron gradualmente y evolucionaron según las necesidades de determinadas comunidades. A medida que estos programas se han expandido, han permanecido descentralizados. Esto quiere decir que la planificación y las decisiones importantes aún tienen lugar al nivel de la aldea o la comunidad.

2. *Participación de la gente local - especialmente de los pobres - en cada fase del programa.* En los programas efectivos se reconoce y trata de hacer frente a los conflictos de intereses que existen muchas veces entre los fuertes y los débiles, incluso en una comunidad pequeña. No sólo los líderes locales, sino también las personas más pobres y desafortunadas, desempeñan un papel principal en la selección de sus propios promotores y en la determinación de las prioridades del programa. Un propósito consciente de tales programas es ayudar a fortalecer la posición y el poder de los pobres.

3. *Un enfoque que considera la planificación como un "proceso de aprendizaje".* La planificación del programa y de la

capacitación de promotores no sigue un plan predeterminado, pues la planificación se realiza continuamente como parte de un proceso de aprendizaje. Se invita a todos los participantes (instructores, promotores, estudiantes y personas de la comunidad) a ayudar a formar, cambiar y criticar los planes. Esto permite que el programa evolucione y se adapte constantemente para responder mejor a las cambiantes necesidades de la gente. La planificación es local y flexible.

4. *Líderes cuya primera responsabilidad es hacia lo pobres.* Los programas que se reconoce como efectivos generalmente tienen líderes que se han comprometido a luchar por una sociedad justa. Muchas veces han tenido intensas experiencias personales trabajando con los pobres para ayudarles a resolver necesidades críticas.

Aún cuando sus programas hayan crecido, estos líderes de programa han continuado sus relaciones estrechas con la gente pobre y trabajadora de las comunidades individuales.

5. *Aceptan la idea de que la buena salud se puede lograr sólo ayudando a los pobres a mejorar la situación general en la que viven.* Los programas exitosos ligan las actividades de salud con otros aspectos del desarrollo social. La salud se considera como un estado de integridad y bienestar en el que las personas pueden trabajar juntas para satisfacer sus necesidades de una manera autosuficiente y responsable. Esto quiere decir que para llegar a ser completamente sana, cada persona necesita una comprensión clara de sí misma en relación con las demás y con los factores que influyen sobre el bienestar de toda la gente. En muchos de los programas más efectivos, las actividades que ayudan a la gente a desarrollar una conciencia más crítica se han hecho una parte clave de la capacitación y del trabajo comunitario.

En vista de estas características comunes para el éxito, no es sorprendente el fracaso de muchos programas nacionales y regionales de "salud comunitaria". La mayoría de ellos se llevan a cabo de un modo completamente contrario. Aunque sus planificadores hablan con orgullo de las decisiones tomadas por la comunidad, la gente casi nunca tiene nada que ver con lo que se les enseña a los promotores. La "participación de la comunidad" demasiadas veces ha llegado a significar "lograr que esa gente haga lo que nosotros decidamos". En vez de ayudar a los pobres a ser más autosuficientes, muchos programas nacionales de salud y desarrollo acaban por aumentar la dependencia de los pobres de los servicios, ayuda y autoridad de fuera.

Uno de los mayores obstáculos a "la salud por la gente" ha sido que los expertos, profesionales y autoridades de salud no están dispuestos a soltar la rienda. Como resultado, se les hace sentir a los promotores comunitarios que su primera responsabilidad es hacia el sistema de salud en vez de hacia los pobres. Generalmente se les enseña sólo una limitada serie de habilidades. Se vuelven los sirvientes o "auxiliares" de los doctores y enfermeras visitantes, en vez de hacerse líderes fuertes para el cambio. Aprenden a seguir órdenes y llenar formularios, en vez de tomar la iniciativa o ayudar a la gente a resolver sus problemas bajo sus propias condiciones. Tales promotores son poco respetados y casi no tienen ninguna influencia en la salud total de la comunidad. Muchos de ellos se desaniman, se hacen desquidados, se vuelven corruptos o dejan su trabajo de promotor. Los resultados han sido tan descorazonadores que algunos expertos, hasta dentro de la OMS, han llegado a pensar que la meta de "salud para todos por medio de la participación comunitaria" es como el mentado tesoro al final del arco iris, un sueño que no existe, algo que siempre estuvo condenado al fracaso.

A pesar del fracaso de la mayoría de los grandes programas centralizados en la cuestión de lograr una verdadera participación comunitaria, en muchos países hay ejemplos sobresalientes de participación comunitaria en asuntos de salud. Esto es cierto especialmente en pequeños programas no gubernamentales que adoptan lo que llamamos un enfoque *centrado en la gente o que fortalece a la comunidad*.

Entre estos programas de base comunitaria, abunda la variedad en cuanto a innovación y adaptación a las condiciones locales. Pero al mismo

tiempo, hay un parecido impresionante de sus objetivos sociales y políticos en muchas partes del mundo: Paquistán, India, Mozambique, Filipinas, México, Nicaragua, Honduras, El Salvador y Guatemala.

En estos programas de base comunitaria, ha surgido una nueva clase de promotor de salud. Estos promotores hablan por los "pobres sin voz". Su meta es la salud para todos, pero una salud basada en la dignidad humana, la atención cariñosa y una distribución más justa de la tierra, la riqueza y el poder.

Para nosotros, uno de los aspectos más emocionantes de este nuevo movimiento mundial de salud comunitaria, aunque esté descentralizado y sin coordinación, es que va más allá de cualquier doctrina rígida, religiosa o política. La mayoría de los líderes de estos programas reconocen los peligros que corre la gente en cualquier sistema grande que esté controlado centralmente, ya sea capitalista o comunista.

Tienen mucha más fe en los grupos pequeños independientes de gente trabajadora. En lugar de aceptar algún dogma establecido, hacen preguntas penetrantes. Invitan a la crítica y animan a los demás a observar por sí mismos y a formar sus propias conclusiones. Creen en ayudar a los débiles a ganar fuerza por medio de una mayor comprensión de los factores que afectan su salud y sus vidas.

En torno a esta visión humana y práctica se ha desarrollado todo un enfoque nuevo de la capacitación, papel y responsabilidades de los promotores comunitarios de salud. A través de una serie de redes informales en todo el mundo, se están compartiendo y desarrollando más las ideas y métodos.



Instituto de Investigación y Extensión Científica
Universidad Nacional de Lanús

DESNUTRICION INFANTIL EN ARGENTINA

Por el Dr. Alejandro M. O'Donnell

La desnutrición es un problema sanitario de nuestra niñez, que si bien preocupa desde hace mucho a los pediatras argentinos, solo recientemente ha llegado a la opinión pública en su real dimensión biológica y ética.

Probablemente por la situación de privilegio de nuestro país en cuanto a recursos sanitarios y disponibilidad de alimentos respecto a otros países en vías de desarrollo por el deseo de ver una Argentina sin ver la otra que no nos agradaba ver, el problema de la desnutrición infantil tradicionalmente ha recibido escasa atención. Sin embargo, la dramática agudización de la situación económica ha puesto el problema sobre el tapete, convirtiéndose en un tema principal de la campaña electoral.

Una de las consecuencias del desinterés - o de la negación por las actuales autoridades sanitarias de la Nación - es que existe escasa información sobre la verdadera magnitud del problema, en cuanto a número de niños afectados, su gravedad y ubicación geográfica.

Por considerar que es básico para el desarrollo de acciones destinadas a combatir este gravísimo problema sanitario y social es conocer la magnitud del mismo, el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) y la Sociedad Argentina de Pediatría organizaron recientemente un Seminario en el cual participaron funcionarios e investigadores de todo el país quienes aportaron información de sus respectivas regiones.

La desnutrición infantil es producto de: a) una mala y escasa alimentación; b) de una sucesión de enfermedades, en particular de diarreas, que generan el círculo vicioso desnutrición-infección por el cual cada enfermedad desnutre más al niño, volviéndolo así más susceptible a la próxima y c) una forma de maltrato infantil, al estilo de los niños golpeados.

Esta diferenciación de causas es en realidad académica ya que más de una - o todas - coexisten en los sectores más desprotegidos de la sociedad en los que prevalecen la mala higiene ambiental, la imposibilidad de adquirir alimentos por razones económicas, la inadecuada educación sanitaria y alimentaria, las familias numerosas y la mala calidad de la atención médica.

La desnutrición es una manifestación de la extrema pobreza y de la miseria entendiéndose por ésta una situación de pobreza tan total que resulta imposible salir de ella sin ayuda externa, continua y multiforme.

Un niño nacido en la extrema pobreza - mejor dicho de la extrema pobreza - tiene el riesgo de nacer con bajo peso (prematureo o desnutrido fetal), con posibilidades de padecer infecciones intrauterinas por mal cuidado materno, y gran riesgo perinatal por partos domiciliarios, o por mal cuidado obstétrico. Tienen mayores posibilidades de ser separados de sus madres por patología perinatal, con gran riesgo de no ser amamantados como consecuencia de esa separación precoz.

Sus madres suelen ser adolescentes o añasas, extremos de edad que tienen mayor riesgo obstétrico y peor conducta de lactancia.

Si son amamantados - lo que es fundamental para sobrevivir en un medio ambiente de alta contaminación - madres subnutridas, con gran actividad física, producen menos leche, de menor valor nutricional y por menos tiempo que sus semejantes más favorecidos.

Al ser destetados recibirán biberones de leche generalmente diluida y lo que es peor, habitualmente contaminada. Un reciente estudio de nuestro grupo mostró que a 15 cuadras de la General Paz, 50% de los biberones ofrecidos a los niños no eran aptos para consumo humano por su grado de contaminación bacteriana, independientemente del tipo de leche que se usara - líquida o en polvo - y de la posesión o no de heladera. En esta misma comunidad, niños de algunas familias tomaban leche contaminada 2 de cada 3 días si no poseían heladera y 1 de cada 2 días si contaban con posibilidades de refrigeración.

No debe extrañar entonces la frecuencia con que estos niños sufren diarreas, con su secuela de malabsorción y dietas de ayuno. Los casos más graves de desnutrición en nuestro país son del primer año de vida y la historia de estos niños es siempre la mencionada.

Si el niño sobrevive, se criará en un medio ambiente poco propicio para su desarrollo intelectual, que tanto depende de la estimulación que el niño reciba. Un medio ambiente antiestético y sucio, una madre iletrada que no sabe estimular adecuadamente para despertar la inteligencia, internación y enfermedades, y el daño que pudo haber causado la misma desnutrición limitan dramáticamente el desarrollo intelectual del niño. Son niños que aprenden tempranamente habilidades contingentes (hacer compras, cuidar hermanos, ayudar en las tareas agrícolas, etc.) pero que no tienen capacidad para cumplir con los programas escolares.

En la escuela fracasan frecuentemente y conforman el grueso del 49% de desganamiento escolar, cifra que es el tan triste promedio nacional.

Al abandonar la escuela, ingresan tempranamente en la fuerza laboral, en empleos no calificados, asumiendo precozmente roles adultos entre ellos, la formación de parejas muy jóvenes generando hijos que seguramente repetirán el ciclo de sus padres.

En nuestro país viven casi 4 millones de personas en condiciones como las descritas. Nuestro padrón electoral muestra 1.300.000 electores analfabetos, con lo que se puede inferir que existen otros 3 o 4 millones de analfabetos prácticos.

No debe extrañar entonces que la desnutrición ocurra casi con exclusividad en grupos poblacionales como los que acabamos de describir. Es natural también que la desnutrición, siendo un problema tan intrincado, requiera de soluciones multifactoriales. Es muy simplista plantearlo como un problema de ingreso, de

educación o de falta de alimentos pues para cada uno de ellos existen recetas y soluciones que satisfacen más a quienes las proponen e implementan que a quienes padecen el problema.

Atribuir la desnutrición a la falta de educación implica una actitud paternalista y egoísta en la cual se adjudica toda la responsabilidad al necesitado, que no querría o no sabría progresar.

La falta de ingreso como causa exclusiva es también una falacia ya que incrementos del mismo no se traducen necesariamente en mejor alimentación. Una familia sumergida tiene una serie de necesidades apremiantes (pago del terreno, construcción de sistema de agua corriente, etc.) que pueden ser prioritarias al mejoramiento de la dieta familiar. O sea, el efecto del aumento del ingreso sobre la dieta de la familia es lento e impredecible.

La falta de alimentos es sin duda una causa importante de desnutrición, sea esta secundaria a ingresos familiares muy bajos o a la inexistencia de alimentos en la región, por catástrofes, sequías, inundaciones, etc. En el primer caso los programas de asistencia alimentaria pueden representar una ayuda importante para las familias más necesitadas aunque son costosos y no siempre alcanzan a los grupos de mayor riesgo.

En nuestro país los programas de asistencia alimentaria se reducen, casi exclusivamente, a la distribución de leche en polvo a lactantes y embarazadas, sin que hayan sido nunca evaluadas en su impacto ni en su razón costo/beneficio.

Es lamentable que sea así pues existe un sinnúmero de alternativas de asistencia alimentaria - que en definitiva representan un esfuerzo al ingreso familiar orientado hacia la alimentación - que podrían estructurarse en programas ingeniosos y efectivos con participación de los sectores salud, educación, agrícola ganadero, y de la industria alimentaria.

La desnutrición infantil, por todo lo que subyace a ella, y por las consecuencias biológicas e intelectuales que trae, es un problema ético, moral, social y médico. La negación del mismo - que sistemáticamente se ha hecho durante el gobierno militar - no solo es grave de

por sí, sino también implica la negación de toda una serie de actividades relacionadas con la desnutrición de nuestra población, entre ellas la formación de recursos humanos especializados y la creación de institutos de investigación nutricional.

Salvo en el cáncer, en ninguna otra patología la prevención es tan importante como en la desnutrición. Los desnutridos graves son muy difíciles de rehabilitar, exigiendo recursos ahora inexistentes.

El tratamiento hospitalario de estos niños es ineficiente y oneroso. Recientemente hemos recopilado las historias de 100 desnutridos internados en la Unidad I de internación del Hospital de Niños de Buenos Aires cuya jefatura ejerzo. Estos 100 niños totalizaron 5960 días de internación, sin que se alcanzara en la mayoría de ellos una recuperación satisfactoria. El costo de estos casi 6000 días de hospital equivale al sueldo anual de 70 enfermeras graduadas, o de 140 agentes sanitarios.

Estas cifras revelan la importancia de los programas preventivos, basados en un adecuado y eficiente sistema de salud primaria. Estos 140 agentes sanitarios podrían detectar en sus hogares los casos incipientes de desnutrición, llevar al seno de esa familia la asistencia alimentaria disponible, actualizar vacunación, enseñar salud, nutrición y saneamiento ambiental.

El énfasis que se ponga en la medicina preventiva - con participación de la comunidad, a través de todos sus miembros y de los agentes sanitarios, que valore el acto médico educativo y reconfortante - depende de factores ideológicos que se contraponen con la medicina curativa, innecesariamente tecnificada, aparatológica y alejada de las necesidades reales de la población. En esta última la que hemos vivido en los últimos años coincidentemente con la negación del problema de la desnutrición infantil, que es la misma que la negación de oportunidades a los niños argentinos, sin tener en cuenta que sin esta igualdad de oportunidades se fomenta el descontento, la desunión y se pone en peligro la paz social.

NOTA: Presentación del Dr. O'Donnell en las Primeras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias sobre "Niño, Familia, Sociedad" organizadas por la Asociación Argentina para UNICEF.

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús

LEY Nº 1679

Por cuanto:

La Legislatura de la Provincia del Neuquén

Sanciona con fuerza de LEY:

Artículo 1º: La subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén es la única institución reconocida dentro del territorio provincial para otorgar matrícula de especialista en las ramas de la medicina, de acuerdo a las facultades conferidas en el Artículo 1º de la Ley Provincial 578.

Artículo 2º: Se denomina especialista al médico o médico cirujano que por haber adquirido conocimientos técnicos especiales y suficientes debidamente acreditados según la presente Ley, está en condiciones de efectuar prestaciones médicas en un campo determinado de la medicina.

Artículo 3º: Las especialidades médicas reconocidas por la Subsecretaría de Salud, son las siguientes:

Especialidades Clínicas

Clínica Médica
Alergia e Inmunología
Cardiología
Dermatología
Endocrinología y Nutrición.
Fisiatría
Gastroenterología
Hematología y Hemoterapia
Infectología
Nefrología
Neumonología
Neurología
Oncología Clínica
Psiquiatría
Reumatología
Terapia Intensiva

Especialidades Quirúrgicas

Cirugía General
Cirugía Cardiovascular
Cirugía Oftalmológica
Cirugía Otorrinolaringológica
Cirugía Oncológica
Cirugía Pediátrica
Cirugía Plástica
Cirugía Torácica
Cirugía Traumatológica y Ortopédica
Cirugía Urológica
Neurocirugía

Especialidades Pediátricas

Pediatría
Neonatología

Especialidades Tocoginecológicas

Obstetricia
Ginecología

Especialidades de Servicios Intermedios

Anestesiología
Anatomía Patológica

Medicina por Imágenes
Medicina Nuclear
Terapéutica Radiante

Otras Especialidades

Medicina de Trabajo
Medicina Legal
Médico Sanitarista o Diplomado en Salud Pública
Medicina General, Rural y/o de Familia

Artículo 4º: A los fines del Artículo 1º de la presente Ley, la Subsecretaría de Salud designará una Comisión Asesora de Especialidades Médicas, integrada por un (1) representante de la Federación Médica del Neuquén, dos (2) representantes de la Asociación Médico Científica de Neuquén y Río Negro y dos representantes de la Subsecretaría de Salud. Estos miembros tendrán carácter permanente. Además se agregarán a la citada un (1) miembro representante de la Asociación Médico Científica de Neuquén y Río Negro y un (1) representante de la Subsecretaría de Salud pertenecientes a la especialidad que en cada caso se trata. En caso de no haberlo en la Zona estos miembros deberán pertenecer a la especialidad madre afín. Estos dos(2) últimos miembros no serán integrantes estables de la Comisión mencionada sino que se designarán en cada oportunidad de acuerdo a la especialidad a evaluar.

Serán funciones de la Comisión Asesora de Especialidades Médicas:

a) Considerar las solicitudes que presenten los aspirantes a la matrícula de especialista, valorando sus títulos y antecedentes.

b) Entender en la acreditación del desempeño en la profesión a los fines de revalidar la matrícula de especialista cada cinco (5) años.

c) Reconocer la inclusión de nuevas especialidades, de acuerdo a lo determinado en el Artículo 9º de la presente Ley.

Las decisiones de esta Comisión se tomarán por simple mayoría, debiendo fundamentarse por escrito las opiniones.

Artículo 5º: Para el otorgamiento de la matrícula de especialista, la Subsecretaría de Salud exigirá el cumplimiento de las siguientes condiciones:

a) Título de Médico.

b) Antecedentes: el aspirante deberá cumplir con uno de los siguientes requisitos:

1) Certificación de contar con cinco (5) años - como mínimo - posteriores a la obtención del título de médico ejerciendo la especialidad a la que se postula en forma ininterrumpida en servicios asistenciales con especialidades diferenciales.

Se aceptarán - a los fines del cómputo del tiempo del ejercicio citado - interrupciones no mayores de seis (6) meses en un (1) año y no tener más de tres (3) interrupciones en total en el periodo de cinco(5) años, excluyendo los periodos mencionados.

Este ejercicio debe ser certificado por el jefe del servicio y el director del establecimiento u otra

autoridad que a juicio de la Subsecretaría de Salud sea competente, detallando tiempo y duración del mismo y frecuencia semanal, no debiendo ser inferior a veinticinco (25) horas semanales, excluyendo guardias.

2) Residencia completa en la especialidad.

3) Acreditar el desempeño ininterrumpido de una especialidad durante el término de diez (10) años en la Provincia del Neuquén acreditado mediante certificación institucional, y encontrarse al momento de la promulgación de la presente Ley ejerciendo la profesión en esta Provincia. Esta situación es de excepción, por única vez y los interesados deberán acogerse a la misma dentro del año posterior a su promulgación.

4) Aprobar el examen de competencia en la especialidad que se tomara una (1) vez por año, siempre que existan postulantes en la fecha y la forma que fije la Subsecretaría de Salud.

Artículo 6º: El examen establecido en el Artículo 5º consistirá en una prueba teórico-práctica ante un Jurado integrado por dos (2) representantes de la Subsecretaría de Salud, dos (2) representantes de la Asociación Médica de la especialidad y un (1) representante de la Federación Médica del Neuquén. Cuando el postulante lo hiciere en una especialidad en la que no hubiere representación de la Sociedad correspondiente de la Zona, el Jurado se integrará con dos (2) representantes de Sociedad madre afín.

Los miembros del Jurado deberán pertenecer a la especialidad en la que se examina al postulante. En caso de no haber médicos especialistas en la rama de la medicina que se evalúe deberá el Jurado integrarse con médicos especialistas del país citados a tal fin.

La decisión del Jurado será por simple mayoría y la misma será inapelable. En caso de que la misma sea adversa al interesado, el mismo no podrá presentarse a una nueva prueba hasta que transcurra un plazo mínimo de un (1) año.

Artículo 7º: Los profesionales que al momento de la sanción de la presente Ley cuenten con matrícula de especialista otorgada por la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén, quedarán incorporados de hechos como tales.

Artículo 8º: La validez de la matrícula de especialista otorgada por la Subsecretaría de Salud, será por el término de cinco (5) años contados a partir de la promulgación de la presente Ley.

La matrícula de especialista será renovada mediante acreditación del desempeño ininterrumpido de la especialidad, tomándose a tal fin como válidos los requisitos que se determinan en la reglamentación pertinente.

Si a juicio de la Comisión Asesora no se reuniesen los requisitos para renovar la certificación, ello será comunicado al interesado en un plazo no mayor de noventa (90) días y éste tendrá derecho a una nueva prueba de evaluación mediante un examen teórico-práctico, de acuerdo a lo determinado en los artículos 5º y 6º de la presente Ley.

Artículo 9º: La nómina de especialidades reconocidas fijadas en el Artículo 3º de la presente Ley podrá ser modificada con nuevas inclusiones mediante disposición de la Subsecretaría de Salud. Para ello, con una periodicidad anual, la Comisión Asesora de Especialidades Médicas efectuará el análisis del reconocimiento de nuevas especialidades a solicitud de los interesados y dictaminará al respecto.

La Subsecretaría de Salud comunicará la decisión final a los interesados dentro de los treinta (30) días de finalizado el periodo de un (1) año antes mencionado. A efectos del reconocimiento deberá acreditarse que la especialidad solicitada se encuentra comprendida dentro de los planes de estudio de las facultades de Medicina de la República Argentina o en su defecto que esté ampliamente justificada por el progreso de la ciencia o de la técnica.

Artículo 10º: Se autorizará el ejercicio de las prácticas especializadas si estas forman parte integral de la formación como especialista. Requerirán una evaluación específica las que sean del campo de la especialidad pero que exijan un entrenamiento particular, rigiéndose por las mismas normas que están estipuladas en el examen teórico-práctico para su habilitación (Artículo 6º) y a los de renovación para su ejercicio continuado (Artículo 8º).

Artículo 11º: Derógase el Artículo 21 de la Ley 578 y su igual del Decreto Reglamentario 358/78, así como toda norma que se oponga a la presente.

Artículo 12º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura Provincial del Neuquén, a los treinta días de diciembre de mil novecientos ochenta y seis.

Fdo. Ing. Horacio Eduardo Forni - Dn. Ernesto Amstein

Registrada bajo el número 1679
Neuquén, 6 de enero de 1987

POR TANTO:

Téngase por Ley de la Provincia, cúmplase, comuníquese, dése al Registro y Boletín Oficial y archívese.

Decreto N° 0038

SAPAG - L.J. Jallil

LEY 1761

PROYECTO 2171

DE LEY

EXPT.E. P-018/87

DESPACHO DE COMISION

Honorable Cámara:

Vuestra Comisión de Legislación Social, Deportes y Salud Pública, por unanimidad - y por las razones que os daré su miembro informante, diputado Juan Carlos Ibañez - os aconseja la sanción del siguiente proyecto de Ley:

La Legislatura de la Provincia del Neuquén sanciona con fuerza de LEY:

Artículo 1º: Modificase el artículo 4º de la Ley 1679, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 4º: A los fines del Artículo 1º de la Presente Ley el Ministerio de Salud designará una Comisión Asesora de Especialidades Médicas, integrada por un (1) representante de la Federación Médica del Neuquén, un (1) representante de la Asociación Médico Científica de Neuquén y Río Negro y dos (2) representantes del Ministerio de Salud. Estos miembros tendrá un carácter permanente. Además se agregarán a la citada un (1) miembro representante de la Federación Médica del Neuquén y de la Asociación Médico Científica de Neuquén y Río Negro y dos (2) representantes del Ministerio de Salud pertenecientes a la especialidad que en cada caso se trata. En caso de no haberlo en la zona estos miembros deberán pertenecer a la especialidad madre afín. Estos tres (3) últimos miembros no serán integrantes estables de la Comisión mencionada sino que se designarán en cada oportunidad de acuerdo a la especialidad a evaluar.

Serán funciones de la Comisión Asesora de Especialidades Médicas:

a) Considerar las solicitudes que presenten los aspirantes a la matrícula de especialista, valorando sus títulos y antecedentes.

b) Entender en la acreditación del desempeño en la profesión a los fines de revalidar la matrícula de especialista cada cinco (5) años.

c) Reconocer la inclusión de nuevas especialidades, de acuerdo a lo determinado en el artículo 9º de la presente Ley.

Las decisiones de esta Comisión se tomarán por simple mayoría, debiendo fundamentarse por escrito las opiniones."

Artículo 2º: Modificase el artículo 5º de la Ley 1679, el que quedará redactado de la siguiente forma:

"Artículo 5º: Para el otorgamiento de la matrícula de especialista, el Ministerio de Salud exigirá el cumplimiento de las siguientes condiciones:

a) Título de Médico

b) Antecedentes: el aspirante deberá cumplir con uno de los siguientes requisitos:

1. Certificación de contar con cinco (5) años - como mínimo - posteriores a la obtención del título de médico ejerciendo la especialidad a la que se postula en forma ininterrumpida en servicios asistenciales con especialidades diferentes.

Se aceptarán - a los fines del cómputo del tiempo del ejercicio citado - interrupciones no mayores de seis (6) meses en un (1) año y no tener más de tres (3) interrupciones en total en el período de cinco (5) años, excluyendo los períodos mencionados.

Este ejercicio debe ser certificado por el jefe del servicio y el director del establecimiento u otra autoridad que a juicio del Ministerio de Salud sea competente, detallando tiempo y duración del mismo y frecuencia semanal, no debiendo ser inferior a veinticinco (25) horas semanales, excluyendo guardias.

2. Certificado de aprobación de residencia en la especialidad que sea reconocida conforme lo determina la reglamentación y/o certificado de aprobación de curso de post-grado dictado por universidad nacional.

3. Acreditar el desempeño ininterrumpido de una especialidad durante el término de diez (10) años en la Provincia del Neuquén mediante certificación institucional, y encontrarse al momento de la promulgación de la presente Ley ejerciendo la profesión en esta provincia.

Esta situación es de excepción, por única vez y los interesados deberán acogerse a la misma dentro del año posterior a su promulgación.

4. Aprobar el examen de competencia en la especialidad que se tomará una vez por año, siempre que existan postulantes en la fecha y forma que fije el Ministerio de Salud. A tal efecto el postulante deberá acreditar:

a) Cinco (5) años de recibido como médico.

b) Certificado de antecedentes de la especialidad en servicios oficiales hospitalarios y/o privados aprobados y previamente reconocidos por la Comisión de Especialidades Médicas, y que le permitan acceder al examen teórico práctico.

c) Acreditar domicilio real inmediato anterior en la Provincia de dos (2) años.

d) El postulante entregará bajo recibo, y con destino a la Comisión de Especialidades, su solicitud acompañada de sus antecedentes, la que se expedirá en cuanto a la admisibilidad o no de la posibilidad de rendir el examen conforme lo determine la reglamentación."

Artículo 3º: Para acogerse al término previsto en el artículo 5º inciso 3) el postulante contará con un año a partir de la reglamentación de la presente Ley.

Artículo 4º: Modificanse en su parte pertinente los artículos de la Ley 1679 donde dice Subsecretaría de Salud deberá leerse Ministerio de Salud.

Artículo 5º: El Poder Ejecutivo Provincial reglamentará la presente Ley en el término de noventa (90) días.

Artículo 6º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

SALA DE COMISIONES, 13 de julio de 1988.

Fdo.) IBÁÑEZ, Juan Carlos - Presidente - IRIGOYEN, Miguel Antonio - Secretario - MOSQUEIRA, Jorge Francisco - ALAMBILLAGA, Nilda Elvira - ARAVENA, Jorge Alberto - URIBE, Abel - GALVÁN, Juan Carlos - BRAGIL, Juan Carlos.

Universidad Nacional de Lanús

Modelo de Hospital General de Mediana Complejidad

Los días 7, 8 y 9 de abril de 1988 se realizaron en Cutral Lcó las VII Jornadas de la Sociedad de Medicina Rural, sobre este tema. Contamos con la presencia de socios médicos, enfermeros, agentes sanitarios, asistentes sociales y psicólogos de distintas procedencias de la provincia.

Prevía exposición de los temas a tratar y del marco conceptual propuesto, se procedió a trabajar en grupos heterogéneos; en base a guías de discusión y tablas estadísticas, cada grupo debió analizar distintos aspectos (edilicios, de personal, de funcionamiento), de un determinado hospital de mediana complejidad de la provincia y comparar esos aspectos con los del Hospital Bouquet Roldán.

Pese a que la discusión de los temas y el desarrollo de la dinámica grupal (que incluyó la dramatización de situaciones imaginarias que suelen darse en nuestros hospitales y comunidades), fueron muy ricas en contenido. Estos logros lamentablemente no fueron volcados enteramente en el papel, dificultando la transmisión de lo elaborado a los socios y la comunidad.

Del trabajo desarrollado en casi dos jornadas por los cinco grupos de trabajo surge una propuesta de hospital de mediana complejidad, que deberá ser adaptado con mayor precisión por el conjunto del personal de cada hospital en particular. Analizaremos aquí cada sector por separado, considerando la planta física y el recurso humano.

1.- Sector Internación:

Se propone una distribución de los pacientes internados según grupo etareo y sexo, rompiendo con el tradicional esquema de compartimientos estancos por especialidades. Esto permite desarrollar luego el funcionamiento por niveles crecientes de complejidad, según el siguiente esquema:

Sistema de Atención Progresiva

1. Autocuidado (a cargo de médicos generalistas).
2. Cuidados intermedios (a cargo de médicos generalistas).
3. Cuidados intensivos (a cargo de médicos especialistas).

El manejo internista de los primeros dos niveles de atención progresiva, a cargo de médicos generalistas, obviamente cuenta con los especialistas como interconsultores.

De este modo se contaría concretamente con una sala de hombres, una sala de mujeres, una sala de parto, una sala de autocuidado (para puerperas y embarazadas de domicilio alejado, tratamiento de enfermeros crónicos, internaciones sociales, etc.), sala de pediatría y neonatología y sala de infectados.

Este replanteo requiere el ingreso de más médicos generales y crea un recurso desocupado (los médicos especialistas) que sin embargo puede reubicarse de dos modos: encarando nuevas tareas en su mismo lugar de trabajo (docentes, asistenciales de alta complejidad y

tecnología, científicos) en la medida en que se complejice su hospital, o bien podría ser un recurso absorbido por hospitales de complejidad creciente como lo es actualmente el Hospital Neuquén.

2.- Sector Consultorios Externos:

De las estadísticas presentadas, surgió el dato del rechazo de demanda en la consulta externa hospitalaria (consultorios especializados) y la sobrecarga creciente de las consultas por guardia y en centros periféricos. La habilitación de consultorios externos en horarios no tradicionales (lo que quiere aumentar sobre todo el recurso de enfermería y estadística) podría aliviar la guardia a la vez que se deben habilitar más locales para oficiar de consultorios.

Tanto en los centros de salud como en el hospital a través de los consultorios de medicina general, la puerta de entrada exclusiva debería ser la consulta general a cargo de los médicos generalistas, apoyados - claro está - por consultorios de especialidades de referencia e interconsulta.

3.- Sector Guardia:

El personal médico debería distribuirse contando con dos o tres médicos generalistas de guardia activa y un médico de pasiva por cada especialidad.

4.- Centros de Salud:

Con respecto a la planta física, en general es inadecuada ya que la mayoría de los centros periféricos suelen funcionar en casas de planes de vivienda. Son además insuficientes en cantidad y tamaño.

Los centros de salud deben contar con un vehículo propio, disponible para el Área Programa periurbano del cual forma parte, y con una vía de comunicación rápida y eficaz con el hospital de cabecera (teléfono o intercomunicador).

Con respecto al funcionamiento, no se encontró una solución al problema que plantea el doble registro estadístico (historias clínicas). El horario de atención dependerá de la programación local y de la cantidad de Personal con que cuente cada centro periférico.

El equipo primario de salud (EPS), formado por enfermera, mucama, agente sanitario, odontólogo, médico general, asistente social y psicólogo estables y eventual personal de estadística, incluye al especialista de concurrencia periódica y programada para realizar interconsultas, docencia y recibir derivaciones.

Las funciones del EPS son la promoción y prevención de la salud, el desarrollo de relaciones intra e intersectoriales y la tarea asistencial. El centro de salud como puerta de entrada al sistema podrá descongestionar los consultorios externos de intramuros de los hospitales en la medida en que se amplíe la cobertura, es decir se construyan nuevos centros de salud según las necesidades de cada población y su distribución demográfica, y se nombre el personal necesario, conforme a una coherente política

de salud comprometida con la Atención Primaria de la Salud como estrategia.

El Area Programa no debe divorciarse del hospital al cual pertenece. Para ello es necesario contar con una coordinación entre los centros y el hospital.

5.- Area Rural:

Forma parte del Area Programa, con un jefe que debe ser médico generalista con dedicación exclusiva.

Debe contar con un cronograma estable de visitas y con encargados de área, que realicen su labor en base a una programación local que considere la participación real de la comunidad. Como sector, debe contar con un vehículo propio y apropiado, y con demás recursos propios.

La formación del agente sanitario de un área (que le será asignada considerando cantidad de viviendas y extensión) deberá contar con aspectos sociales y elementos básicos de enfermería que le permitan resolver necesidades inmediatas y concretas de su comunidad. El manejo de vademecum básico, la recepción de partos normales, realización de suturas, conocimiento de saneamiento ambiental y manejo de altas precoces lo incentivarán, y le ayudarán a lograr el respeto de la comunidad al dejar de ser el eterno "derivólogo". Una "carrera de agente sanitario" evitará por otra parte su obligado pase hacia la enfermería como única vía de capacitación y superación. El agente sanitario debería tener su origen y domicilio en la zona rural que se le asigna para el desarrollo de su trabajo.

En general los hospitales de mediana complejidad tienen un déficit importante de personal de enfermería.

mucamas y agentes sanitarios, así como de médicos generalistas, a expensas de una hipertrofia del sector de especialistas. Ante un crecimiento de las necesidades profesionales, las mismas deberán satisfacerse con recursos generalistas, quedando el especialista a cargo de los pacientes ambulatorios derivados por los generalistas, los internados del tercer nivel (ver cuadro de atención progresiva) e interconsultas con los dos niveles previos, las guardias pasivas y el intercambio docente con el Area Programada.

El generalista se encargará de la internación en sus dos primeros niveles, del centro de salud, del consultorio externo del hospital, de las salidas al área rural y de la guardia general. Mas allá de la capacitación técnica del recurso profesional que lo divide en dos grandes grupos (generalistas-especialistas), el buen funcionamiento del servicio de salud que se debe brindar, solo estará garantizado si se mantiene una buena relación interpersonal entre los integrantes del equipo de salud, en base a la cooperación, la participación, la responsabilidad y la solidaridad de todas sus partes. Para que el debate continuo sobre la finalidad de la institución y el equipo se pueda llevar a cabo, se requiere de un tiempo y un espacio institucional que lime las asperezas que suelen dificultar las relaciones interpersonales. Por otro lado, gran parte de las dificultades en el desempeño de todo el personal no solo depende de problemas personales, sino también del desconocimiento de las dependencias administrativas, por lo que es imprescindible conocer exactamente las funciones, las dependencias claras, las vías administrativas correspondientes, a la vez que se debe democratizar las estructuras, consensuando las decisiones tomadas por todo el equipo.



"Hospital General de Mediana complejidad: Sector Guardias".

Declaración de los

PREAMBULO

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en su Carta su fé en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y su determinación de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Considerando que las Naciones Unidas han proclamado en la Declaración Universal de Derechos Humanos que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciadas en ella, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Considerando que el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

Considerando que la necesidad de esta protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los convenios constitutivos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Considerando que la humanidad debe al niño lo mejor que pueda darle:

PROCLAMA la presente Declaración de los Derechos del Niño, a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

PRINCIPIO 1:

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, sea del propio niño o de su familia.

PRINCIPIO 2:

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

Al promulgar leyes con ese fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

PRINCIPIO 3:

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y una nacionalidad.

PRINCIPIO 4:

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Derechos del Niño

PRINCIPIO 5:

El niño físico o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso especial.

PRINCIPIO 6:

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

PRINCIPIO 7:

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

PRINCIPIO 8:

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

PRINCIPIO 9:

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

PRINCIPIO 10:

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Por el Dr. Gustavo Armand Ugon.

Jefe a/c Farmacia Hospital Provincial Neuquén.

1) BENZODIAZEPINAS.

Ansiolíticos e hipnóticos.

Las benzodiazepinas forman un grupo homogéneo en el plano químico, farmacológico y bioquímico: se les reconocen 3 propiedades:

- ansiolítica.
- sedativa.
- hipnótica (resultado de las dos anteriores).

Esta ficha no revisa las propiedades anticonvulsivantes ni miorrelajantes de las benzodiazepinas.

CUANDO PRESCRIBIR UNA BENZODIAZEPINA

Las BDZ son un tratamiento sintomático eficaz de:

- la ansiedad.
- el insomnio.

Sin embargo, todo estado ansioso o todo insomnio no necesariamente requiere la prescripción de un tranquilizante, en particular BDZ, donde el consumo en Argentina crece regularmente. Se requiere que el médico tratante evalúe el momento en que la ansiedad cesa de ser un componente normal de toda personalidad, para volverse invalidante.

PARA TENER EN CUENTA ANTES DE PRESCRIBIRLAS:

- Dos contraindicaciones deben ser absolutamente respetadas:
 - alergia conocida a benzodiazepinas.
 - insuficiencia respiratoria severa.
- En caso de insuficiencia respiratoria moderada o de miastenia, la posología debe disminuirse y la administración requiere supervisión estricta.
- En caso de insuficiencia renal y/o hepática, puede hacerse necesario adaptar la posología.
- Durante el embarazo (1º y 3º trimestre) la prescripción debe evitarse y no es recomendada durante la lactancia.
 - En el niño, la prescripción debe ser excepcional, puntual y de corta duración.
 - En los ancianos, los riesgos de acumulación deben evitarse mediante una posología reducida.
 - En los estados depresivos, las BDZ pueden actuar sobre los componentes de ansiedad y sobre el insomnio. Prescritas solas, no constituyen un tratamiento de la depresión y pueden llegar a enmascarar los signos.

COMO PRESCRIBIR UNA BENZODIAZEPINA

La toma de dosis altas o en forma prolongada pueden inducir a estados de dependencia síquica, como física y exposición a los síndromes de adicción.

- El aumento sistemático de la dosis o la posología, no está forzosamente ligado a un beneficio terapéutico, las presentaciones de dosis altas deben reservarse a los casos de ansiedad severa.

- En el tratamiento del insomnio, ya sea ligero o severo, las dosis más bajas serán las que deben usarse en la primera ocasión y los recursos de una dosis alta deben ser excepcionales.

- La prescripción de una BDZ, más allá de varios meses, aumenta sensiblemente el riesgo de dependencia, y el mantenimiento de su eficacia a largo plazo no ha sido demostrado. El tratamiento no debe ser interrumpido bruscamente, sino progresivamente disminuido.

- Los riesgos de somnolencia diurna, de accidentes de circulación y de trabajo son aumentados por:

• Interacciones y adiciones de efectos con los neurolépticos, y ciertos antidepresivos sedantes

• La co-prescripción muy frecuente de otros benzodiazepínicos

• El consumo de bebidas alcohólicas.

CUAL BENZODIAZEPINA PRESCRIBIR

La elección debe tener en consideración:

- La vida media plasmática.

- La búsqueda de una acción hipnótica con un fácil despertar.

- El tratamiento de las manifestaciones agudas.

- La prevención de efectos de acumulación en pacientes de edad, que indica sobre todo la utilización de un producto de vida media corta o intermedia.

- La reducción del número de tomas en los tratamientos prolongados, se obtiene por la elección de productos de vida media larga, toda vez que no exista relación estricta ni constante entre la vida plasmática de las benzodiazepinas y los efectos buscados o indeseables.

- La rapidez de la resorción que influye sobre la precocidad del pico plasmático, aunque las correlaciones farmacoclinicas aparecen inciertas.

- La prevalencia de una de las propiedades terapéuticas, que dependen más de la posología utilizada que de las características individuales de cada sustancia.

Las investigaciones experimentales y clínicas tienden a disociar las propiedades sedativas, ansiolíticas e hipnóticas.

ANSIOLITICOS

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
ANSIETEN 30 mg Ketazolam Beta.	COMPRIMIDO c/30 RANURADO	70	160.95	5.37	5.37
APLACASSE Lorazepan 1 mg Essex.	COMPRIMIDO c/50 RANURADO	12	26.81	0.54	1.08
APLACASSE Lorazepan 2.5 mg Beta.	COMPRIMIDO c/50 RANURADO		34.80	0.70	1.40
ARMONIL Diazepan 15 mg Alet.	CAPS. LP c/30	30	59.51	1.98	3.96
ATEMPERATOR Bromazepan 3 mg Armstrong.	c/20 COMPRIMIDOS	20	17.69	0.88	1.76
	c/50 COMPRIMIDOS		31.76	0.64	1.28
ATEMPERATOR Bromazepan 6 mg Armstrong.	c/20 COMPRIMIDOS		28.69	1.43	2.86
	c/50 COMPRIMIDOS		59.27	1.19	2.38
ATEMPERATOR Bromazepan 12 mg Armstrong.	c/20 COMPRIMIDOS		46.92	2.35	4.70
	c/50 COMPRIMIDOS		113.78	2.28	4.56
CATAMEN Bromazepan 3 mg Paylos.	COMPRIMIDOS c/20		23.78	1.19	2.38
CATAMEN Bromazepan 6 mg Paylos.	COMPRIMIDOS c/20		32.17	1.61	3.22
CATAMEN Bromazepan 12 mg Paylos.	COMPRIMIDOS c/20		49.05	2.45	4.90
CLORAZEPATO DIPOTASICO 10 mg Fecofar.	COMPRIMIDOS c/20		17.88	0.89	1.78
COVENGAR 5 mg Clorazepato dipotasico Paylos.	COMPRIMIDOS c/20	70	16.75	0.84	1.68
COVENGAR 10 mg Clorazepato dipotasico Paylos.	COMPRIMIDOS c/20	16.75	0.84	1.68	
CREOSEDIN Bromazepan 3 mg Osiris.	c/20 COMPRIMIDOS	20	17.79	0.89	1.78
	c/50 COMPRIMIDOS		37.17	0.74	1.58
CREOSEDIN Bromazepan 6 mg Osiris.	c/20 COMPRIMIDOS		26.66	1.33	2.66
	c/50 COMPRIMIDOS		57.56	1.15	2.30
CUADEL Diazepan 5 mg Cetus.	c/50 COMPRIMIDOS	24.04	0.48	0.96	
CUADEL Diazepan 10 mg Cetus.	c/100 COMPRIMIDOS	35.08	0.35	0.70	
	c/50 COMPRIMIDOS	31.61	0.63	1.26	

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
CUADEL Diazepam Cetus.	Gotas fr. 20 ml		17.93	0.60 / ml	0.60
CUADEL Diazepam 15 mg Cetus.	Cápsulas c/24		17.93	0.75	1.50
CURANSIEX Clorazepato Dipotásico Flaminio.	Comprimidos c/30	70	45.20	1.51	3.02
DIAZEPAN 5 mg Argentia	Comprimidos c/20	30	14.32	0.72	1.44
DIAZEPAN 5 mg Devege.	Comprimidos c/20		17.86	0.89	1.78
DILAMET 1 Lormetazepan Gramon.	Comprimidos Ranurados c/60	20	106.86	1.78	2.56
DILAMET 2.5 Lormetazepan Gramon.	Comprimidos Ranurados c/60		207.90	3.47	6.94
EFASEDAN Lorazepan 1 mg Efa.	Comprimido c/30 c/50	12	17.97	0.67	1.74
EFASEDAN Lorazepan 2 mg Efa.			c/30 c/50	20.77	0.42
EMOTIVAL Lorazepan 1 Armstrong	Comprimidos Ranurados c/20 c/50 c/100	12	17.69	0.88	1.76
EMOTIVAL Lorazepan 2 mg Armstrong			c/20 c/50 c/100	19.54 33.77	0.39 0.34
ENADINE Clorazepato Dipotasico York.	Cápsulas c/10	70	6.01	5.60	5.60
EQUIPAZ Prazedap 5 mg Parke-Davis	Comprimidos c/20	70	17.95	0.88	1.76
EQUISEDIN Bromazepan 3 mg Lazar	Comprimidos c/20 c/50	20	29.83	1.49	2.98
EQUISEDIN Bromazepan 6 mg Lazar			c/20 c/50	63.40	1.27
EQUISEDIN Bromazepan 12 mg Lazar	Comprimidos c/20 c/50	20	46.31	2.32	4.64
EQUISEDIN Bromazepan 12 mg Lazar			c/20 c/50	98.55	1.97
GASMOL Bromazepan 3 mg Gasavel.	Comprimidos c/20 c/50	20	79.13	3.96	7.92
GASMOL Bromazepan 6 mg Gasavel.			c/20 c/50	168.33	3.67
GASMOL Bromazepan 3 mg Gasavel.	Comprimidos c/20 c/50	20	24.56	1.23	2.46
GASMOL Bromazepan 6 mg Gasavel.			c/20 c/50	58.65	1.17
GASMOL Bromazepan 6 mg Gasavel.	Comprimidos c/20 c/50	20	39.68	1.98	3.96
GASMOL Bromazepan 6 mg Gasavel.			c/20 c/50	79.85	1.60

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs
CUADEL Diazepam Cetus.	Gotas fr. 20 ml		17.93	0.60 / ml	0.60
CUADEL Diazepam 15 mg Cetus	Cápsulas c/24		17.93	0.75	1.50
CURANSIEX Clorazepato Dipotásico Flaminio.	Comprimidos c/30	70	45.20	1.51	3.02
DIAZEPAN 5 mg Argentina	Comprimidos c/20	30	14.32	0.72	1.44
DIAZEPAN 5 mg Devege	Comprimidos c/20		17.86	0.89	1.78
DILAMET 1 Lormetazepam Gramon.	Comprimidos Ranurados c/60	20	106.86	1.78	2.56
DILAMET 2.5 Lormetazepam Gramon.	Comprimidos Ranurados c/60		207.90	3.47	6.94
EFASEDAN Lorazepam 1 mg Efa.	Comprimido c/30 c/50		17.97 20.77	0.67 0.42	1.74 0.84
EFASEDAN Lorazepam 2 mg Efa.	Comprimidos c/30 c/50	12	17.97 24.78	0.60 0.50	1.20 1.00
EMOTIVAL Lorazepam 1 Armstrong.	Comprimidos Ranurados c/20 c/50 c/100		17.69 19.54 33.77	0.88 0.39 0.34	1.76 0.78 0.68
EMOTIVAL Lorazepam 2 mg Armstrong.	Comprimidos Ranurados c/20 c/50 c/100		17.69 26.66 45.25	0.88 0.53 0.45	1.76 1.06 0.90
ENADINE Clorazepato Dipotásico York.	Cápsulas c/10	70	56.01	5.60	5.60
EQUIPAZ Prazedan 5 mg Parke-Davis	Comprimidos c/20	70	17.95	0.88	1.76
EQUISEDIN Bromazepam 3 mg Lazar	Comprimidos c/20 c/50		29.83 63.40	1.49 1.27	2.98 2.54
EQUISEDIN Bromazepam 6 mg Lazar	Comprimidos c/20 c/50		46.31 98.55	2.32 1.97	4.64 2.94
EQUISEDIN Bromazepam 12 mg Lazar.	Comprimidos c/20 c/50	20	79.13 168.33	3.96 3.67	7.92 7.34
GASMOL Bromazepam 3 mg Gasavel.	Comprimidos c/20 c/50		24.56 58.65	1.23 1.17	2.46 2.34
GASMOL Bromazepam 6 mg Gasavel.	Comprimidos c/20 c/50		39.68 79.85	1.98 1.60	3.96 3.20

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
GASMOL Bromazepan 12 mg Gasavel.	Comprimidos c/10	20	39.96	4.00	8.00
	c/30		102.57	3.42	6.84
GRADUAL Diazepan 2 mg Richtel.	Comprimidos Ranurados c/20	30	17.89	0.89	1.78
GRADUAL Diazepan 5 mg Richtel.	Comprimidos Ranurados c/20		17.89	0.89	1.78
GRADUAL Diazepan 10 mg Richtel.	Comprimidos Ranurados c/20		17.89	0.89	1.78
GUBEX Diazepan 5 mg Omega.	Comprimidos c/20		17.96	0.89	1.78
GUBEX Diazepan 10 mg Omega.	Comprimidos c/20		17.96	0.89	1.78
JUSTUM 10 mg Clorazepato Dipotásico Labinca.	Comprimidos c/20 c/50		70	16.05 27.19	0.80 0.54
KALMALIN Lorazepan 1 mg Montpellier.	Comprimidos c/40	12	31.01	0.78	1.56
KALMALIN Lorazepan 2.5 mg Montpellier.	Comprimidos c/20		32.12	1.61	3.22
KAFIDIUM Cllobazam 10 mg Hoescht.	Comprimidos c/30	30	44.53	1.49	2.98
	c/60		88.38	1.47	2.94
	c/120		174.74	1.46	2.92
KAFIDIUM Cllobazam 20 mg Hoescht.	Comprimidos c/30	70	73.42	2.45	4.90
	c/60		143.96	2.40	4.80
LARPAZ Ketazolam Volpino.	Comprimidos c/15	70	114.93	7.66	7.66
	c/30		224.74	7.49	7.49
LEMBROL Diazepan 2.5 mg Gramon.	Comprimidos c/50	30	17.85	0.36	0.72
	c/100		22.58	0.23	0.46
LEMBROL Diazepan 5 mg Gramon.	Comprimidos c/50	30	25.57	0.51	1.02
	c/100		43.36	0.44	0.88
LEMBROL Diazepan 10 mg Gramon.	Comprimidos c/50	30	42.87	0.86	1.72
	c/100		82.64	0.83	1.66
LEXOTANIL Bromazepan 3 mg Roche.	Comprimidos c/20	20	26.11	1.31	2.62
	Ranurados c/50		55.16	1.10	2.20
LEXOTANIL Bromazepan 6 mg Roche.	Comprimidos c/20		37.98	1.90	3.80
	Ranurados c/50		82.33	1.65	3.30
LEXOTANIL Bromazepan 12 mg Roche.	Comprimidos c/20		57.82	2.89	5.78
	Ranurados c/50		124.94	2.50	5.00

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
LORAZEPAN CHOBET Lorazepan 1 mg Souberian-Chobet.	Comprimidos c/20	12	17.96	0.90	1.80
	c/50		17.96	0.90	1.80
LORAZEPAN CHOBET Lorazepan 2 mg Souberian-Chobet.	Comprimidos c/20		17.96	0.90	1.80
	c/50		21.59	0.43	0.86
LORAZEPAN CHOBET Lorazepan 5 mg Souberian-Chobet.	Comprimidos c/50		27.50	0.55	1.10
MODERANE 10 Clorazepato Dipotásico Essex.	Comprimidos c/50	70	33.78	0.68	2.36
MODIUR 10 Clorazepato Dipotásico Arston.	Comprimidos c/10		23.44	2.34	4.68
NERMSTOP-D Diazepan 2 mg Ingram.	Comprimidos c/20	30	19.54	0.98	1.96
NERMSTOP-D Diazepan 5 mg Ingram.	Comprimidos c/20		48.86	2.44	4.88
NERMSTOP-L Lorazepan 1 mg Ingram.	Comprimidos c/10	12	23.44	2.34	4.68
	c/20		34.51	1.73	3.46
NERMSTOP-L Lorazepan 2.5 mg Ingram.	Comprimidos c/20		19.54	0.98	1.96
NESONTIL Oxazepan Promeco.	Comprimidos c/20	8	17.88	0.89	1.78
NEUROZEPAN Bromazepan 3 mg Labinca.	Comprimidos c/20	20	25.76	1.29	2.58
	c/50		44.80	0.90	1.80
NEUROZEPAN Bromazepan 6 mg Labinca.	Comprimidos c/20		32.86	1.64	3.28
	c/50		67.52	1.35	2.70
NULASTRES Bromazepan 3 mg Duncan.	Comprimidos c/20		36.45	1.82	3.64
	c/50		60.35	1.21	2.42
NULASTRES Bromazepan 6 mg Duncan.	Comprimidos c/20		49.47	2.47	4.94
	c/50		90.23	1.80	3.60
NULASTRES Bromazepan 12 mg Duncan.	Comprimidos c/20		74.27	3.71	7.42
	c/50		148.05	2.96	5.92
OCTANYL Bromazepan 3 mg Bago.	Comprimidos c/50		53.35	1.07	2.14
OCTANYL Bromazepan 6 mg Bago.	Comprimidos c/50		69.47	1.39	2.78
OCTANYL Bromazepan 12 mg Bago.	Comprimidos c/50	93.99	1.86	3.76	

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.	
PIXIE Clobazam Lando.	Comprimidos c/50	30	159.53	3.19	6.38	
PLIDAN Diazepam 2 mg Roemmers.	c/20	30	17.97	0.90	1.80	
	c/50		17.97	0.90	1.80	
PLIDAN Diazepam 5 mg Roemmers.	c/20		15.60	0.78	1.56	
	c/50		19.70	0.39	0.78	
PLIDAN Diazepam 10 mg Roemmers.	c/20		17.97	0.90	1.80	
	c/50		23.03	0.46	0.92	
PRINOX Alprazolam 0.5 mg Andromaco.	c/30	12	68.29	2.28	4.56	
	c/50		105.93	2.12	4.24	
PRINOX Alprazolam 1 mg Andromaco.	Comprimidos c/30		130.90	4.36	8.72	
PROSERUM Lorazepam Hetty.	Comprimidos c/30		54.23	1.81	3.62	
RAYSEDAN Clordiazepoxido Raymos.	c/20	23	36.10	1.81	3.62	
	c/50		56.50	1.13	2.26	
RUPEDIZ Diazepam 5 mg Bioquim.	c/20	30	28.44	1.42	2.84	
	c/50		120.86	1.21	2.42	
RUPEDIZ Diazepam 10 mg Bioquim.	c/20		38.14	1.91	3.82	
	c/50		81.05	1.62	3.24	
SAROMET Diazepam Sintyal.	Comprimidos c/50			17.83	0.36	0.72
SAROMET FULLTIME Diazepam 10 mg Sintyal.	Cápsulas c/20			30.68	1.53	3.06
SEDATIVAL Lorazepam 1 mg Raffo.	Comprimidos c/24	12	18.12	0.76	1.52	
	Comprimidos c/24		18.12	0.76	1.52	
SIDENAR Lorazepam 1 mg Synco.	Comprimidos c/50		31.64	0.63	1.26	
SIDENAR Lorazepam 2.5 mg Synco.	Comprimidos c/50		38.55	0.77	1.54	
SIPCAR Bromazepam 6 mg Microsules-Bernabo.	Comprimidos c/20	20	62.91	3.15	6.30	
SUISAN Clobazam 5 Via Pharma.	c/20	30	30.16	1.51	3.02	
	c/50		63.57	1.27	2.54	

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.	
PIXIE Clobazam Lando.	Comprimidos c/50	30	159.53	3.19	6.38	
PLIDAN Diazepam 2 mg Roemmers.	c/20	30	17.97	0.90	1.80	
	c/50		17.97	0.90	1.80	
PLIDAN Diazepam 5 mg Roemmers.	c/20		15.60	0.78	1.56	
	c/50		19.70	0.39	0.78	
PLIDAN Diazepam 10 mg Roemmers.	c/20		17.97	0.90	1.80	
	c/50		23.03	0.46	0.92	
PRINOX Alprazolam 0.5 mg Andromaco.	c/30	12	68.29	2.28	4.56	
	c/50		105.93	2.12	4.24	
PRINOX Alprazolam 1 mg Andromaco.	Comprimidos c/30		130.90	4.36	8.72	
PROSERUM Lorazepam Hetty	Comprimidos c/30		54.23	1.81	3.62	
RAYSEDAN Clordiazepoxido Raymos.	c/20	23	36.10	1.81	3.62	
	c/50		56.50	1.13	2.26	
RUPEDIZ Diazepam 5 mg Bioquim.	c/20	30	28.44	1.42	2.84	
	c/50		120.86	1.21	2.42	
RUPEDIZ Diazepam 10 mg Bioquim.	c/20		38.14	1.91	3.82	
	c/50		81.05	1.62	3.24	
SAROMET Diazepam Sintyal.	Comprimidos c/50			17.83	0.36	0.72
SAROMET FULLTIME Diazepam 10 mg Sintyal.	Cápsulas c/20			30.68	1.53	3.06
SEDATIVAL Lorazepam 1 mg Raffo.	Comprimidos c/24	12	18.12	0.76	1.52	
	Comprimidos c/24		18.12	0.76	1.52	
SIDENAR Lorazepam 1 mg Synco.	Comprimidos c/50		31.64	0.63	1.26	
SIDENAR Lorazepam 2.5 mg Synco.	Comprimidos c/50		38.55	0.77	1.54	
SIPCAR Bromazepam 6 mg Microsules-Bernabo.	Comprimidos c/20	20	62.91	3.15	6.30	
SUISAN Clobazam 5 Via Pharma.	c/20	30	30.16	1.51	3.02	
	c/50		63.57	1.27	2.54	

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
SUISAN Clobazam 10 Via Pharma	c/20	30	53.83	2.69	5.38
	c/50		113.71	2.27	4.54
TENCILAN Clorazepato Dipotásico Finadiet	c/20	70	19.40	0.98	1.96
	c/50		41.91	0.84	1.68
TENCILAN Clorazepato Dipotásico 10 Finadiet	c/20	70	28.83	1.44	2.88
	c/50		60.40	1.21	2.42
TRANQUINAL Alprazolam 0.5 mg Bago.	Comprimidos	c/50	116.05	2.32	4.64
TRANQUINAL Alprazolam 1 mg Bago.	Comprimidos	c/50	172.39	3.45	6.90
TRANXILUM Clorazepato Dipotásico 5 mg Gador.	Cápsulas	c/50	37.29	0.75	1.50
		c/100	72.18	0.72	1.44
TRANXILUM Clorazepato Dipotásico 10 mg Gador.	Cápsulas	c/50	53.35	1.07	2.14
		c/15	27.44	1.83	3.66
TRAPAX Lorazepam 1 mg Wyeth.	Comprimidos	c/20	17.88	0.89	1.78
		c/50	21.80	0.44	0.88
TRAPAX Lorazepam 2.5 mg Wyeth.	Comprimidos	c/20	17.88	0.89	1.78
		c/50	36.17	0.72	1.44
URBADAN Clobazam 10 mg Roussel-Lutetia.	Comprimidos	c/30	84.25	2.81	5.62
		c/60	142.99	2.38	4.76
URBADAN Clobazam 20 mg Roussel-Lutetia	Comprimidos	c/30	99.12	3.30	6.60
		c/60	171.28	2.85	3.70
VALIUM Diazepam 2 mg Roche.	Comprimidos	c/20	17.97	0.90	1.80
		c/100	30.82	0.31	0.62
VALIUM Diazepam 5 mg Roche.	Comprimidos	c/20	17.97	0.90	1.80
		c/100	45.93	0.46	0.92
VALIUM Diazepam 10 mg Roche.	Comprimidos	c/20	17.97	0.90	1.80
		c/50	34.39	0.69	1.78
VALIUM JARABE Diazepam 2 mg/5 ml Roche.	Frasco x 100 ml		17.97	0.90 / 5 ml	0.90
VICTAN Loflazepato 2 mg Sanofi.	Comprimidos	c/30	115.05	3.84	3.84
		c/60	225.50	3.76	3.76
VICTAN Loflazepato 5 mg Sanofi.	Comprimidos	c/30	227.71	7.59	7.59
		c/60	453.79	7.56	7.56

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
WYETH LORAMET Lormetazepan 1 mg Wyeth.	Comprimidos c/30 c/60 c/120	12	82.39	2.75	5.50
			131.08	2.18	4.36
WYETH LORAMET Lormetazepan 2 mg Wyeth.	Comprimidos c/30	12	131.08	4.37	8.74

Usados c/ hipnóticos

DORMICUM Midazolam 15 mg Roche.	Comprimidos c/10 ran. c/30	2	72.47	7.25	7.25
			206.72	6.89	6.89
FLUNITRAZEPAN Lando.	Comprimidos c/50	19	63.68	1.27	1.27
FORDRIM Flurazepan Montpellier.	Comprimidos c/60	50	83.29	1.39	1.39
HALCION Triazolam 0.25 mg Cilag.	Comprimidos c/30	3	34.52	1.15	1.15
			53.07	1.77	1.77
HIPNODANE Quazepan 15 mg Essex.	Comprimidos c/10 c/30	40	34.64	3.46	3.46
			64.47	2.15	2.15
HIPNODANE Quazepan 30 mg Essex.	Comprimidos c/30	40	64.47	2.15	2.15
INSOMNIUM Triazolam Gador.	Cápsulas c/30	3	49.50	1.65	1.65
LINDORMIN Brotizolam Boehringer-Sohn.	Comprimidos c/20	5	241.04	12.05	12.05
MOGADAN Nitrazepan Roche.	Comprimidos c/10 ran. c/30	23	17.97	1.80	1.80
			42.42	1.41	1.41
MOGADAN Nitrazepan Roche.	Gotas frasco 10 ml	23	17.97	1.80 / ml	1.80
NATAM Flurazepan	Comprimidos c/20	50	23.55	1.18	1.18
NESSANTIL Oxazepan 10 mg Promeco	Comprimidos c/20	8	17.88	0.89	0.89
NOVDORM Triazolam Sirtyal	Comprimidos c/20	3	40.56	2.03	2.03
			48.79	1.63	1.63
NUCTANE Triazolam Bago.	Comprimidos c/30	3	48.79	1.63	1.63

Nombre / Droga Laboratorio	Presentación	Vida Media en Hs.	Precio	Costo por Unidad Posolog.	Costo Medio / 24 Hs.
RELACT Nitrazepan 10 mg York.	Comprimidos c/20	23	18.09	0.90	0.90
ROHYPNOL Flunitrazepan Roche.	Comprimidos ran. c/30	19	17.97 47.81	1.80 1.60	1.80 1.60
SOMLAN Flurazepan Sintyal.	Comprimidos c/30	50	36.86	1.23	1.23
SUMENAN Triazolam Spedrog-Caillon.	Comprimidos c/30	3	41.34	1.34	1.34

- Las cifras de las vidas medias son promedios e incluyen la vida media de metabolitos activos para ciertas prodrogas.
- Los precios son a Noviembre de 1988.

BIBLIOGRAFIA

- Comra - Boletín Of. Panamericana 1983 (1): 106.
 Drug and Therapeutics Bulletin 23 (16): 1985.
 Shader R. Clinic Pharmac and Therapy 32.526:1986
 Boletín Of. Panamericana 105 (2): 1985
 National Drug Advisory Board - Irlanda - N°31. N°32
 Comra - Formulario Terailutico
 Bases Farmacológicas de la Terapia VII Ed. Goodman y Gilman.
 Fiches de Transparence - Ministère Des Affaires Sociales Et de la Solidarite Nationale. Nov 1986.



* En los ancianos, los riesgos de acumulación deben evitarse mediante posología reducida.

INFORME A LA COMISION DIRECTIVA DE LA SMR, SOBRE EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES DISCUSIONES EN LA COMISION DE FINANCIACION DEL SEGURO PROVINCIAL DE SALUD

Se intentó en las primeras reuniones hacer el cálculo de los montos que se manejan en la provincia en la atención de la salud y la enfermedad. Los cálculos se hicieron en valores históricos (sumas reales pagadas en 1987), pero para algunas estimaciones comparativas se tradujeron los montos a moneda constante, utilizando el dólar estadounidense en su cotización de junio '87 (A 2.50). Creo conveniente que al respecto se logre asesoría económica, porque me parece que el valor del dólar puede crear desfases (¿cuál es el valor real del dólar en un país periférico?).

No se contó con las cifras de: Laboratorios, Farmacias y Odontología, pero se estimó que contábamos con la mayor parte de los recursos utilizados en 1987, porque teníamos las liquidaciones de ISSN-PAMI para esos rubros, y que en los demás puntos esas dos obras sociales representaban el 60% de todo lo facturado.

Las liquidaciones o cifras utilizadas fueron:

Ejecución presupuestaria. S. Pública, 1987.....	A 48.665.000 ⁰⁰
Egresos. 1987. ISSN-PAMI.....	A 34.555.473 ⁰⁰
• Liquidación 1987. Colegio Médico NQN.....	A 3.710.685 ⁰⁰
• Liquidación 1987. A.D.O.S.	A 2.944.584 ⁰⁰
• Liquidación 1987. Asoc. Clínicas y Sanatorios.....	A 5.574.555 ⁰⁰
• Liquidación 1987. C. Médico Zapala.....	A 317.000 ⁰⁰
• Liquidación 1987. C. Médico C. C. y P. Huinul.....	A 602.411 ⁰⁰
• Liquidación 1987. C. Médico Zona Sur.....	A 190.015 ⁰⁰
• (descontado ISSN-PAMI)	
TOTAL.....	A 96.559.723 ⁰⁰

Se señaló que el gasto de Salud Pública, el 79.52% correspondía a PERSONAL (sueldos) y solo 3% a MEDICAMENTOS-DROGAS. Se mencionó que aquí no se incluían los gastos de Obras Públicas para construcciones del sector Salud, lo que fue mencionado por representantes de Femeneu y Asoc. C y S como un "subsidio".

Las primeras conclusiones que se extrajeron del análisis de datos fueron:

a) S. Pública + ISSN-PAMI representan a los principales financiadores de salud con una participación de aproximadamente 80% del total.

b) Que el gasto en medicamentos no sería alto (no se discutió por faltar datos de C. de Farmacéuticos).

c) Que se invierten 115 dólares estadounidenses por habitante y por año, lo que parece una cifra suficiente para garantizar buena salud a la población.

Posteriormente a estas disquisiciones se pasó a la presentación de propuestas, que en definitiva quedó

resumida a una sola, a la que se le hicieron críticas y aclaraciones.

Esta postura se mencionó como "liberal", luego de aclarar que se consideraba absurdo hacer una propuesta de caris "socialista" en una provincia periférica de un país capitalista dependiente.

La mencionada propuesta consiste en decir que: el Seguro de Salud debe manejarse como un ente autárquico, libre de los vaivenes de la política, y que debe recaudar todos los aportes (S. Pública, ISSN-PAMI, y demás Obras Sociales) para luego liquidarlos a cada prestador según nomenclador y actividad desarrollada. Esto significa que todo habitante tiene cobertura y derecho a la atención de la enfermedad (hubo pocas referencias a promoción de la salud y prevención de la enfermedad), con libre elección del prestador. Tiene el inconveniente de que no asegura que el sector público pueda recaudar lo suficiente como para garantizar sueldos y costos de funcionamiento.

Con motivo de discutir esto, los representantes de la Asociación de Clínicas y Sanatorios hicieron algunas observaciones:

a) Salud Pública es cara por ineficiente, porque se estimó que a valor dólar estadounidense cada egreso del Htal. Nqn. costaba 500 dólares, en tanto que las clínicas de Nqn, Centenario, C. C. y Zapala producen egresos a razón de 300 dólares cada uno (se manejan cifras de 600 y 200, pero fueron difíciles de fundamentar), estimo que estas cifras deben ser revisadas por cuanto ignoro si se calculó correctamente el peso de la internación en el total de gastos del Htal. Nqn., además querría comparar todos los egresos y todas las consultas antes de hablar de ineficiencia.

Creo necesario aclarar que estimo subvalorado el gasto de drogas y medicamentos del sector público.

b) Ante la posibilidad de que Salud Pública no pusiera en el ente recaudador el monto de los sueldos, se señaló que ello implicaba un claro subsidio y que hacía que la competencia contra el sector privado se volviera insostenible, pues a su imposibilidad de afrontar los gastos jubilatorios se agregaría la incapacidad de revertir la obsolescencia por imposibilidad de capitalizarse, lo que a mediano plazo implicaría la desaparición del sector actualmente nucleado en la Asociación de Clínicas y Sanatorios y Femeneu; lo que nosotros sclemos denominar "la privada" y que en realidad es el sector que depende, para su existencia, de la Seguridad Social.

c) Tanto ISSN, como los representantes de Asociación de Clínicas, coinciden en que es absurdo pensar que puedan equipararse los sueldos del sector público y privado, tanto para profesionales como para no profesionales, por dos motivos: 1) implicaría una intromisión estatal insoportable y una virtual

estatización ("eventualmente compren las clínicas"), y 2) porque provocaría el quiebre del sistema por lo menos de ISSN al aumentar los costos.

Al oscilarse entre los polos del planteo "liberal" y algunas críticas que implicaban un planteo "socialista", se hizo la propuesta intermedia de establecer un arancelamiento hospitalario acordado y acotado (S. Pública sólo cobraría el 20% de la facturación porque el 80% de su gasto son sueldos y los paga el estado). Simultáneamente con eso el sector público trataría de mejorar su eficiencia, y se seguiría estudiando la factibilidad y forma de implementar progresivamente algún Seguro o Sistema en forma progresiva.

Habiendo participado en una reunión de Comisión de Carrera Médica, y en dos reuniones de Comisión de Financiación, he sacado algunas conclusiones respecto del estado actual de la discusión del Seguro en nuestra provincia.

1) No se han explicitado definiciones políticas respecto de

- Si es un Seguro o un Sistema de Salud.

- En caso de ser un Seguro, si lo es de Salud o de Enfermedad, y si es universal o no.

- Si es un sistema de salud, que rol juega en el estado.

- Si es un Seguro, quien fija los criterios de acreditación, plantas y políticas de personal, incorporación de tecnología, auditoría, etc.

- Si la idea es crear un sistema que aumente los recursos financieros del sector público, o simplemente se intenta reordenar el funcionamiento de sectores independientes.

2) La falta de las precisadas definiciones provoca dificultades en la elaboración de conclusiones porque, al haber intereses contrapuestos, se produce un "diálogo de sordos". Si todos los convocados hemos de cambiar porque el nuevo sistema implica una totalidad distinta, qué va a cambiar y en qué sentido?:

a) ¿Promoción de la salud y prevención de la enfermedad o medicina asistencial reparadora?

b) ¿Promoción o postergación de la atención primaria?

c) ¿Igualdad de posibilidades para todos los habitantes o no?

d) ¿Mayor o menor injerencia del Estado en lo relacionado con la salud?

e) ¿Indefensión o protección del empleado público?

f) ¿Igualdad de condiciones de trabajo y remuneración para todos los trabajadores del sistema o no?

g) ¿Promoción o desaliento de la actividad privada?

3) Las discusiones van planteando problemas concretos de operatividad de no fácil resolución, por ejemplo:

- ¿Cómo se remunerarán las licencias de los profesionales del sector privado si no perciben salario?

- ¿Cómo se remunerarán por nomenclador visitas programadas, educación para la salud, etc.?

- ¿Cómo se impide o desalienta el trabajo a destajo y se garantiza adecuada retribución por 40Hs. semanales de trabajo, especialmente respecto de profesionales que trabajan en ambos sistemas?

- ¿Cómo se implementa una Ley de Carrera Sanitaria Provincial, y a quienes afecta?

4) En las distintas conversaciones he podido detectar una serie de temores que cambian según el sector de pertenencia, y algunas opiniones compartidas:

- El Ministerio de Salud Pública no sabe lo que quiere.

- El Ministerio de Salud Pública sabe lo que quiere, pero lo oculta.

- Los empleados públicos corremos riesgo de perder poder de presión o negociación ante posibles caídas salariales y hay inseguridad laboral.

- La medicina privada corre riesgo de desaparecer.

- EL ISSN corre riesgo de quebrar.

- El sector público podría llegar a convertirse en un grupo de unidades sanatoriales más o menos autónomas, con virtual desaparición del MSP.

- La cosa no está tan mal, entonces:

- reacomodemos algo y sigamos

- sigamos sin tocar nada

- reacomodemos algo y entretanto estudiemos para seguir cambiando y mejorando

El MSP, a través del Dr. Casullo, solicitó elevación por escrito de propuestas para la próxima reunión de esta Comisión (14-06-88), la que adjunto a continuación de los principios que, según yo entiendo, guían nuestro pensar como sociedad:

- Entendemos que el actual funcionamiento de la atención de enfermedad en varios sectores independientes es oneroso, ineficiente e impide la universalidad de la cobertura, por lo que implica una clara injusticia.

- Creemos en la descentralización administrativa del sector público, en la democratización de sus estructuras y la participación popular como garantía adecuada y necesaria gestión.

- Entendemos que la salud y buena calidad de vida son derechos que el Estado debe garantizar a todos los habitantes, y no pueden quedar librados a las leyes del mercado como meras mercancías.

- Creemos que no se debe trabajar más de 40Hs. semanales, y que no puede haber trabajadores que por igual tarea reciban distinto salario: así como que todos los trabajadores de la salud tenemos derecho a una Carrera Sanitaria.

- Entendemos que debe estudiarse el gasto de la atención de la enfermedad y normatizarse y racionalizarse el uso de tecnología y medicamentos, garantizando la accesibilidad según necesidad real y no según posibilidad económica y/o geográfica, priorizando la promoción de la salud por sobre la reparación de daños.

- Entendemos que los principales cambios a realizar deben afectar al sector privado, impidiendo la distorsión de lo que es un sistema de salud, garantizando justa remuneración a todos y el cumplimiento de las normas elaboradas por el Estado.

- Consideramos que lo que debe ser un servicio no puede dar lugar a la generación de fortunas personales o lujosos "emporios de la enfermedad".

Walter Enrique González
Socio N° 012 - Fundador
Comisión de Seguro

PROPUESTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA RURAL PARA LA COMISION DE FINANCIACION DEL SEGURO PROVINCIAL DE SALUD

La sociedad de Medicina Rural entiende que el estado actual de los subsectores de la atención de la enfermedad requiere un reordenamiento que por aproximaciones sucesivas desemboque en un Sistema Único Integrado de Salud que garantice la cobertura universal igualitaria de la población neuquina, con rol protagónico del Estado y justa remuneración de todos los trabajadores de la salud.

Esto solo puede ser resultado de una decisión política que priorice el bienestar de la población por sobre intereses sectoriales y que no deje librado a la anarquía seudoliberal lo que sólo es institucionalización de la injusticia y falta de solidaridad.

Pero esto no puede lograrse sin una modificación del sector público de salud, a través de la democratización de su estructura, real descentralización con programación y administración locales, e implementando una Carrera Sanitaria además de garantizar la participación popular.

En este marco se hace imprescindible racionalizar la incorporación de tecnología y la utilización del medicamento, teniendo en cuenta su condición de bien social, para lo que es necesario normatizar y controlar su uso, producción y comercialización.

Para ello proponemos la progresiva implementación de un Sistema Único de Salud a través del desarrollo escalonado de las siguientes etapas:

Primera:

- Descentralización administrativa del subsector público e implementación de la Carrera Sanitaria Provincial.

- Racionalización del recurso profesional a través de la dedicación exclusiva de los mismos a un único subsector (ADOS, MSP, O. Sociales, privado).

- Vademécum provincial único de monodrogas, normatización provincial del uso de medicamentos con auditoría compartida.

- Que ISSN implemente sus propias farmacias o que adquiera los medicamentos por licitación como MSP.

- Arancelamiento hospitalario, con administración local de los recursos recaudados, sin exigencia de coseguro, y poniendo en el nomenclador las visitas Programadas, Educación para la Salud, etc.

- Comisión permanente de acreditación, incorporación de personal y tecnología, y estudio de la progresiva implementación del Sistema. Bajo control del MSP, e integrada por: SMR, ATE, ADOS, Asociación Clínicas y Sanatorios, Asociación de Profesionales, FEMENEU, ISSN.

- Que ISSN pague según valores del nomenclador nacional (INOS), pero estableciendo coseguro diferencial como forma de solidaridad social.

- Normatizar para toda la provincia los criterios de regionalización y derivación por complejidades progresivas tal como lo hace Salud Pública.

Segunda:

- Equiparación de los haberes de todo el personal no profesional de los distintos subsectores con aquél que pague los mejores salarios, e implementación de la Carrera Sanitaria Provincial para los no profesionales que no pertenecen al sector público.

- Implementación del Laboratorio Provincial.

Tercera:

- Implementación integral del Sistema Único de Salud.

Entendemos que la primera etapa debe cumplimentarse dentro de los próximos doce meses, y la segunda debe terminarse para el 31-12-90, de manera que la tercera se concrete para 1991.

Eventualmente en la etapa tercera puede estudiarse la posibilidad de cooperativizar el funcionamiento institucional, manteniendo siempre el Estado el control de la evaluación del cumplimiento de las políticas de salud tal como las defina la población neuquina a través de los organismos de expresión y participación que se vayan desarrollando.

Sociedad de Medicina Rural
Junio/1988



ANEXO 2

PLANILLA Nº 2

Niño:

Fecha:

Confecciona:

a.- Datos escolares

- 1.- Lugar de procedencia: área urbana área rural
- 2.- Realizó preescolar? Si No Cuántos años
- 3.- Aprendizaje:
 - 3.1. ¿Ha logrado las conductas propuestas en el tiempo establecido?
SI NO CUANTAS
 - 3.2. ¿Responde a las consignas planteadas?
SI NO
 - 3.3. ¿Es su primer año en la escuela?
SI NO CUANTOS
- 4.- Integración:
 - 4.1. ¿En el recreo comparte el juego con sus compañeros?
SI NO A VECES
 - 4.2. ¿En el aula comparte sus elementos con sus compañeros?
SI NO A VECES
- 5.- Afectividad:
 - 5.1. ¿Manifiesta conductas agresivas con compañeros y maestra?
SI NO A VECES
 - 5.2. ¿Manifiesta excesivo cariño con su maestra?
SI NO
 - 5.3. ¿Manifiesta indiferencia ante los estímulos que se le presentan?
SI NO A VECES
- 6.- Conducta:
 - 6.1. ¿Pelea con sus compañeros?
SI NO A VECES
 - 6.2. ¿Respeto normas de conducta establecidas por el maestro?
SI NO A VECES
 - 6.3. ¿Contribuye al buen desarrollo de la clase?
SI NO A VECES

ANEXO 2

PLANILLA Nº2

b.- Datos Familiares y sociales

1.- Entrevista:

1.1. Concurre

1.2. Ausente

2.- Tipo de familia:

Nucleada Extensa Ampliada

Grupo familiar que convive con el menor:

Mayores: Nº Menores: Nº

3.- Actividad laboral:

Madre: Tiempo de duración:

Padre: Tiempo de duración:

4.- Ingreso disponible mensualmente: A

5.- Vivienda:

Ubicada

Nº de habitaciones Nº de dormitorios

Servicios: alumbrado Eléctrico Vela Otros

agua

tipo de baño: instalado letrina excusado

6.- El niño:

6.1. Horario del menor en la calle

Tipos de juegos

6.2. Tiempo que comparte el padre con el niño

Cómo?

Tiempo que comparte la madre con el niño

Cómo?

6.3. Cuando hace la tarea?

Sólo? Quién le ayuda?

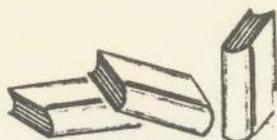
6.4. El niño muestra el cuaderno?

7.- La escuela:

Cuántas veces se acercó a la escuela?

La ha citado la maestra?

La maestra ha concurrido a su casa?



RESEÑA BIBLIOGRAFICA

INTRODUCCION A LA MEDICINA SOCIAL (Thomas Makeown, C. R. Lowe) Siglo XXI Editores, 1984

Buena manera de introducirse y problematizar lo que solemos denominar "sanitarismo". De fácil y amena lectura, está dividido en tres secciones: "problemas", "medios" y "servicios". Permite sistematizar los temas que hacen a la medicina social y relata la historia del sistema de salud inglés (ésta podría ser la sección menos importante si no fuera porque toca el tema de la relación generalista-otros especialistas, e internación-ambulatorio). Reseña brevemente la historia de los sistemas internacionales de salud pública. Su principal valor reside en poner en su lugar a la atención médica respecto de su impacto sobre el bienestar de la especie, y en problematizar el siempre candente tema de las necesidades de la población versus oferta de servicios. (W. G.)

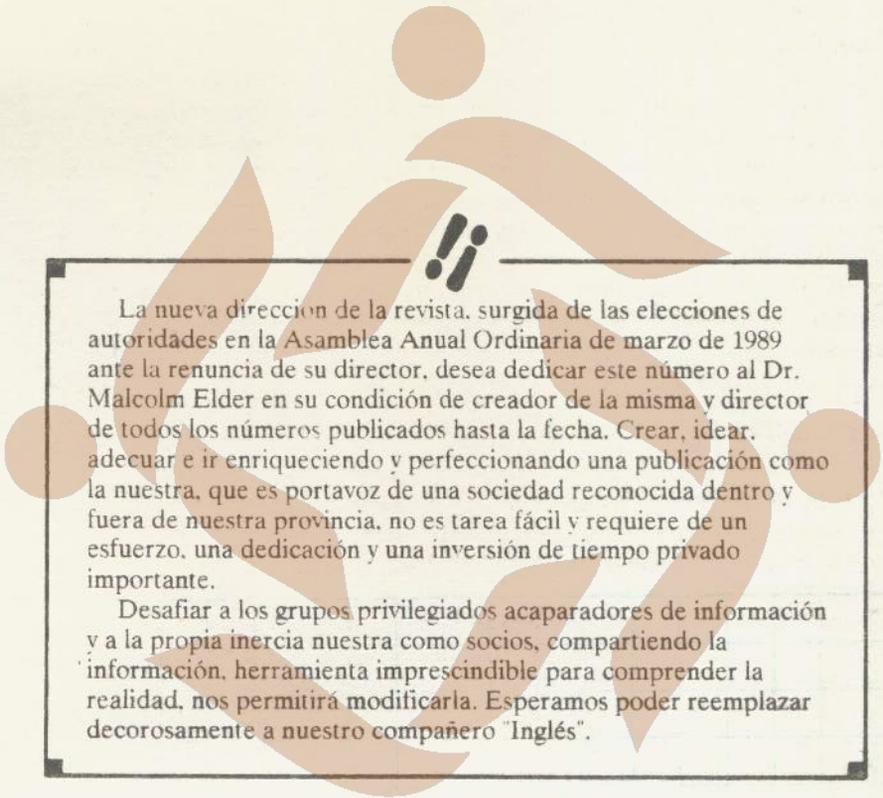
GASTO EN SALUD Y EN MEDICAMENTOS – ARGENTINA 1985 (G. G. García, P. Abadie, J. J. Llovet, S. Ramos) Estudios CEDES 1988.

El primer estudio serio y completo sobre este tema en nuestro país. Sufre las consecuencias de nuestro clásico desorden en la elaboración e información, con la consiguiente simultaneidad, de ausencia y de duplicación de datos.

A pesar de ello logra dar una excelente y ajustada descripción de la constitución del gasto en salud en nuestro país según los clásicos subsectores (público, privado y de obras sociales) y los inconvenientes mencionados son una parte inseparable del cuadro de situación. Excelente base de análisis para descubrir quienes utilizan, y cómo, el dinero que debiera servir para aumentar la salud de nuestro pueblo. (W. G.)

PLAGAS Y PUEBLOS (William Mc Neil) Siglo XXI - 1984

El autor de este libro es uno de los más respetados historiadores de los EE. UU., y con la ayuda de un grupo de epidemiólogos y otros historiadores de diferentes países ha recolectado un arsenal de datos para demostrar como las enfermedades también son producto de los procesos histórico-sociales, de como los hombres, en su lucha con el medio, para modificarlo, se agrupan y producen, en las diferentes etapas históricas, determinando las enfermedades que padecen. Así nos recreará desde la aparición de nuestros antepasados protohumanos hasta la era industrial. La contratapa del libro trata de "venderlo" exactamente al revés: que las enfermedades con su impacto han determinado el "ascenso y caída de las civilizaciones". Pero al leerlo, no quedan dudas de que el autor demuestra que el proceso dinámico de la salud-enfermedad depende en buena medida de los procesos histórico-sociales de los pueblos. (J. M.)



La nueva dirección de la revista, surgida de las elecciones de autoridades en la Asamblea Anual Ordinaria de marzo de 1989 ante la renuncia de su director, desea dedicar este número al Dr. Malcolm Elder en su condición de creador de la misma y director de todos los números publicados hasta la fecha. Crear, idear, adecuar e ir enriqueciendo y perfeccionando una publicación como la nuestra, que es portavoz de una sociedad reconocida dentro y fuera de nuestra provincia, no es tarea fácil y requiere de un esfuerzo, una dedicación y una inversión de tiempo privado importante.

Desafiar a los grupos privilegiados acaparadores de información y a la propia inercia nuestra como socios, compartiendo la información, herramienta imprescindible para comprender la realidad, nos permitirá modificarla. Esperamos poder reemplazar decorosamente a nuestro compañero "Inglés".

TALON DE SUSCRIPCION PARA NO - SOCIOS

Nombre y Apellido _____

Domicilio, Postal _____

Ocupación _____

Cargo Actual _____

Importe válido por un año: A 50.-

Enviar cheque-giro a la orden de SMR, dirigido a "Sres. Revista de MR." - C. C. 705 - 8300 NEUQUEN



10^o Aniversario SMR, Junin de los Andes.



Flamini & Junes

Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús
Impresora

Rivadavia 569 - tel. 31229 - Neuquén