

27757

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN POBLACION RURAL DISPERSA

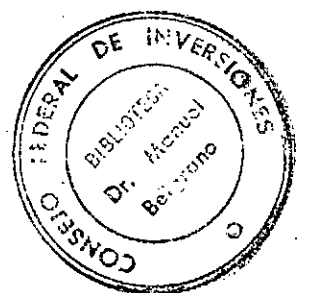
PROVINCIA DEL CHACO

PARTE Ia.

DIAGNOSTICO DE SITUACION

Dr. Carlos CALVETE.-

O
M. 411
C 116
I



INDICE

1.- INTRODUCCION

2.- SITUACION

2.1. El Ambito

2.1.1. Físico

2.1.2. Socio Cultural

2.1.3. Económico

2.2. La Población

2.3. La Atención Médica

2.3.1. Necesidades

2.3.2. Demanda

2.3.3. Oferta

2.3.3.1. Recursos Humanos

2.3.3.2. Recursos Físicos

2.3.3.3. Recursos Financieros

2.3.3.4. Organización

2.4. Nivel de Salud

3.- Conclusiones

4.- Resumen

5.- Bibliografía

6.- Actividades Realizadas.

1.- INTRODUCCION

El nivel de salud de una población guarda una relación directa con el desarrollo global alcanzado por la misma.

Desde que el nivel de salud representa uno de los elementos constitutivos del nivel y calidad de vida de la población, precisamente el básico y esencial para la conservación de la vida misma, resulta fácil admitir que, en términos generales, ambos hechos tienen un estrecho paralelismo y una neta correspondencia.

El nivel de salud de la comunidad está determinado por 2 importantes factores: las características de la población y el ámbito en el que se desarrolla la vida. Ambos factores, en interacción permanente, definen la escala de posibilidades de riesgo de los habitantes y como resultante su situación de salud.

La cultura de los pueblos, su estructura y dinámica social, las particularidades del asentamiento, las principales características físicas del área, sus recursos naturales, su forma y tipo de explotación y la organización política vigente son, entre otros, condicionantes de primer orden del nivel de salud y por ende factores relevantes a considerar en la planificación del sector.

Salud y desarrollo global representan así, una ecuación de 2 términos de carácter bidireccional. El desarrollo global implica, necesariamente, desarrollo sanitario y a su vez, éste puede ser utilizado como una estrategia válida para lograr aquel.

Cuando el planificador sanitario enfrenta la tarea de precisar el sistema de atención más adecuado a una determinada población, toma en consideración todos estos hechos, que en definitiva se sintetizan en necesidades concretas de salud y servicios aptos y factibles de brindar para atenderlas.

Ello no supone, en modo alguno, aceptar como estáticas e inmodificables las necesidades de salud presentes y su acción no debe estar supeditada pasivamente a ellas. Por el contrario, dependiendo de otros sectores ajenos al propio de su trabajo, existen factores que constituyen las verdaderas causas de las necesidades de salud y sus modificaciones, siempre difíciles de practicar, son las que en definitiva permitirán obtener resultados profundos y duraderos.

El verdadero éxito estriba generalmente, antes que en el desarrollo parcial y habitualmente aislado de acciones específicas, en la modificación substancial de las condiciones generales en que transcurre la vida y para ello, como hemos expresado, la concepción y desarrollo de un sistema de atención médica integrado a otros núcleos sociales, económicos y políticos de la sociedad, representa un medio eficaz para alcanzar el fin propuesto.

Un sistema de atención médica ordenado por niveles de atención, tiene que, obligadamente, responder a las necesidades reales de salud y ser elaborado rigurosamente de acuerdo a las posibilidades existentes.

..//

Los asentamientos de la población en forma dispersa crean problemas particulares de oferta de servicios, y en términos estrictos de factibilidad, solo el ordenamiento por niveles de atención, constituye una respuesta apta para su solución,

Uno de los elementos más importantes de este ordenamiento de la atención, es la interrelación de los diferentes niveles y generalmente allí es donde habrá que dirigir preferentemente los principales esfuerzos.

Habrà también que distinguir entre población dispersa y población muy dispersa y aislada pues, en esta última circunstancia, resulta imperativo y previo a cualquier otro intento de planificación de oferta de servicios, una modificación substancial del ámbito y un reordenamiento en el asiento de las comunidades, si se aspira a obtener resultados efectivos.

La tarea encomendada, cuyo propósito consiste en caracterizar la situación existente y proponer soluciones para desarrollar acciones sanitarias en el primer nivel de atención, tiene en este caso un sujeto concreto: el poblador rural disperso, y un espacio preciso: la provincia del Chaco. Obviamente, aunque la validez de las propuestas tendrán necesariamente un carácter particular y serán aplicables solo a determinada realidad, en términos generales y con los ajustes correspondientes, podrán extender su validez a los habitantes de otras áreas más o menos similares.

La caracterización de la atención médica presentada en este informe, no se limita estrictamente al primer nivel de atención pues, como hemos señalado, la visión más general de la atención permite precisar un hecho de singular importancia: el vínculo entre el primero y el segundo nivel de atención.

La provincia del Chaco tiene una tradición en cuanto al desarrollo del programa de salud rural que aunque, concebido más con un carácter preventivo y de saneamiento básico rural, constituye el antecedente histórico del actual programa de atención primaria de la salud, éste último con solo 2 años de antigüedad.

Tratándose de un sistema en plena expansión y en evaluación y ajuste permanente, la descripción de la situación solo refleja una parte de la que en realidad acontece y se refiere estáticamente a un estado momentáneo.

Preferimos referirnos a nivel primario de atención como parte de un sistema global de atención médica, antes que a un programa de Atención primaria de la salud.

Ello no responde solo al aspecto semántico de la cuestión sino que, por el contrario, implica el intento de alejar del plano de las ideas y por consiguiente de los hechos, el concepto de programa vertical e inconexo con el conjunto.

Los esfuerzos dedicados por la provincia a la solución de estos problemas, la excelente preparación de los profesionales que conducen el sector y finalmente la voluntad y disposición del personal sanitario en obtener el éxito, hacen que la tarea encomendada sea no solo difícil sino especialmente de gran responsabilidad.

Esperamos responder a ella.-

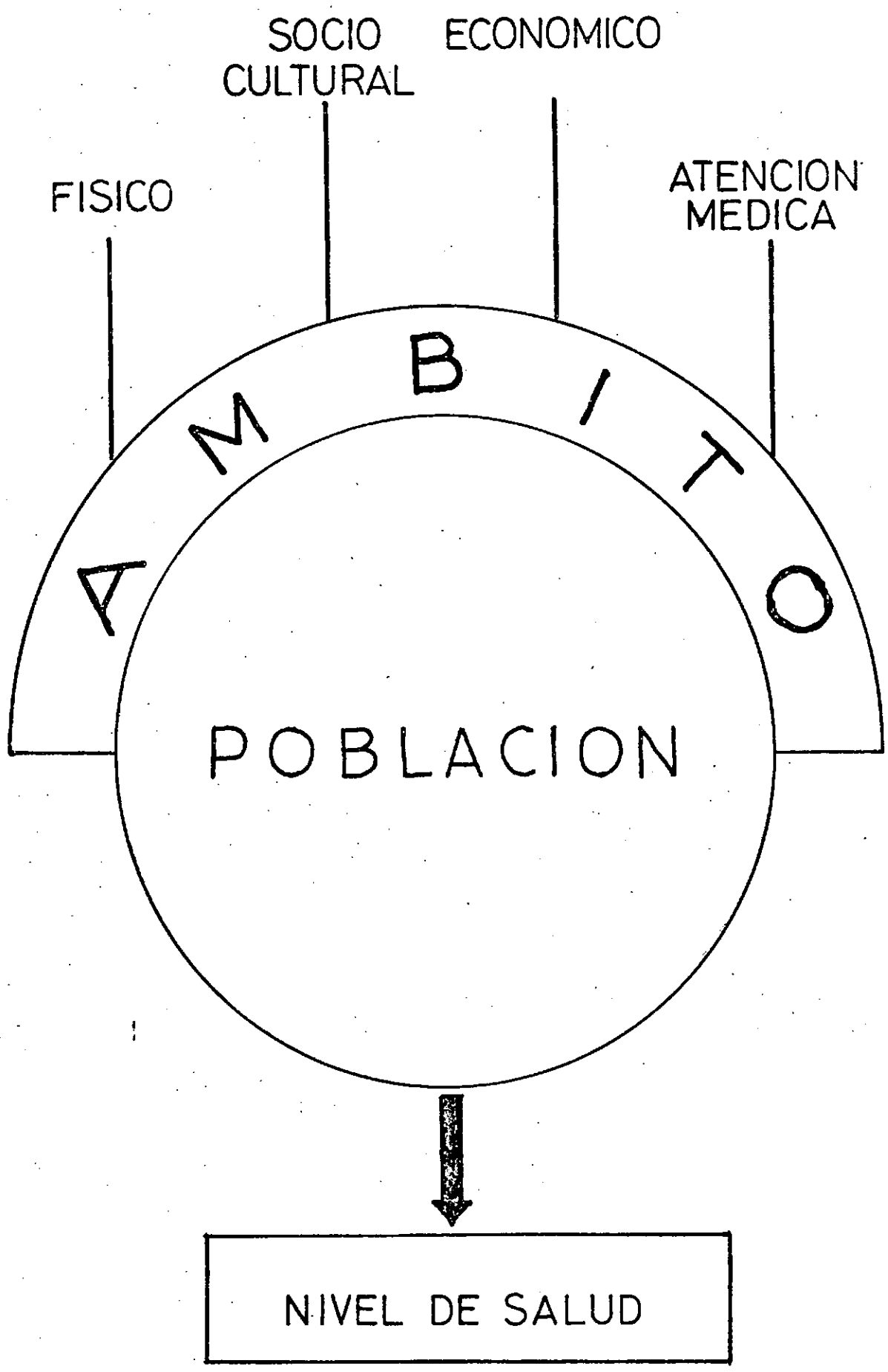


GRAFICO N° 1
COMPONENTES DE LA SITUACION

2.- SITUACION

Con el propósito de caracterizar la situación existente en el interior de la provincia del Chaco, se procedió, de acuerdo a la metodología usualmente utilizada en estos casos, a precisar el ámbito en el que transcurre la vida, tanto en sus aspectos físicos como socioculturales y económicos- (Gráfico 1).

Las particularidades propias de la atención médica, aún cuando pertenecientes al ámbito general y dado que constituyen el principal asunto de este informe, se destacan como tópico aparte y con mayor detalle. Finalmente, se describen los hechos más importantes relativos a la estructura y dinámica de la población.

Como resultante de la interacción entre el ámbito y la población se caracteriza el nivel de salud presente en la misma, elemento constitutivo del nivel o calidad de vida alcanzado.

La información básica que ha permitido presentar la situación procede de 2 fuentes distintas: la bibliografía consultada y el conocimiento directo de los hechos obtenido por la visita en terreno. Ambos elementos se incluyen en los capítulos 5 y 6 del presente.

2.1. EL AMBITO

2.1.1. Físico

La provincia del Chaco es una extensa llanura, que forma parte de la denominada Chaco-Pampeana, cubierta en su mayor superficie por tupidos bosques, particularmente en el Norte y el Oeste y bañados en el Sur. Tiene 99.633 Km².

Su clima es de tipo subtropical, con veranos calurosos y lluviosos e inviernos templados y muy secos.

El río Teuco - Bermejo le sirve de límite con la provincia de Formosa. En las proximidades del puerto de Barranqueras se produce la confluencia de los ríos Paraná y Paraguay.

El aprovechamiento de los ríos es casi nulo pues, requiere el desarrollo de obras de infraestructura de gran magnitud y que aún no se han encarado.

El tipo de clima, el régimen de lluvias y la fertilidad del suelo, la definen como una provincia con óptimas condiciones potenciales para la explotación agrícola.

Entre sus recursos naturales se destaca el algodón, del cual produce casi la totalidad del que se consume en el país.

El área de producción agrícola se concentra en la región central y se completa con cereales y oleaginosas.

Tiene además innumerables bosques poblados por más de 150 especies distintas de árboles que la dotan de una gran riqueza forestal.

Cabe destacar que la ganadería tiene un escaso desarrollo y en especial representada por ganado caprino. Esta circunstancia, unida a la falta de explotación de hortalizas, legumbres y frutas y a ciertas pautas y hábitos de la población, tiene una marcada influencia en el estado nutricional, hecho que comentamos más adelante.

La población del interior de la provincia carece en general de agua apta para el consumo. La provisión se realiza por acarreo desde las lagunas, en ocasiones muy distantes, y por recolección de agua de lluvia.

La carencia de este elemento vital no encuentra fácil solución en lo que se refiere ^{tanto} a obras de superficie como a perforaciones.

El saneamiento básico del medio rural es casi inexistente.

Uno de los problemas mayores del territorio está constituido por la falta casi total de comunicaciones. Las carreteras, casi todas ellas de tierra y sin consolidación, son frecuentemente intransitables y la vinculación de la población por radio telefonía no existe.

2.1.2. Socio-cultural

Como importantes particularidades de la colonización del Chaco, provincia que comienza a ser poblada hace poco más de 100 años, debe señalarse la diversidad de orígenes de los pobladores y su asentamiento mixto sin la formación de grupos étnicos cerrados, hecho que ha facilitado, en cierta forma, un buen grado de integración.

..//

..//

En su origen la población fue predominantemente extranjera y recién, en los últimos 40 años, hay predominio de nativos descendientes de aquellos forasteros y que hoy son amplia mayoría.

En una simplificación muy elemental pueden reconocerse 3 tipos de pobladores que presentan rasgos culturales propios: los aborígenes, los criollos y diversos grupos de extranjeros.

La estructura social es de tipo primario, con una neta tendencia a constituir nucleamientos familiares con propósitos de satisfacción de las necesidades, en los que conviven varias generaciones con numerosos niños y pocos ancianos (4).

Estas familias, asentadas en forma bien dispersa en el territorio, tienen muy escasa vinculación con otras, particularizándose por un rasgo bien definido: el aislamiento.

En los nucleamientos mayores aparecen como instituciones predominantes la escuela y su cooperadora y la iglesia, y recién en comunidades mayores existen grupos asociativos de mayor complejidad (cooperativas, entidades sociales, políticas, etc.)

En esta estructura primitiva de las poblaciones aborígenes la medicina tradicional se apoya en creencias mágicas y el "médico aborígen" tiene gran predicamento.

Desde el punto de vista del nivel educacional de la población, algunos datos permiten un preciso conocimiento de la situación.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 1980 (3), en el interior de la provincia el 25% de la población no asiste ni asistió nunca a la escuela primaria, siendo esta proporción una de las más elevadas que se registran en el país.

En un mismo orden de cosas, el Chaco registra, para el padrón de electores a junio de 1982, un 17,9% de analfabetos, junto con Corrientes la mayor proporción existente en el país, que en su conjunto tiene el 6,3% de analfabetos - (6) -.

La vivienda habitual de los pobladores del interior de la provincia es el rancho, que junto con las de carácter precario representan, en el total de la provincia, más del 30 % de las existentes.

La vivienda rural asienta habitualmente en tierras fiscales, estimándose su número en más de 50.000.

Lo usual es que no reúnan, al igual que la perivivienda, los requisitos mínimos higiénicos que deberían poseer.

//

2.1.3. Económico

Del Producto Bruto Geográfico de la provincia, el 40% está dado por actividades de tipo primario y el 17% por servicios estatales (9).

La actividad económica predominante es la agricultura. La zona cultivada representa aproximadamente el 8% de la superficie de la provincia. De esa, el 80% se destina al cultivo del sorgo granífero y el algodón.

Completan los cultivos algunos cereales y oleaginosas y en menor proporción otros productos industriales y hortalizas.

En relación a las industrias manufactureras predominan las de productos alimenticios y textiles. Los relativos a la industria de la madera representan, en Valor Agregado a precios corrientes de mercado para 1973, el 5% del total del rubro (8).

En el interior de la provincia la rama agropecuaria ocupa a 62.000 personas y la industrial a 10.087.

Conviene destacar que en la zona rural, la producción, ubicada esencialmente en el sector primario, se desarrolla técnicamente en forma rudimentaria y solo se encuentra mecanizada la correspondiente a la zona cerealera del Centro.

La cosecha de algodón, que ocupa una importante mano de obra, dura aproximadamente 5 meses, constituyendo la única actividad laboral de gran cantidad de pobladores para todo el año.

Ello ocasiona la migración de la población y sus desplazamientos cíclicos.

Durante la cosecha es habitual observar que toda la familia trabaja, incluso los niños de pocos años y que todos se alojan a la intemperie por carecer de vivienda.

La producción en tierra fiscal, hecho mas frecuentemente observado, condiciona determinada comercialización de la producción, circunstancia que crea dificultades en la colocación de los productos y ocasiona perjuicios a los trabajadores.

2.2. LA POBLACION

Según el censo realizado durante el año 1980 la población total de la provincia es de 701.392 habitantes, es decir que en la misma se concentra el 2,5% de la población total del país (3).

La última década muestra una reacción en el desarrollo poblacional registrando un crecimiento anual medio de 23%, ligeramente superior al promedio del país. Este crecimiento es mucho mas pronunciado en las ciudades de mas de 2.000 habitantes, al punto que representa mas del doble que el ocurrido en las restantes localidades.

//

//
La población rural es de 278.599 habitantes (39,6% de la población total).

La densidad de la población es de 7 habitantes por Km². para toda la provincia.

En el Gráfico nº 2 se aprecia que en relación a la densidad de la población existen 3 zonas bien diferentes: la del Noroeste y Sur, con muy baja densidad; la central, extendida en todo el ancho, con densidad intermedia y la correspondiente a los 2 conglomerados mayores, Resistencia y Pte. Roque Saenz Peña, con alta densidad.

Estas particularidades se tuvieron en cuenta para decidir los lugares a visitar, con el propósito de conocer situaciones diferentes, que permitieran una caracterización válida para el conjunto.

La densidad de las áreas casi despobladas está expresada, obviamente, en términos de promedio.

Si se considera que la escasa población tiene algunas concentraciones mayores en poblados y ciudades, se advierte que el grado de dispersión del resto de los pobladores es muy grande.

La estructura de la población según las edades para toda la provincia evidencia que el 40% tiene menos de 15 años y el 7% mas de 60.

En relación a lo acontecido en las últimas décadas, la pirámide es mas regular con ensanchamiento de la base, hecho que indica mayor natalidad y las barras correspondientes a la población joven son mas proporcionadas como consecuencia de la reducción de emigración y probable aumento de migración interna.

La tasa de natalidad es de 35,5% para el año 1979 (1).

Aún sin disponer de datos desagregados según la residencia de la población, diversos hechos permiten estimar que en lo referente a la población rural, existe mayor proporción de niños y una tasa de natalidad mas elevada.

En las visitas a terreno se observó que debido a particularidades organizativas de los Registros Civiles, existen dificultades para la inscripción de los nacimientos, ignorándose en qué medida ello puede afectar la información correspondiente a la población en general y a los indicadores de salud.

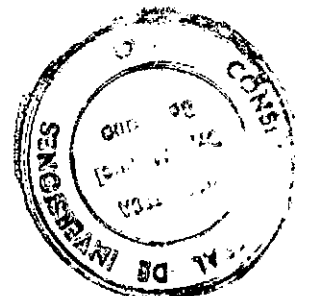
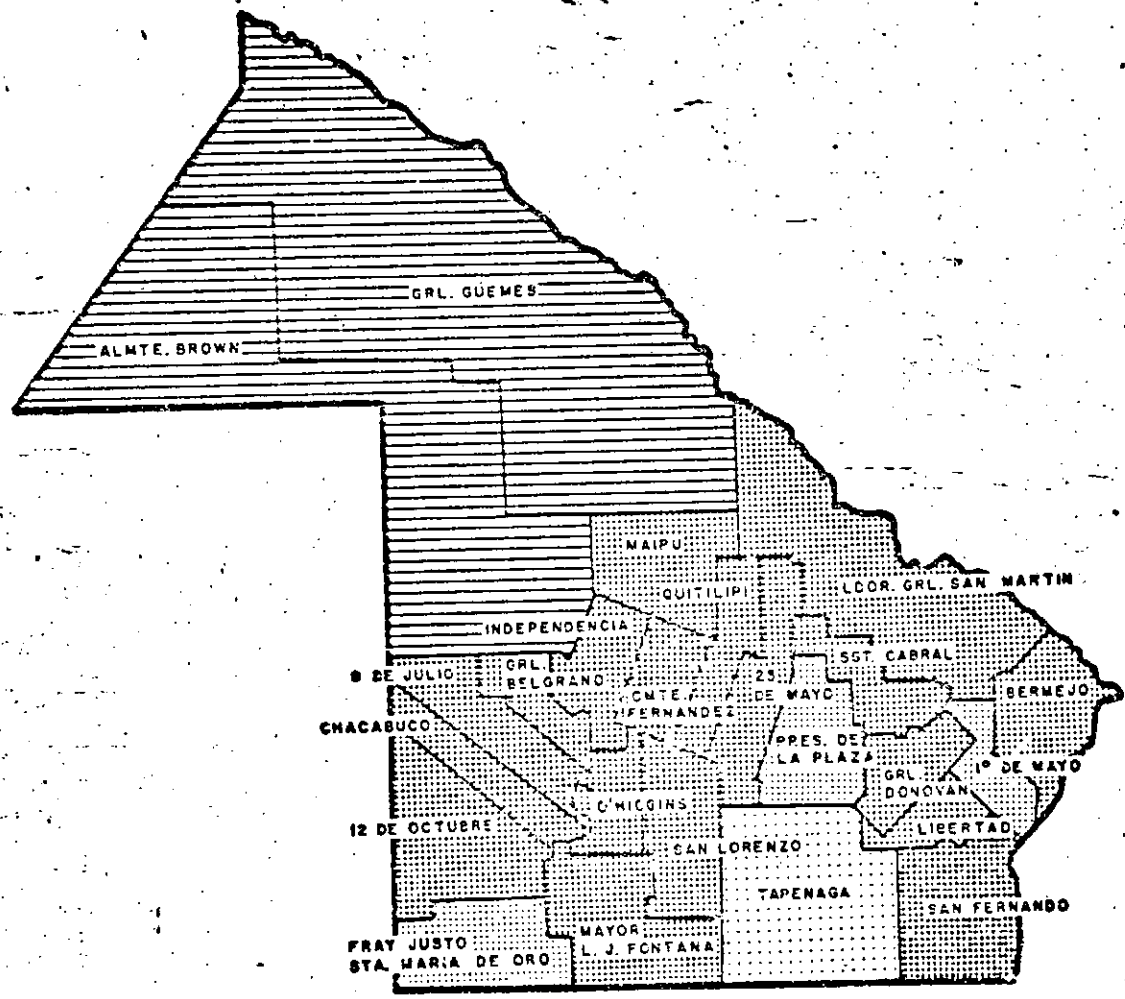


GRAFICO N° 2

PROVINCIA DEL CHACO

DENSIDAD DE LA POBLACION POR DEPARTAMENTOS



DENSIDAD POR Km.²

- Hasta 1
- de 1,1 a 3
- de 3,1 a 5
- de 5,1 a 20
- de 20,1 a 100
- de 100,1 a 500
- de 500,1 y más

GRAFICO N° 2

XXI

2.3. LA ATENCION MEDICA

Como señalamos anteriormente, la atención médica en la población rural dispersa debe ser considerada como un factor más del ámbito en que se desarrolla la vida de la población.

Su caracterización, con la finalidad de conceptualizar globalmente la situación, debe, a su vez, abarcar en esta etapa todo lo relacionado a la atención, sin importar que ésta corresponda a determinados niveles de complejidad.

Así podrá visualizarse en su conjunto, permitiendo naturalmente percibir las relaciones entre uno y otro nivel.

Siguiendo estas premisas, se incluye todo lo que acontece en materia de atención médica en la población rural, aunque, por las características de este informe, se particulariza en lo referente al primer nivel de atención.

La identificación de este primer nivel de atención es relativamente sencilla. Su receptor es el poblador aislado o asentado en pequeñas comunidades distantes de los poblados de mayor importancia -Su oferente es el Agente Sanitario, con puesto sanitario o sin él - Su modalidad es, esencialmente, la visita no generada en la demanda.

El segundo nivel de atención tiene a su vez, un destinatario perteneciente a núcleos humanos de mayor densidad. La atención es generada en la demanda o bien en la referencia del paciente desde el primer nivel. El oferente, es básicamente el médico y su equipo y el ámbito en que se desarrolla es el establecimiento sanitario.

Ambos niveles, unidos al terciario de máxima complejidad y habitualmente ubicado en ciudades importantes, pertenecen a un solo sistema, con vinculaciones netas y bien precisas entre ellos.

2.3.1. Necesidades de Salud

La caracterización de la situación en este tópico se basa en el análisis de la mortalidad y de la morbilidad a través de los egresos hospitalarios.

A esta información se ha agregado la obtenida directamente de las visitas realizadas, que aunque concordante en términos generales con la anterior, ofrece otros elementos de importancia a tener en cuenta.

Las necesidades se desprenden casi matemáticamente, de las principales características comentadas al referirnos al ámbito y la población.

Elevada natalidad, alta proporción de niños, población aislada y con escasos recursos naturales para la alimentación, carencia de agua apta para el consumo, saneamiento básico casi inexistente, fuentes de tra-

///..

//

bajo distantes y no permanentes, entre otros, constituirán determinantes de una patología del subdesarrollo, perfectamente definida y claramente particularizada entre otros hechos, porque su control, obedece más que a medidas propias del Sector de la Salud, a otras que pertenecen a un vasto sistema de desarrollo global y a las que habitualmente el administrador sanitario no tiene acceso.

Algunos indicadores permiten puntualizar definitivamente estas aseveraciones.

La mortalidad infantil fue, para 1980, de 54,6% para toda la provincia. En algunas localidades del interior, las tasas fueron mayores del doble que las correspondientes al conjunto de la provincia (1). Casi la mitad de estas defunciones fueron neonatales. La tasa de defunciones fetales fue del 21,7% y la materna de 1,3 %.

Analizando las causas de muerte entre los niños menores de 1 año, el binomio desnutrición e infección es el más frecuentemente presente. En los niños en el 2º año de vida, la desnutrición es la 5a. causa de muerte.

Entre las muertes maternas^{se} registra una elevada proporción de toxemias del embarazo (24%), hemorragias del embarazo y del parto (22%) y abortos (20%).

Asimismo, las complicaciones del puerperio y otras causas obstétricas representan más del 30 %.

Dentro de la mortalidad general por causa para 1977, las mal definidas fueron de 9,2% y las infecciones 24,1% (7).

Del total de defunciones, el 45% corresponde a personas de 50 años y más y el 30 % a menores de 1 año.

Las estadísticas de egresos hospitalarios por causa en 1978 revelan, para el interior de la provincia, que una cuarta parte corresponden a partos y otro tanto a enfermedades infecciosas y parasitarias. Dentro de éstas, casi la mitad son bronconeumopatías agudas.

Estos indicadores señalan necesidades ligadas a la alimentación y provisión de agua apta para el consumo, a la atención materno-infantil y a la prevención, reconocimiento temprano y tratamiento eficaz de las enfermedades infecciosas como hechos más relevantes.

Los problemas señalados indican la necesidad de actuar concurrentemente sobre el medio ambiente y las personas, a través de una cobertura eficiente del sistema de atención (5).

En las visitas realizadas se ha identificado como causa frecuente de consulta las siguientes:

//

- a) En general Accidentes, mordedura de ofidios, intoxicaciones por plaguicidas fosforados.
- b) CASTELLI - Medio Semiurbano. Enfermedades de transmisión sexual. Infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- Medio rural - Brucelosis - Chagas - Parasitosis intestinales - Tuberculosis - Infecciones agudas respiratorias.
- c) General Pinedo - Sarampión - Infecciones agudas respiratorias y gastrointestinales - Desnutrición - Desnutrición en el recién nacido.
- d) Colonia Aborígen - Tuberculosis - Infecciones respiratorias agudas - gastrointestinales - desnutrición - piodermitis fiebre reumática.
- e) Las Breñas - Infecciones respiratorias agudas - Parasitosis - Chagas - Disentería - Coqueluche.

2.3.2. Demanda

La demanda de atención médica de la población está fuertemente condicionada a su cultura, a las características de los servicios que se le ofrecen y al acceso a los mismos.

Los hábitos, costumbres y creencias por una parte, influyen en forma manifiesta los principales rasgos de la demanda y por otra, la percepción de la morbilidad y la decisión de la consulta reflejan, habitualmente, el grado de educación y las diversas motivaciones de la población.

Entre los aborígenes, la demanda se dirige en primera instancia al sistema médico tradicional, y es el "médico aborígen" la verdadera entrada a este sistema. En otras comunidades, la demanda se orienta al agente sanitario quien, de acuerdo a su capacidad y en base a las normas que rigen su acción, presta la primera atención o bien deriva el paciente.

De toda forma, lo habitual es que desde la aparición de los primeros síntomas atribuibles a la enfermedad, hasta su percepción precisa y la decisión de la consulta que finalmente se transforma en demanda, medie un tiempo/^{muy}prolongado, que según la índole de la dolencia se transforma en el principal determinante de la muerte o bien de morbilidad residual y deterioro funcional.

La ronda periódica del agente sanitario y su buena disposición para efectivizar la recuperación en esta etapa, no parecen hechos suficientes para evitar este grave inconveniente, ligado al total aislamiento de los pobladores y a su particular estructura social.

La captación de la demanda se influencia también por la índole de la necesidad.

El médico aborígen recibe y retiene principalmente las dolencias de marcada base psicosomática y practica curaciones con prescripción de

..//

..//

hierbas. Su dominio de la herboristería es singular.

La práctica del lugar, sin más ayuda que su limitado conocimiento empírico, realiza los partos, sin participación frecuente del médico aborigen ni del agente sanitario.

El agente sanitario recibe el resto, aunque, más no sea como paso obligado de acceso al 2º nivel de atención que está representado por el establecimiento de cabecera.

En las áreas en las que la captación de la demanda por parte del agente sanitario es óptima, ello parece deberse principalmente a la antigüedad del sistema, a su continuidad, al origen del agente en la propia comunidad, a la vinculación con la escuela y a la dación de leche y la administración de fármacos.

2.3.3. Oferta

2.3.3.1. Recursos Humanos

En el interior de la provincia, dependientes del Sector Oficial, trabajan para el Sector Salud 664 personas. De ellas, el 37% tiene nivel profesional y el 63% restante está formado por personal de enfermería y agentes sanitarios (10).

Existen 209 agentes sanitarios y 204 enfermeras y auxiliares.

Solo el 10% del personal de enfermería es profesional.

De los 164 médicos, 140 (85%), practican la medicina general y los restantes 24 (15%), desarrollan alguna especialidad.

Relacionando el número de médicos y agentes sanitarios con la población, se observa un índice de 0,38 médico y 0,74 agente sanitario cada 1000 habitantes.

Cabe hacer notar que el personal sanitario en general, con excepción del agente sanitario, trabaja en los establecimientos de base y ocasionalmente en algún puesto periférico, circunstancia que revela que la reducida relación médico-habitante comentada anteriormente, es todavía más baja para la población realmente dispersa, en la que el agente sanitario es, prácticamente, la única posibilidad en el primer nivel de atención.

2.3.3.2. Recursos físicos

Con exclusión del área denominada Gran Resistencia, existen en la provincia 220 establecimientos sanitarios. De ellos, 172 son oficiales (78,2%), 1 pertenece a la Seguridad Social y los 47 restantes son privados (10) .(2)

De los 172 establecimientos de dependencia oficial, 35 tienen camas para internación (20,3%).-

..//

..//

De estos establecimientos con camas, 1 tiene nivel de complejidad 6, 5 nivel de complejidad 4, los restantes un nivel 3.

Una caracterización más acabada de su complejidad en lo que se refiere a los servicios de diagnóstico y tratamiento, se desprende de que solo 14 de los establecimientos cuentan con equipo radiológico y 28 con laboratorios.

La mayoría de los establecimientos (124) tiene un nivel de complejidad 1 y solo unos pocos (13) nivel 2.

Para el interior de la provincia se encuentran disponibles 1316 camas pertenecientes a establecimientos oficiales, es decir se dispone de 31 camas cada 1000 habitantes. De ellas, 564 son de uso general (43%), 161 obstétricas (12%), 242 pediátricas (18%) y el resto destinadas a diversos usos.

2.3.3.3. Recursos Financieros

Para el año 1981, el presupuesto total de salud de la provincia expresado en miles de pesos fue de \$ 289.386.492. De este presupuesto, \$ / 175.843.975 (60%), se destinó a la Subsecretaría del Interior (10).

Es importante destacar que de los créditos asignados a la Subsecretaría del Interior, casi todos ellos correspondientes a erogaciones corrientes, el 91,7 % se destinó a atención médica, el 1,1 % a capacitación y el 7,2 % a las actividades del área programática.

Del total del presupuesto de salud provincial, se destinó para la Atención Primaria de la Salud, siempre expresado en miles de pesos \$15.064.000 (5,2%) y a los establecimientos asistenciales \$ 207.148.916 (71,6%).

2.3.3.4. Organización

La atención de la salud en la población dispersa se realiza, casi exclusivamente, a través del sector público. La cobertura efectiva de la seguridad social es inexistente y los efectores privados, solo en ciertos lugares de mayor densidad de población, tienen relevancia.

El Estado asume, en consecuencia, prácticamente toda la responsabilidad de la atención, tomando a su cargo la planificación y ejecución de las acciones específicas.

- Estructura y funciones

En la estructura de la organización gubernamental de salud, se ha procedido a la división de las Subsecretarías por un criterio geográfico antes que a la clásica forma de definir áreas por tema o bien por destinatario de las acciones (GRAFICO 3)

La existencia de una Subsecretaría del Interior evidencia claramente la importancia que se le asigna a esta población dispersa y constituye un buen intento de particularizar y precisar sus problemas y aplicar a ellos las soluciones más apropiadas.

Del Subsecretario dependen directamente los establecimientos cabecera con sus respectivas áreas programáticas, sin que exista un nivel intermedio

..//

GRAFICO N° 3

DIRECCION POLITICA
NIVEL GENERAL

PROGRAMACION Y EVALUACION SANITARIA

- Epidemiología
- Planificación
- Estadist. Sanitaria
- Nutrición
- Enfermería
- Saneam. Ambiental
- Educ. P/la Salud
-

Coord. y Capacitac.

Fiscaliz. Sanitaria

- Dpto. Regist. E. Profesional
- FARMACIA
- Laboratorio

SUBSECRETARIA DE SALUD GRAN RESISTENCIA

- Laboratorio
- Odontología
- Ing. Hospitalaria

Establecimientos Hospitalarios (1)

SUBSECRETARIA DE SALUD INTERIOR

- Inmunizaciones
- Matern. Infantil

Establecimientos Hospitalarios (1)

ASESORIA

Secret. General

- Dpto. Personal
- Dpto. Mesa de Ent. y Salidas

Administración

- Dpto. Contable
- Dpto. Recurso
- Dpto. Jurisprud.
- Lab. Ad. Personal
- Dpto. Computac.
- Dpto. Rendim.
- Dpto. Patrim.
- Abast. y Com.

Referencia: (1) - Atención a la Demanda y Ejecución de Programas.

//
en el que descansa la coordinación operativa de las acciones sanitarias.

Se nota sí un exceso de centralización pues, a nivel de la Subsecretaría, sita en la ciudad capital, se concentra la capacidad efectiva de toma de decisión.

El presupuesto y la designación del personal de los establecimientos es realizada desde este nivel Central, al igual que las compras de materiales.

En realidad, desde el punto de vista de la elaboración del presupuesto, los hospitales determinan en base a su programa de actividades sus necesidades, conociendo anticipadamente el máximo fijado para el mismo.

También en el nivel Central provincial existen 14 Direcciones que representan cuerpos normativos de diversos temas, aún cuando en la realidad, su funcionamiento es algunas veces de tipo vertical y se transforman en conductores de un accionar a distancia no integrado con las otras actividades de los establecimientos.

Dos médicos asesores dependiendo del nivel central, tienen asignadas funciones de supervisores de los establecimientos y sus áreas, no teniendo capacidad de decisión para aplicar medidas correctivas ante diversas situaciones.

La conducción central adopta principalmente una modalidad indicativa. Se precisan objetivos, se asignan medios para alcanzarlos y se deja a la decisión de los Directores el uso de estos medios y su coordinación.

Esta modalidad parece responder en parte al convencimiento de su eficacia, aunque debe considerarse que la carencia de un nivel intermedio no deja prácticamente lugar a otras alternativas.

Existe una determinación precisa de los establecimientos cabecera y sus áreas programáticas, pero estos no están reunidos en unidades mayores que conformen zonas sanitarias, desde las que pueda realizarse la conducción intermedia, con las consiguientes ventajas que es dable esperar.

En el plano extrasectorial, se han establecido vinculaciones con Educación aprovechando la zonificación de este sector en la provincia.

No existen relaciones con otros sectores como ser Agricultura y Ganadería, Registro Civil, Sistema de Medicina tradicional, etc.

El personal y la supervisión

Los directores de los establecimientos asistenciales tienen formación básica a través de un curso de capacitación.

Periódicamente, por intermedio de seminarios, reciben actualización de conocimientos.

Como no han sido seleccionados en base a sus motivaciones y actitudes frente a la función que deben desarrollar para la atención de la población, y por otra parte se ha librado a su decisión la forma en que deben operar, el grado de desarrollo de las acciones sanitarias en las áreas programáticas es muy diverso.

Se nota en general que su trabajo principal es la atención del establecimiento, al que dedican casi la totalidad de su labor. El área programática

//

no es visualizada como elemento de importancia en el sistema, en algunos casos.

La actitud prevalente es la de espera de la demanda para proceder a la atención.

Habitualmente los directores tienen un conocimiento imperfecto de la realidad sanitaria de su área, aún cuando remiten los datos para su caracterización según lo estipulado.

Los médicos en su mayoría, están poco interesados en las actividades de las áreas programáticas y ven con desagrado la práctica de la medicina por parte de los agentes sanitarios, especialmente la prescripción de medicamentos.

No se realizan reuniones sobre los acontecimientos sanitarios del área programática y la función de supervisor de área no es aceptada, hecho que crea problemas para el reemplazo de los supervisores.

Los criterios sustentados por los profesionales para el tratamiento de las enfermedades comunes no son uniformes.

El supervisor de las actividades del agente sanitario es generalmente un médico del establecimiento de base. Solo en la localidad de Castelli el llamado supervisor intermedio es un agente sanitario de experiencia al que se le asigna la función de supervisar a otros agentes.

Habitualmente el supervisor no tiene entrenamiento especial para esta tarea ni existen guías y normas precisas para ella. No se utilizan indicadores para la evaluación de las actividades.

Todo lo comentado se deriva en que, en ocasiones, la supervisión es reemplazada por una visita del médico al puesto sanitario que se utiliza en realizar consultas ante la demanda de la población, antes que en supervisar al agente sanitario.

La población, alertada de la visita del médico, concurre en gran número y el agente sanitario, marginado del acto, no encuentra apoyo para su trabajo cotidiano y queda descolocado, sin predicamento alguno para desarrollar sus cometidos.

La experiencia obtenida por los supervisores intermedios, por el contrario, ofrece buenos resultados.

Las enfermeras, cuyo número como hemos expuesto anteriormente es bien reducido, desarrollan su práctica exclusivamente en los establecimientos y no tienen vínculos con las actividades de las áreas programáticas.

El agente sanitario generalmente se capacita en el establecimiento cabecera.

Existe un programa de capacitación determinado y los docentes son los médicos y enfermeras del hospital.

Los contenidos educativos son variados y ajustados a las necesidades del área.

Dadas las particularidades de la misma no se da suficiente énfasis a lo referente a alimentación y nutrición.

Los agentes sanitarios tienen, en general, buena predisposición para sus tareas y actitudes muy favorables.

//

//

Conviene señalar que el ámbito en que se desarrolla la capacitación es muy distinto al que tendrá que actuar el agente, hecho que unido a la falta de una efectiva supervisión con la carga educativa que implica, lo coloca en situación desfavorable para desarrollar su acción.

El trabajo del Agente Sanitario consiste en la cartografía y censo del área asignada. Generalmente tiene 50 familias a su cargo y realiza rondas con visitas cada 1 a 3 meses.

Ante la solicitud de la población, concurre al domicilio de los pacientes, asiste a estos a los deriva según los casos y atiende consultas en el puesto sanitario.

Las actividades principales de su trabajo de área son el control de la embarazada y los niños, la dación de leche, la práctica de inmunizaciones, desinsectización del rancho y la enseñanza del hervido de agua y la construcción de letrinas.

El trabajo del agente sanitario, en respuesta de la demanda, ubica su actividad en la recuperación de la salud como un hecho que completa la tradicional labor preventiva y de saneamiento y lo define como factor esencial del primer nivel de atención, en especial en las áreas de población más aislada.

Actividades y normas técnicas

El programa único de salud jurisdiccional presentado por la provincia del Chaco para 1983 (10), revela la previsión de la atención primaria de la salud con visitas domiciliarias a toda la población rural, aunque actualmente ella beneficia a solo la cuarta parte de esta población.

Como expresamos anteriormente existen normas técnicas para la ejecución de las principales actividades sanitarias, cuya elaboración corresponde a las Direcciones normativas del nivel central.

No siempre estas normas, orientadas por el Estado Nacional y adaptadas a las necesidades locales, guardan relación y responden a las necesidades (11).

Existen grandes diferencias en las áreas programáticas en cuanto a las normas operativas.

Los agentes sanitarios orientan su accionar en relación a la asistencia médica, en base a modelos que partiendo del motivo de la consulta los guían, a través de decisiones binarias, hacia la elección de conductas.

Estos modelos se han desarrollado con participación de los profesionales locales y especialistas, en forma laboriosa.

Cubren, por el momento, solo una reducida proporción de las necesidades.

Derivación de enfermos

Tomando en consideración lo comentado al referirnos a los medios de comunicación disponibles y a las grandes distancias que existen entre el asiento de la población y el establecimiento de cabecera, se desprende que la derivación de pacientes tiene grandes e insalvables dificultades.

//

//
La población está aislada al igual que el agente sanitario y este, en el momento de tomar la decisión del traslado del paciente, no está apoyado en la consulta de la situación sino en sus conocimientos y normas generales.

Así es fácil admitir que pueden cometer errores por exceso o bien por defecto.

Salvo en contadas ocasiones en las que el traslado se realiza utilizando móviles de los propios interesados, este depende de la disponibilidad de vehículos en el hospital cabecera y del estado de los caminos.

En ocasiones se realiza por tracción a sangre o bien por deambulaci6n de los propios necesitados de atenci6n.

De una u otra forma la demora es considerable y ocasiona serios perjuicios que atentan contra la mejor oportunidad de la asistencia.

2.4. NIVEL DE SALUD

El Ministerio de Salud P6blica y Medio Ambiente de la Naci6n caracteriz6, en base a diversos estudios, el nivel de salud alcanzado por cada una de las jurisdicciones pol6ticas que componen el pa6s (?).

En 3 estudios realizados en 1971, 1977 y 1979 seg6n la utilizaci6n de diversos indicadores combinados, la provincia del Chaco ocup6 el lugar 21 de los 24 posibles, hecho bien elocuente de su situaci6n.

Al respecto, algunos indicadores para 1977 permiten precisar acabadamente el nivel de salud correspondiente:

| | |
|---|----------------------|
| - MORTALIDAD INFANTIL | 81,4‰ (Pa6s - 44,5‰) |
| - MORTALIDAD NEONATAL | 31,5‰ (Pa6s - 22,6‰) |
| - DEFUNCIONES MATERNAS | 1,8‰ (Pa6s - 0,9‰) |
| - PARTOS INSTITUCIONALES | 63,4% (Pa6s - 88 %) |
| - MORTALIDAD POR ENFERME DADES INFECCIOSAS | 24,1% (Pa6s - 10,6%) |

Como estos datos corresponden al total de la provincia, en el que se incluyen los de las localidades urbanas que presentan habitualmente mejores condiciones, se debe admitir que para la poblaci6n rural dispersa, el nivel de salud es m6s bajo a6n y condice con la situaci6n a la que est6 expuesta esta particular poblaci6n, en un ambiente tan poco favorable para la vida.

No obstante, debe sealarse que el an6lisis de los indicadores que conforman el nivel de salud, revela que la situaci6n ha experimentado una paulatina mejoria en los 6ltimos a6os.

3.- CONCLUSIONES

Puntualizando los hechos mas importantes de cada tópico tratado se observa lo siguiente:

Ambito Físico:

- De las diversas características físicas del área rural de la provincia merecen destacarse:
 - . Extensa llanura subtropical, aprovechable para la agricultura parcialmente pues parte de ella se encuentra cubierta de bosques y no existen obras que aseguren el riego.
 - . Carencia de agua apta para el consumo de la población,
 - . Reducido desarrollo del saneamiento básico rural.
 - . Falta de adecuadas comunicaciones.

Ambito Socio Cultural:

- La estructura social predominante en el interior de la provincia es la primaria de tipo familiar, núcleo social que persigue principalmente el propósito de satisfacer sus necesidades básicas.
- Los rasgos más característicos de ella son la convivencia de varias generaciones, su asentamiento disperso y su aislamiento.
- El tipo de vivienda exclusivo es el rancho.

Ambito Económico:

- Una gran proporción de la actividad económica de la provincia, pertenece al Sector primario y a Servicios.
- Siendo la agricultura la actividad predominante, se observa una reducida proporción de tierra cultivada en base al neto predominio de solo 2 productos.
- Esta actividad predominante constituye la principal fuente de trabajo de los pobladores del interior, caracterizándose por una ocupación cíclica y discontinua de la mano de obra y migración de la población en igual forma.
- Existe una gran proporción de tierra fiscal que, además de generar otros inconvenientes, obliga a los productores a determinadas formas de comercialización de los productos y ocasiona dificultades en su colocación.

Población:

- La población rural de la provincia es de 278.599 habitantes, representan-

//

tando aproximadamente el 40% de la existente en toda la jurisdicción.

- Con excepción de una franja central extendida de este a oeste en la que, en cierta medida, existe algún grado de concentración, en el resto del interior la población se asienta en forma muy dispersa.
- Como consecuencia de una elevada natalidad, y de particularidades relativas a la mortalidad y corrientes migratorias, en la estructura de la población hay un neto predominio de niños y una baja proporción de ancianos.

Atención médica:

- El Sector estatal es prácticamente el único efector de salud existente en el interior de la provincia.
- Las necesidades de salud predominantes son las que dependen de la atención materno-infantil, la alimentación y el control de las enfermedades infecto contagiosas.
- La demanda de salud de la población dispersa es captada por el Sistema de medicina formal a través del Agente Sanitario y también por el Sistema tradicional.
Fuertemente influida por la cultura de los pobladores y la oferta de servicios, encuentra limitaciones dependientes de las deficiencias existentes en materia de comunicaciones.
- La relación entre el número de médicos y agentes sanitarios con el de la población es muy reducido.
- La proporción de médicos radicados en el interior que están calificados en el ejercicio de especialidades básicas, es bajo.
- La complejidad de los servicios cabecera en los que se desarrolla el 2º nivel de atención es, en general, algo inferior al que se considera conveniente.
- Del presupuesto estatal de salud destinado al interior de la provincia, solo una reducida proporción se destina a las áreas programáticas y a la Atención Primaria de la salud, orientándose principalmente a cubrir las necesidades de los establecimientos asistenciales.
- La organización sanitaria revela una creciente preocupación por la atención de la salud de la población dispersa, a través de la elaboración y ejecución de un programa de atención primaria de la salud que, aunque de reciente data, está dotado de objetivos concretos y adecuada mecánica operativa.
No obstante, algunos hechos crean dificultades que impiden su mejor desarrollo. Ellos son:

. Falta de zonificación sanitaria y por ende de un nivel intermedio en-

//

//

tre el de conducción central y el de ejecución que asegure la agilidad de las decisiones y la coordinación operativa de las unidades.

- Existencia de organismos normativos centrales que, además de cumplir su función específica de orientación técnica de las acciones, opera en ocasiones en forma vertical sin integración.
- . Reducida vinculación con otros organismos extrasectoriales.
- . Bajo nivel de motivación y actitudes del personal profesional y de conducción, poco propicias para el desarrollo del primer nivel de atención.
- . Escasa organicidad del Sistema de Supervisión de las actividades.

Nivel de Salud

- Franca situación de deterioro sanitario de la población.

En el Gráfico N° 4 se expresan sintéticamente los rasgos mas salientes de la situación.

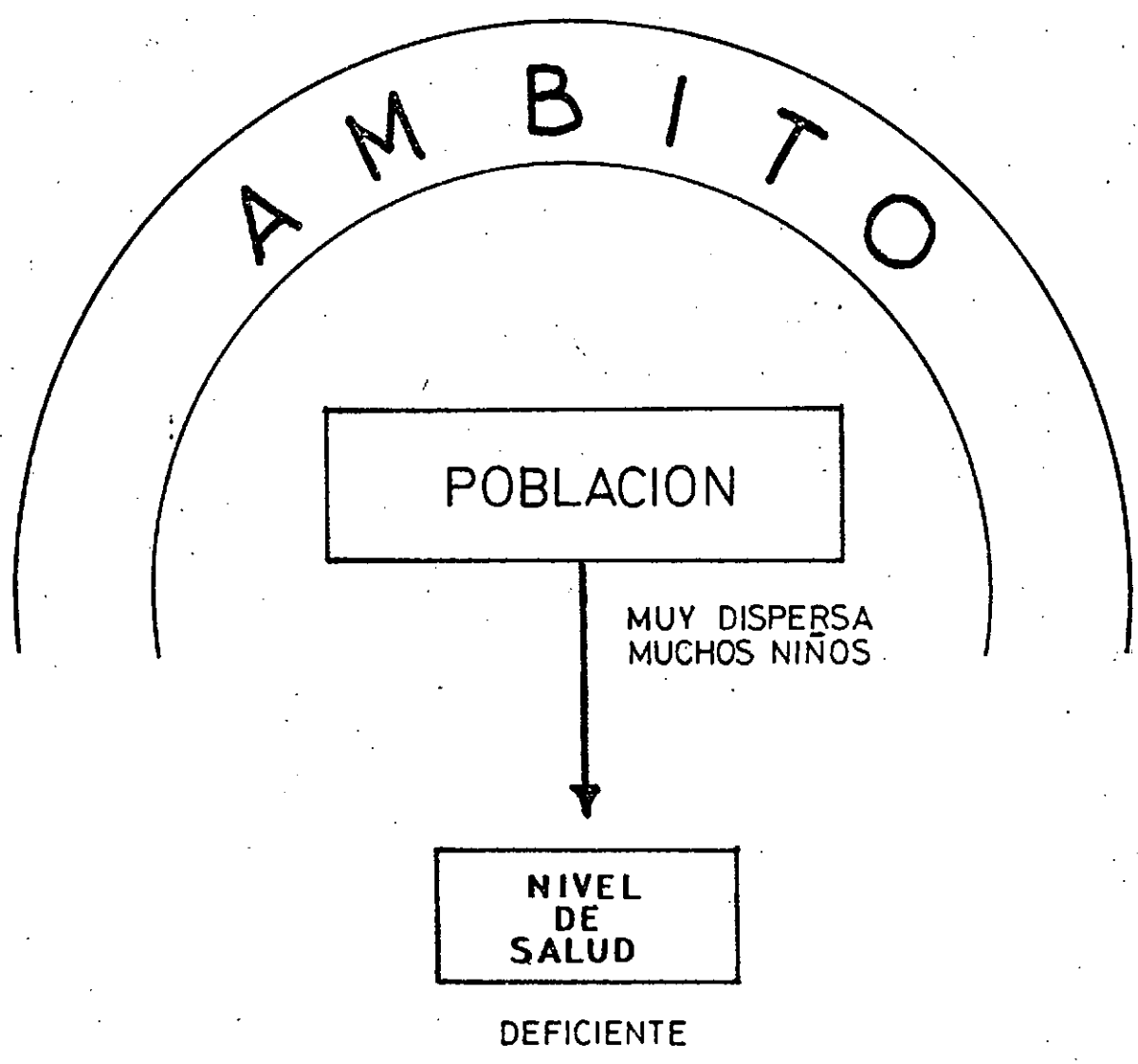
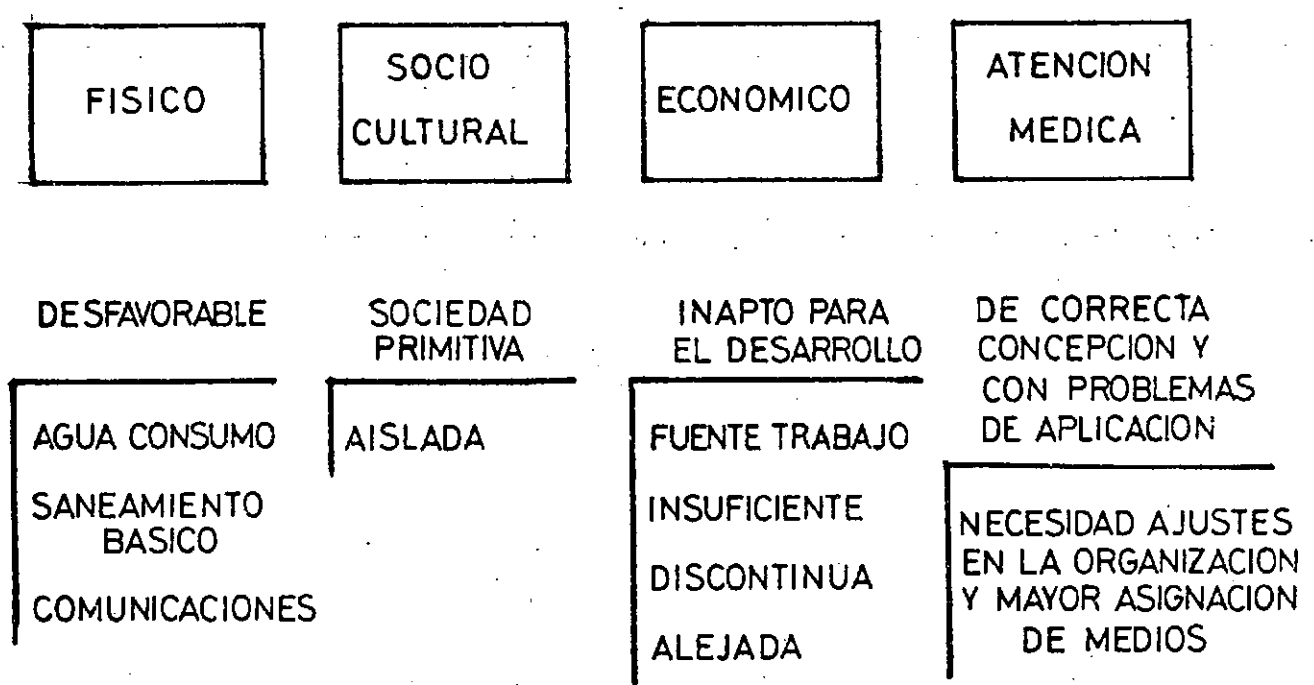


GRAFICO Nº 4
SINTESIS DE LA SITUACION

4. RESUMEN

Como parte constitutiva de la elaboración de un estudio sobre "Programa de Atención primaria de la salud de la población rural dispersa", se caracteriza, en el área rural de la provincia del Chaco, lo referente a su etapa inicial: el diagnóstico de la situación.

Partiendo de un esquema metodológico usual, se describen las principales características del ámbito en el que transcurre la vida de la población, comprendiendo aspectos relacionados con el espacio físico y los componentes socio-cultural y económico.

La atención médica, tanto en lo que respecta a la organización, como a los recursos existentes, es tratada en su conjunto, aunque con una especial orientación hacia el primer nivel de atención.

El nivel de salud de la población es precisado según los indicadores clásicos.

Se concluye señalando las principales características desfavorables del ámbito como ser la falta de agua apta para el consumo de la población, el escaso desarrollo del saneamiento básico rural, la estructura social primitiva, la insuficiencia de comunicaciones que junto con el alto grado de dispersión en el asentamiento genera el aislamiento de la misma y las fuentes de trabajo insuficientes, discontinuas y distantes.

Se particulariza en la buena concepción del sistema de atención médica y su ordenamiento por niveles, indicando algunos inconvenientes observados en relación a su organización y asignación de recursos, para finalizar con la definición del deficiente nivel de salud de la población; ultimamente en paulatina mejoría.

5.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- 1.- Análisis de tasas de hechos vitales - Años 1970-1980- Ministerio de Salud de la provincia del Chaco.-
- 2.- Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud -Provincia del Chaco- Tomo 12- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente -Año 1980-
- 3.- Censo Nacional de Población y Vivienda 1980 -Provincia del Chaco- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos -Ministerio de Economía.
- 4.- Componente psicosocial. Bases para su comprensión -Folletos sobre Defensa Nacional. Escuela de Defensa Nacional, fascículo 4, año 1976.-
- 5.- Informe sobre salud en la provincia del Chaco -IX Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública-Resistencia, 19-21 de octubre de 1978.-
- 6.- Padrón de electores según distrito -Nota del Diario LA PRENSA pag. 5,18 de agosto de 1982.-
- 7.- Pautas Nacionales para el planeamiento del Sector Salud -Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación -1980-1982.
- 8.- Principales productos agrícolas de la provincia del Chaco- Secretaría de Estado de Agricultura y Ganadería -Años 1981-1982.-
- 9.- Producto bruto geográfico de la provincia del Chaco -Dirección de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía del Chaco -Años 1977-1980.-
- 10.- Programa único de Salud y Medio Ambiente Ministerio de Salud de la provincia del Chaco Año 1983.-
- 11.- Programa de Atención primaria de la salud de la provincia del Chaco -Año 1982-

6.- ACTIVIDADES REALIZADAS

6.1. NIVEL CENTRAL (Entrevistas - Diálogo y preparación de las actividades de terreno)

- Sr. Ministro de Salud Pública
Dr. Rolando José TOUQUINAS

- Sr. Subsecretario del Interior
Dr. Carlos Alfredo DELGADO

- Sr. Subsecretario de Gran Resistencia
Dr. Damián ZAMUDIO

- Sr. Asesor del Ministro
Dr. Alfredo ZURITA

- Sr. Asesor de la Subsecretaría del Interior
Dr. Julio Alberto MONSALVO

- Sr. Asesor idem del Interior
Dr. Carlos MERETA

6.2. VISITAS A TERRENO

- HOSPITAL BASE CASTELLI y los Puestos Sanitarios de
CASTELLI RURAL
MIRAFLORES
CENTRAL NORTE
LOS QUIRQUINCHOS
PALO MARCADO

- HOSPITAL BASE GRAL. PINEDO y los Puertos Sanitarios de:
CAPDEVILA
EL PALMAR

- HOSPITAL BASE COLONIA ABORIGEN y los Puertos Sanitarios
Nº 1
Nº 2

- HOSPITAL BASE LAS BREÑAS

NOTA:

El suscripto agradece las facilidades brindadas por las autoridades de salud de la provincia para desarrollar sus actividades y en especial la cordialidad y buena disposición de todo el personal entrevistado.