

6  
M. 411  
F 15a  
III

31236

CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN  
Y PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS  
EN SALUD MENTAL  
- PROVINCIA DE FORMOSA -  
ABRIL DE 1986



- Dr RUBEN OSCAR FERRO -

#### AGRADECIMIENTOS:

Al aporte y colaboración de un grupo de personas, que hicieron posible la redacción final de este informe.

Al Dr Eduardo Macedo, la Dra Irene Fradkin, la // Lic. Edith Fernández Patri, el Dr Rubén Bordón, por nombrar a algunos de la cálida Formosa.

Al Dr Vicente Angel Galli, por su apoyo permanente y sus juicios orientadores.

Finalmente, al Lic. Víctor Nicolás Domínguez, por sus consejos, asesoramiento y guía, y por la discusión y comentarios sobre el texto.

#### ANTECEDENTES:

La asesoría fue solicitada por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Formosa, a través de su Departamento de Salud Mental.

Atento a la importancia que el problema de la salud / mental representa en la gestión en salud, la Provincia había iniciado acciones administrativas y técnicas que intentaban resolverlo.

A la creación de la unidad orgánica respectiva en la estructura de conducción central en salud, siguieron acciones que intentaban dar soluciones de tipo integral. Se determina la necesidad de incluir variables que permitieran establecer parámetros operativos, con la finalidad de desarrollar respuestas alternativas.

Se hizo necesario contar con una opinión de expreso / carácter técnico, que planteara con criterio posible, las distintas modalidades de abordaje del problema.

Se formula el requerimiento al Consejo Federal de Inversiones, el que decide la contratación del Asesor en Salud Mental.

## ORDENAMIENTO TEMATICO

1. ELEMENTOS DESCRIPTIVOS DE LA ZONA BAJO ESTUDIO
  - 1.1. Ubicación geográfica - características generales
  - 1.2. División política y regiones geográficas
  - 1.3. Hidrografía e Hidrología
  - 1.4. Inundaciones
  - 1.5. Clima
  - 1.6. Los ambientes
  - 1.7. Transporte y comunicaciones
    - 1.7.1. Transporte
      - 1.7.1.1. Red vial
      - 1.7.1.2. Red ferroviaria
      - 1.7.1.3. Red fluvial
      - 1.7.1.4. Red de transporte aéreo
    - 1.7.2. Comunicaciones
  - 1.8. Estructura productiva
    - 1.8.1. Sector agrícola
    - 1.8.2. Sector ganadero
    - 1.8.3. Sector forestal
    - 1.8.4. Sector petrolero
    - 1.8.5. Actividad industrial
    - 1.8.6. Sector servicios
  - 1.9. Población
    - 1.9.1. Índice de crecimiento poblacional
    - 1.9.2. Distribución
    - 1.9.3. Estimación de la población a 1985
    - 1.9.4. Sobre la población aborígen
  - 1.10. Vivienda
  - 1.11. Educación
  - 1.12. Necesidades básicas insatisfechas
    - 1.12.1. La pobreza en Formosa

- 2. CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION Y ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD
  - 2.1. Introducción
    - 2.1.1. La enfermedad: concepciones sobre la causa
  - 2.2. Indicadores
    - 2.2.1. Estadísticas vitales
      - 2.2.1.1. Natalidad
      - 2.2.1.2. Morbilidad
      - 2.2.1.3. Mortalidad
  - 2.3. Sobre el estado nutricional
  - 2.4. Cobertura de la atención a la salud
  - 2.5. Recursos asistenciales
  - 2.6. Recursos humanos
  - 2.7. Programa de atención primaria de la salud
  - 2.8. Otros recursos
  - 2.9. Aspectos presupuestarios
- 3. ANALISIS DE LA SITUACION EN SALUD MENTAL
  - 3.1. Introducción
  - 3.2. Los últimos años
    - 3.2.1. La gestión democrática
    - 3.2.2. Encrucijada epistemológica de la salud mental
    - 3.2.3. Casusación de los desórdenes mentales
  - 3.3. La Salud Mental en Formosa
    - 3.3.1. Antecedentes
    - 3.3.2. Prevalencia estimada de desórdenes mentales
      - 3.3.2.2. Epidemiología psiquiátrica
      - 3.3.2.3. Referencias históricas
      - 3.3.2.4. Datos estimados
      - 3.3.2.5. Demandas prioritarias
  - 3.4. Servicios de salud mental
    - 3.4.1. Situación actual
    - 3.4.2. Recursos asistenciales

- 3.4.3. Las internaciones
- 3.4.4. Otros servicios de salud mental
- 3.4.5. Servicios vinculados de salud mental
- 3.5. Recursos humanos en salud mental
- 3.6. Sistema no oficial de asistencia en salud mental
- 3.7. Las respuestas posibles
- 3.8. Hacia un modelo de respuesta integral
- 3.9. Hechos más destacables de la realidad a los fines del estudio
- 4. PROPUESTAS PROGRAMATICAS EN SALUD MENTAL
  - 4.1. Fundamentación
  - 4.2. Objetivos
  - 4.3. Propuesta programática
    - 4.3.1. Subprograma de Coordinación de acciones de salud mental
      - 4.3.1.1. Coordinación intrasectorial (Ministerio de Salud Pública)
      - 4.3.1.2. Coordinación con otros organismos del Gobierno Provincial y Nacional
      - 4.3.1.3. Sobre la coordinación de acciones con el subsector privado y de obras sociales
      - 4.3.1.4. Coordinación con organizaciones no gubernamentales
    - 4.3.2. Subprograma asistencial de salud mental
      - 4.3.2.1. Acciones asistenciales en la infancia y adolescencia
      - 4.3.2.2. Acciones asistenciales en adultos y ancianos
      - 4.3.2.3. Sobre la internación de pacientes psiquiátricos
      - 4.3.2.4. Equipos itinerantes de asistencia y asesoramiento
      - 4.3.2.5. Sistema de registros de salud mental
      - 4.3.2.6. Sobre el desarrollo de la infraestructura
    - 4.3.3. Subprograma de docencia e investigación
      - 4.3.3.1. Sobre la capacitación de médico generalistas
      - 4.3.3.2. Capacitación de agentes sanitarios y supervisores intermedios del Programa de Atención Primaria de la Salud
      - 4.3.3.3. Sobre las residencias en Salud Mental

- 4.3.3.4. Investigaciones
- 5. DESARROLLO DE PROYECTOS
  - 5.1. Proyecto: Constitución de la Comisión Asesora Provincial de Salud Mental
  - 5.2. Proyecto: Constitución y funcionamiento de equipos itinerantes de asistencia y asesoramiento en Salud / Mental
  - 5.3. Proyecto: Sistematización de registros de salud mental
  - 5.4. Proyecto: Curso de Capacitación en Salud Mental para Médicos Generalistas
- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
  - 6.1. Sobre la Provincia de Formosa
  - 6.2. Sobre salud
  - 6.3. Sobre salud mental

1- ELEMENTOS DESCRIPTIVOS DE LA ZONA BAJO ESTUDIO

- PROVINCIA DE FORMOSA -

## 1. ZONA BAJO ESTUDIO

### 1.1. Ubicación geográfica -características generales

La Provincia de Formosa ocupa casi una tercera parte de la Mesopotamia Chaqueña (72.066 km<sup>2</sup>), en el extremo Nor-Este/ de la República Argentina.

Ubicada en posición periférica, marginal del punto de vista geopolítico, a más de 1200 km de la Ciudad de Buenos // Aires, limita a través de los Ríos Pilcomayo al norte, y / Paraguay al este, con la República del Paraguay.

Su límite sur lo establece el Río Teuco-Bermejo, quien lo/ separa en su curso oscilante de la Provincia del Chaco.

La frontera con la Provincia de Salta, es la única no natu<sup>ra</sup>l, y la constituye la Línea Barilari, trazada sobre el / Meridiano 62°20' 17".

Los caudales y los cursos de los ríos son inestables, como consecuencia de su régimen irregular de alimentación y de/ la extrema nivelación de la llanura pordonde discurren.

Las variaciones climáticas son el rasgo sobresaliente de / la amplia faja central del territorio, ubicada en la zona/ de transición del clima cálido subtropical húmedo al cáli- do tropical con estación seca.

Esta inestabilidad climática e hídrica, imprime un sello / indeleble al paisaje del chaco formoseño.

## 1.2. División política y regiones geográficas

Acorde con las posibilidades de asentamiento poblacional, / la división política de Formosa registra cambios notables / en el tiempo.

Pueden distinguirse cuatro períodos: Prefundacional, hasta / 1879, centrado en la Villa Occidental como capital de los / territorios del Chaco; el Fundacional, hasta 1884, conse-// cuencia de la entrega de Villa Occidental a la República // del Paraguay (fallo arbitral del Presidente de Estados Uni- dos Rutehrford Hayes); el Institucional o del Territorio Na- cional hasta 1955, y finalmente el período Provincial, que/ se inicia a mediados de 1955, y persiste en nuestros días.

En cada uno de estos períodos, la división política fue su- friendo modificaciones, adecuándose a accidentes geográti-// cos, línea catastrales, asentamientos de población, y zonas productivas.

La configuración del mapa político actual, con nueve depar- tamentos, aunque es estable desde 1915, ha visto cambiar // sus cabeceras departamentales por el surgimiento de locali- dades más importantes o el paso del ferrocarril.

La distribución del territorio provincial en nueve departa- mentos, con su respectiva cabecera y superficie, es la que/ sigue:

| <u>DEPARTAMENTO</u> | <u>CAPITAL</u>             | <u>SUPERFICIE (KM<sup>2</sup>)</u> |
|---------------------|----------------------------|------------------------------------|
| Bermejo             | Laguna Llema               | 12.850                             |
| Formosa             | Formosa                    | 6.195                              |
| Laishi              | San Francisco de<br>Laishi | 3.480                              |
| Matacos             | Ing. Juárez                | 4.834                              |

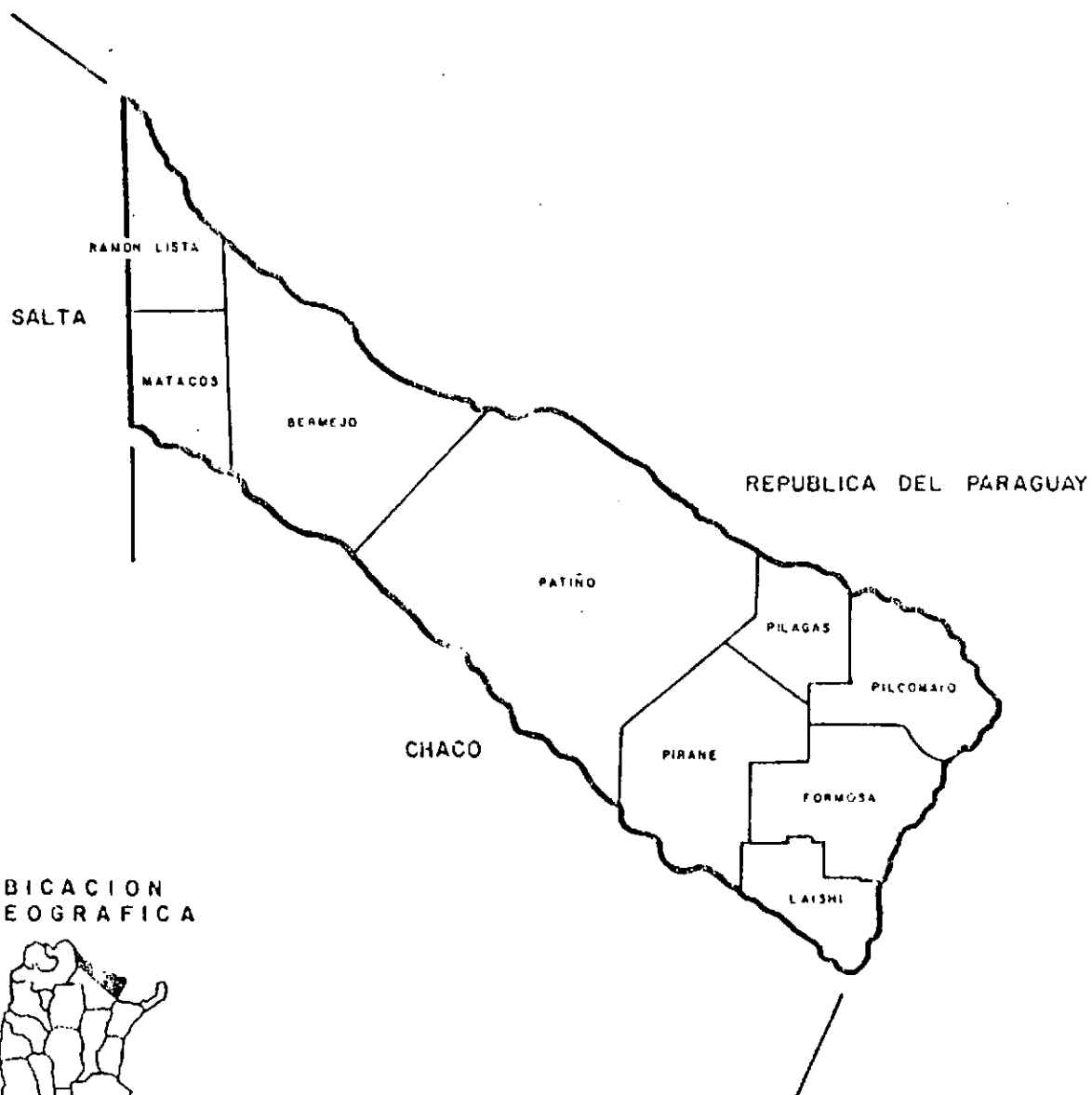
|             |                    |        |
|-------------|--------------------|--------|
| Patiño      | Comandante Fontana | 24.502 |
| Pilagás     | Espinillo          | 3.041  |
| Pilcomayo   | Clorinda           | 5.342  |
| Pirané      | Pirané             | 8.425  |
| Ramón Lista | General E. Mosconi | 3.800  |

Son tres las regiones geográficas en que puede dividirse la extensa llanura formoseña, diferenciada por las características de su suelo, clima, vegetación y régimen de lluvias.

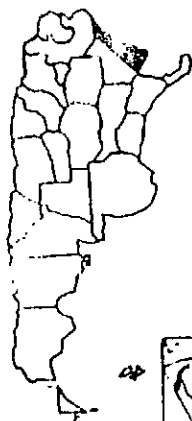
Al Oeste, una Región Árida, que abarca los departamentos de Bermejo, Matacos y Ramón Lista; al Centro una Región Semi-árida, cubriendo en forma aproximada el Departamento Patiño y al Este una Región Húmeda, que abarca los Departamentos / de Formosa, Laishi, Pilagás, Pilcomayo y Pirané.

# PROVINCIA DE FORMOSA

SUBDIVISION EN DEPARTAMENTOS



UBICACION  
GEOGRAFICA



### 1.3. Hidrografía e Hidrología

La Provincia de Formosa se caracteriza por la presencia de tres grandes ríos, Pilcomayo, Teuco-Bermejo y Paraguay, cada uno de los cuales presenta singularidades, en cuanto a su curso, cauce, caudal y efectos sobre los territorios que atraviesan.

Recibiendo sobre sí la influencia de las precipitaciones // pluviales, en especial el Pilcomayo y el Bermejo, modifican sus cursos dada la extraordinaria nivelación de la planicie por la que circulan, produciendo derrames que causan inundaciones cíclicas. Se originan entonces esteros y bañados, a la vez que se modifican sus cursos y cauces, transportando con ello los límites geográficos que constituyen.

Un importante número de ríos y riachos, dan su aporte a la geografía de la zona, circulando la mayoría de ellos en sentido Oeste-Este, desaguardo en alguno de los grandes ríos, o alimentando lagunas.

El régimen de lluvias oscila de 1100 a 1200 milímetros por año en la Zona Húmeda (al Este) a 700 u 800 milímetros anuales, en la Zona Árida (al oeste). Este bajo régimen en el Oeste provincial, unido a suelos arcillosos y permeables, determinan la ausencia de ríos y la consecuente aridez de la región.

Las aguas subterráneas constituyen un recurso poco conocido y explotado. Su aprovechamiento discontinuo se hace como abastecimiento de emergencia, debiendo destacarse los contenidos salinos y arsenicales, de algunas de las napas, en especial en la Zona Oeste, determinando su ineptitud para el consumo humano y animal.

#### 1.4. Inundaciones

Los ríos Bermejo, Pilcomayo y Paraguay, sufren en forma consecutiva, desbordes, que provocan inundaciones del territorio formoseño, llegando a cubrir una quinta parte de su superficie.

Las inundaciones, causadas por precipitaciones pluviales en los territorios de las nacientes de los ríos, afectan no sólo los cultivos y la ganadería, sino que destruyen las vías de comunicación y transporte, y las viviendas alterando la economía general de la zona.

De alta significación, es la inundación que afecta al Río / Paraguay, que cuando ve crecer su cauce, impide el desague/natural del Pilcomayo y el Bermejo, haciendo retroceder sus aguas, fuera de los cauces. Una de las mayores alturas registradas por el Río Paraguay, fue la de junio de 1979, /// cuando alcanzó 8,32 metros sobre el nivel normal frente a / la ciudad de Formosa, lo que provocó una inundación que afectó a 25.000 personas, cubriendo totalmente algunos pueblos ribereños, 340 manzanas de la ciudad de Clorinda, y doce barrios de la Ciudad de Formosa. La superficie total/cubierta por esta inundación, fue calculada en 7700 hectáreas.

La mayor de las inundaciones registradas en los últimos /// años, provocada por el Río Paraguay, es la que en 1983, hace llegar su cuota a los 10,73 metros frente al Puerto de / Formosa, altura no alcanzada anteriormente.

Sin embargo, de mayor magnitud puede considerarse el impacto conjunto que los tres ríos han producido en los últimos/seis años.

| Año  | Paraguay        | Pilcomayo  | Bermejo                               |
|------|-----------------|--|---------------------------------------|
|      | Alt. media 3-4m | Caudal medio<br>180m <sup>3</sup> /s<br>mínimo: 3m <sup>3</sup> /s | Caudal medio<br>430 m <sup>3</sup> /s |
| 1980 | 7,64            | 2.744  | 3.967                                 |
| 1981 | 6,54            | 2.278  | 8.000                                 |
| 1982 | 9,10            | 2.923  | 5.500                                 |
| 1983 | <u>10,73</u>    | 613  | 2.259                                 |
| 1984 | 7,27            | <u>5.500</u>   | <u>10.500</u>                         |
| 1985 | 8,55            | 3.400  | 9.736                                 |

Fuente: Dirección de Recursos Hídricos

Pueden destacarse del cuadro anterior algunos datos significativos: El Río Paraguay, ha superado en cinco de los seis/ últimos años, el nivel de siete metros, considerando como / estado de emergencia; el Pilcomayo, que llega casi a desapa-  
recer, ve en momentos multiplicarse por treinta, su caudal/ medio, mientras el Bermejo, llega a aumenta su caudal más / de veinticinco veces.

Las grandes oscilaciones de los ríos, hacen consecuentemen- te compleja una respuesta que aporte las soluciones demanda-  
das.

### 1.5. Clima

Por su desarrollo latitudinal el territorio provincial se / caracteriza por un clima de altas temperaturas, oscilando / las medias anuales entre 21,9 °C y 23,6 °C.

Pueden definirse netamente dos tipos climáticos:

Al oeste, el clima cálido tropical con estación seca, con / temperaturas medias anuales superiores a 23 °C, caracteriza- dos por una marcada concentración estival de lluvias de es- caso monto. Muestra una intensa evaporación a causa de las/ elevadas temperaturas, lo que genera un balance hídrico mar- cadamente deficitario.

Al este, el clima cálido subtropical húmedo, con temperatu- ras ligeramente inferiores y precipitaciones abundantes du- rante todo el año, superiores a los 1.000 milímetros anua- les, arroja un balance hídrico siempre positivo.

Entre ambos extremos se ubica una amplia franja de orienta- ción meridiana en la que se opera de este a oeste, una gra- dual disminución de las lluvias de 1.000 a 800 milímetros / anuales. Este gradiente pluviométrico es decisivo en la con- figuración del paisaje formoseño.

### 1.6. Los ambientes

Puede hacerse una diferenciación sobre los distintos ambientes que muestra el territorio de la provincia.

El Valle del Paraguay no ha sido creado por el río que lo /  
cruza. De nacimiento en la zona tropical, y de escasa pendiente, el Río Paraguay con un caudal medio de 4300 m<sup>3</sup> por/  
segundo (julio) registra importantes crecientes que llevan/  
a multiplicarse su caudal, reguladas por la Cuenca de El //  
Pantanal. En el ambiente que crea, se levanta sobre los albardones una densa vegetación, que tiene en los bañados un/  
correlato extenso de camalotes y plantas de agua. Como carece de heladas, es una zona apta para cultivos subtropicales.

El ambiente de esteros y albardones, se desarrolla entre //  
los cursos inferiores de los ríos Pilcomayo y Bermejo, surcado por un gran número de arroyos y riachos.

La vegetación ribereña, continúa en amplias abarcas con pastizales apareciendo por último la gran selva tropical. A la /  
tala selectiva de la misma, siguió la tala rasa y el rozado para abrir los campos a la agricultura, lo que produjo notables cambios climáticos.

El ambiente de la Zona Central que abarca casi todo el Departamento Patiño, es el área de transición climática, con unidades heterogéneas y baja estabilidad.

La vegetación se adapta a las condiciones del micro relieve y a las secuencias de sequía e inundaciones: bosques de maderas dura en las lomas, en las medias lomas árboles y pastizales, y en el fondo las plantas de los esteros.

En esta zona, los incendios intencionales, para el aprovechamiento de las tierras, ha causado también cambios en el clima de la región.

El ambiente de la Llanura Occidental se tipifica como el de clima cálido subtropical, con invierno seco. A una gran presencia de variedades quebrachales y palosanto, sometido a / una sobre explotación notable, siguió la no regeneración de especies de valor forestal, lo que sumado al clima semiárido, facilitó la destrucción orgánica. Así, el suelo no evoluciona, e impide la reproducción de gramíneas, de mayor // valor agrario.

Las Divagaciones del Pilcomayo que proviene de la región andina, dan origen a numerosos brazos, los que tienen aguas / sólo en el estío. El agua infiltrada resurge, dando lugar / a la presentación de suelos salinos, de escasa importancia/ agrícola. Siendo muy amplias su variaciones de cauce, los / asentamientos de población a sus márgenes son muy dificultosos. Sólo es terreno apto para la explotación ganadera marginal.

La zona de la Ribera Teuco-Bermejo presenta igualmente rasgos derivados de la inestabilidad del cauce del río.

Siendo complejo el derivar del río, por meandros, numerosas islas configuran un paisaje cambiante, pleno de curvas.

Desde Presidencia Roca, se vuelve más navegable, y ha sido una de las vías de penetración para los obrajeros.

Pese a la existencia de buenos suelos agrícolas, el poder / erosivo de río, y la amplitud de las zonas de derrame, hacen que la actividad agrícola sea azarosa.

El ambiente de la Llanura Occidental se tipifica como el de clima cálido subtropical, con invierno seco. A una gran presencia de variedades quebrachales y palosanto, sometido a / una sobre\_explotación notable, siguió la no regeneración de especies de valor forestal, lo que sumado al clima semiárido, facilitó la destrucción orgánica. Así, el suelo no evoluciona, e impide la reproducción de gramíneas, de mayor // valor agrario.

Las Divagaciones del Pilcomayo que proviene de la región andina, dan origen a numerosos brazos, los que tienen aguas / sólo en el estío. El agua infiltrada resurge, dando lugar / a la presentación de suelos salinos, de escasa importancia/ agrícola. Siendo muy amplias su variaciones de cauce, los / asentamientos de población a sus márgenes son muy dificultosos. Sólo es terreno apto para la explotación ganadera marginal.

La zona de la Ribera Teuco-Bermejo presenta igualmente rasgos derivados de la inestabilidad del cauce del río.

Siendo complejo el derivar del río, por meandros, numerosas islas configuran un paisaje cambiante, pleno de curvas.

Desde Presidencia Roca, se vuelve más navegable, y ha sido una de las vías de penetración para los obrajeros.

Pese a la existencia de buenos suelos agrícolas, el poder / erosivo de río, y la amplitud de las zonas de derrame, ha- / cen que la actividad agrícola sea azarosa.

que recorre la provincia longitudinalmente. El estado general de las vías del citado ramal, es deficiente y se encuentra en franco proceso de deterioro.

En 1980 el Ferrocarril General Belgrano otorga la concesión a una empresa privada para la explotación del servicio de pasajeros, el que se establece con una frecuencia de tres viajes semanales entre Formosa y Embarcación.

#### 1.7.1.3 Red fluvial:

De los ríos que rodean la provincia, sólo el Paraguay es navegable con embarcaciones de calado importante. Para ello es necesario mantener el estado de navegabilidad con dragados periódicos, que actualmente no se realizan. Además de ello, las inundaciones del período 79-83 destruyeron todas las instalaciones portuarias en la ciudad de Formosa que podrían dar eficacia a la utilización de esta vía.

#### 1.7.1.4 Red de transporte aéreo:

En la actualidad la Dirección de Aeronáutica registra cincuenta pistas entre particulares y provinciales. Sólo la pista del Aeropuerto Internacional El Pucú es apta para todo tipo de avión, y se ubica en la Capital de la Provincia. Allí opera Aerolíneas Argentinas con un vuelo diario a la ciudad de Buenos Aires. Salvo las pistas de Clorinda, Formosa, El Colorado y Las Lomitas, el resto es de suelo de tierra, siendo operable según condiciones climáticas.

La comunicación interprovincial se realiza mediante Aerolíneas Federales Argentinas (ALFA)

que recorre la provincia longitudinalmente. El estado general de las vías del citado ramal, es deficiente y se encuentra en franco proceso de deterioro.

En 1980 el Ferrocarril General Belgrano otorga la concesión a una empresa privada para la explotación del servicio de pasajeros, el que se establece con una frecuencia de tres viajes semanales entre Formosa y Embarcación.

#### 1.7.1.3 Red fluvial:

De los ríos que rodean la provincia, sólo el Paraguay es navegable con embarcaciones de calado importante. Para ello es necesario mantener el estado de navegabilidad con dragados periódicos, que actualmente no se realizan. Además de ello, las inundaciones del período 79-83 destruyeron todas las instalaciones portuarias en la ciudad de Formosa que podrían dar eficacia a la utilización de esta vía.

#### 1.7.1.4 Red de transporte aéreo:

En la actualidad la Dirección de Aeronáutica registra cincuenta pistas entre particulares y provinciales. Sólo la pista del Aeropuerto Internacional El Pucú es apta para todo tipo de avión, y se ubica en la Capital de la Provincia. Allí opera Aerolíneas Argentinas con un vuelo diario a la ciudad de Buenos Aires. Salvo las pistas de Clorinda, Formosa, El Colorado y Las Lomitas, el resto es de suelo de tierra, siendo operable según condiciones climáticas.

La comunicación interprovincial se realiza mediante Aerolíneas Federales Argentinas (ALFA).

### 1.8. Estructura productiva:

La economía formoseña se caracteriza por la fuerte incidencia que en ella tienen las crisis cíclicas de la producción primaria sobre la que se sustenta y los impactos negativos de un / medio natural que sufre las consecuencias de la sequía al oeste y las inundaciones periódicas al este.

Muy tardíamente se articulan los ciclos económicos que estimularon la ocupación y colonización chaqueña: la explotación // del quebracho para la extracción del tanino, la ganadería y / el monocultivo algodonero, todo ligado a distintas formas de apropiación de la tierra y participación en el mercado.

A partir de la década del 60 con la ganadería de cría y el // sistema de terminación intensiva del vacuno en territorio provincial, Formosa se incorpora al sistema de producción de la / región pampeana y una débil participación de su producción agrícola de primicias se destina a satisfacer las necesidades / del mercado metropolitano.

La provincia cuenta con el 1,9% de la superficie del país y / el 1,4% de su población contribuyendo con apenas el 0,40% de / su Producto Bruto Interno (año 1980). De los 72.000 Km<sup>2</sup> que ocupa el territorio sólo el 30% son de propiedad privada, el / resto de la superficie es netamente fiscal, ya sea con uso específico o superficies ocupadas por personas, sin poseer derechos sobre la tierra que ocupa; sólo el 17% del territorio // provincial se dedica a la explotación agropecuaria.

#### 1.8.1. Sector agrícola:

La explotación agrícola utiliza el 2,5% de la superficie provincial. La tierra apta para cultivo históricamente ha sido utilizada en un 50%. La actividad agrícola se halla asentada sobre islas de cultivo radicadas / en las escasas tierras de los albardones que cruzan la /

provincia con orientación noreste-sureste.

La extremada subdivisión territorial a partir de los / miniproductores es una de las características sobresalientes de esta provincia.

El sector algodonero es uno de los de mayor importancia en la explotación agrícola y ubica a la provincia/ como 2ª productor nacional, aunque sólo marginalmente, ya que la provincia del Chaco realiza el 70% de la producción de este cultivo.

Es a partir de la década del 60 que se intensifica la/ diversificación de la actividad agrícola con la introducción de especies hortícolas de primicias invernales (zapallo, sandía y cítricos), como así también se intensifica el cultivo del sorgo, el arroz y la utilización del rastrojo de los mismos para complementación / alimentaria del ganado vacuno.

Frutales: la producción de frutales es muy importante/ y dentro de estos la explotación de bananos ya que la/ provincia es el primer productor de este frutal en Argentina. También se cultiva el ananá, el guayabo, la / palta y los cítricos, de ellos, en especial el pomelo/ y el naranjo.

#### 1.8.2. Sector ganadero:

La actividad ganadera ocupa un lugar destacado en la / producción de la provincia. Pero recién en la década / del 70, el sistema de producción de cría/recría y la / terminación extensiva, evoluciona lentamente hacia las formas intensivas que tratan de acortar los plazos de/ engorde de novillos. Recurre además a la introducción/ del Cebú y del Hereford, que se suman al ganado crio- / llo y a los cuarterones.

Si bien se realiza la explotación de ganado menor, // los mismos no tienen la incidencia que la explotación bovina en la estructura ganadera provincial, ya que / la misma en gran parte es utilizada como explotación/ de subsistencia.

#### 1.8.3. Sector forestal:

Se calcula en 4.000.000 de hectáreas la superficie fo-  
restal formoseña, siendo esta explotación una de las/  
primeras junto con la ganadería en la estructuración/  
productiva de la provincia.

Las especies de mayor valor económico son: el quebra-  
cho colorado (que es utilizado en la industria tanine-  
ra), quebracho blanco, guayaibí, espina corona, guara-  
niná, urunday, algarrobo y palo blanco.

Las empresas obrajeras actúan en concesiones de bos-/  
ques fiscales y deben aportar un aforo destinado a //  
solventar los gastos del servicio forestal oficial. /  
Pero ante la carencia de acciones efectivas orienta-/  
das a poblar con especies de rápido crecimiento y el/  
agotamiento de la masa forestal natural, se prevé un/  
mayor desequilibrio ecológico en un futuro próximo.

#### 1.8.4. Sector petrolero:

El 8 de diciembre de 1983, en una zona denominada Pal-  
mar Largo, del Departamento Ramón Lista, los obreros/  
que trabajan en el Pozo X-1 encuentran petróleo a ///  
3.882 mts. de profundidad, coronando así un largo pe-  
ríodo de exploración y perforación.

Este descubrimiento produce, una ruptura de la histó-  
rica evolución del territorio oeste formoseño, ya que  
la presencia de este recurso natural, puede posibili-  
tar modificaciones y desarrollo de la zona.

En la actualidad se encuentran en producción los pozos Palmar 1 y 2 y se continúa con las perforaciones, considerándose que existe una gran cuenca petrolera. La producción de los pozos petroleros se transporta / por medio de oleoductos hasta la ciudad de Ing. Juárez, desde donde es trasladado hasta la provincia de Salta, para su destilación en YPF.

Este hallazgo, junto a su importancia económica para la región, implica una alteración del ordenamiento social de los naturales.

A una agregación de población transitoria, se suma la imposición de normas, costumbres y exigencias de una / manera abrupta y desmesurada por los modelos de trabajo que sostienen estos sectores.

Entre los conflictos surgidos con los pobladores y // los campamentos, pueden citarse: la violación del espacio físico; el uso indiscriminado de recursos naturales valorados y escasos como el agua; y la no consideración de los valores regionales.

Este impacto se potencia puesto que el yacimiento de "Palmar Largo" se halla en el Departamento Ramón Lista, donde la mayoría de sus pobladores pertenecen al grupo étnico Matacos (Wichi).

#### 1.8.5. Actividad industrial:

La actividad industrial formoseña tiene poco peso relativo en su economía ya que para el año 1980 aportaba aproximadamente el 30% del PBI provincial. Los establecimientos instalados en su gran mayoría corresponden a empresas familiares que desarrollan actividades industriales relacionadas con la producción básica, la actividad taninera, la industrialización del /

algodón, los aserraderos de la industria maderera, la producción de carbón y la rama de materiales.

El resto de los productos manufactureros se hallan relacionados con los alimentos, escasamente diversificados. Esta débil actividad local se ubica en el sur-este de la provincia con mayor concentración de establecimientos en las ciudades de Formosa, El Colorado, // Clorinda y Pirané.

#### 1.8.6. Sector servicios:

El sector terciario, representado esencialmente por / los servicios de gobierno y empresas estatales, tiene como los demás sectores antes referidos, su localización y máxima influencia en la zona este provincial. El intenso éxodo rural provocado por la crisis básica que afecta a la economía impulsa el crecimiento de // los centros de servicios en los que se encuentran mayores oportunidades para satisfacer las necesidades elementales de educación, salud y ocupación.

Este sector participa en el 56,1% de las actividades/ desarrolladas en toda la provincia. El crecimiento de la demanda ocupacional es respondido, como en todas / las provincias radiadas de la Capital Federal, por el Estado.

### 1.9. Población:

La población originaria de la región que nos ocupa correspondía a los pueblos aborígenes divididos por lenguas comunes / que habitaban el Gran Chaco.

Ellos eran: MATACO-MATAGUAYO: integrada por Matacos, Mataguayos, Veloz, Nocten, Chorolis, Guisnal, Malbalá, Matará, Tonocoté; GUAYCURU: Abipones, Mocovíes, Pilagás, Tobas Mabaya // Caudreos y Payaguás; LULES VILELA: Vilela, Lules y Chunupí.

Dichos pueblos fueron desapareciendo con el proceso colonizador quedando sólo en la actualidad los pueblos: Matacos (Wi-chi), Tobas y Pilagás.

Las posteriores corrientes colonizadoras que constituyeron / la base poblacional de la provincia, fueron las provenientes por el oeste de los ganaderos salteños; del este, los obreros asunceños, para la extracción de la madera, iniciándose / el ciclo forestal. El ciclo agrícola se da por el arribo de / contingentes de colonos. La colonización exigía la penetración al interior y la apertura de rutas; bajo los auspicios / de la Ley Avellaneda se establece la parcelación de tierra / lo cual trajo aparejada la formación de grandes propiedades / a un costo ínfimo.

La integración en el interior del territorio de estas distintas corrientes se da a comienzos del 1900, coincidentes con / la construcción de la primera línea férrea (1908) que unía a Formosa con la Provincia de Salta.

#### 1.9.1. Índice de crecimiento poblacional:

El último censo de población en 1980, indica que habitan la Provincia de Formosa 295.887 personas.

El crecimiento de la Provincia se refleja a través de los censos, presentando dos características: es alto, el 50% anual como promedio de los 85 años (1895-1980); el mismo ha ido declinando por períodos desde un 75%.

tantes y más nos muestran el claro despoblamiento que las zonas rurales están sufriendo.

La tasa de 103 de masculinidad que en el censo 1980 / se verifica en Formosa, y tomando la misma como indicador de la presencia de hombres solos en busca de // trabajo, nos dice que en forma progresiva, Formosa ha dejado de ser "tierra de frontera", para mantener una / cierta estabilidad, permaneciendo algunos Departamentos muy rurales con una tasa de masculinidad de 112 / como son Bermejo y Pilagás.

También se ha revertido la población de origen de Formosa ya que a fines del siglo pasado era el 51% ex-// tranjero, pasando al 11% en 1980, lo que nos habla de la inmigración de argentinos en la población reciente de Formosa.

La evolución de la estructura poblacional de Formosa/ se manifiesta de acuerdo con el proceso de coloniza-/ ción e inmigración que en esta provincia se realiza. La pirámide actual es una pirámide irregular con una/ ancha base con el rango de 0 a 14, una estabilización en cuanto a los grupos de 15 y 44, y un aumento en el/ grupo de 65 años y más.

#### 1.9.3. Estimación de la población a 1985:

La proyección de las cifras del censo 1980, nos arrojan para el año 1985 las siguientes estimaciones de / población:

inicial hasta un 24%, tasa superior de todos modos a la del país en su conjunto que fue en estos 10 años/ del 18% anual.

Ese alto crecimiento histórico explica el saldo positivo entre inmigración y emigración si se considera/ todo ese período de 85 años; pero la gradual disminución de su ritmo está reflejada en un moderado saldo negativo que en años recientes viene dejando la mi-gración.

El porcentaje total de la población del país que representa Formosa es, en el año 1980 del 1,4%.

#### 1.9.2. Distribución y estructura poblacional:

La distribución de la población en la provincia no / tiene un desarrollo homogéneo ya que, los cinco De-partamentos del Este han ido históricamente aumentan-do el asentamiento poblacional.

La densidad de habitantes por Km<sup>2</sup> en la provincia es de 4 personas. Esta densidad media no es pareja en / toda la provincia, sino que va decreciendo de este a oeste, desde las 17 personas de Formosa y las 10 de/ Pilcomayo hasta las 0,7 y 0,6 de Ramón Lista y Bermejo.

El ritmo de aumento del crecimiento poblacional en / el litoral y disminución en el centro continúa con / su tendencia histórica y así vemos que en el último/ censo en 1980 se divide la provincia en tres zonas:

|   |     |
|---|-----|
| Litoral (Pilcomayo, Formosa, Laishi).....   | 56% |
| Centro (Pilagás, Pirané, Patiño) .....      | 38% |
| Oeste (Bermejo, Ramón Lista, Matacos) ..... | 6%  |

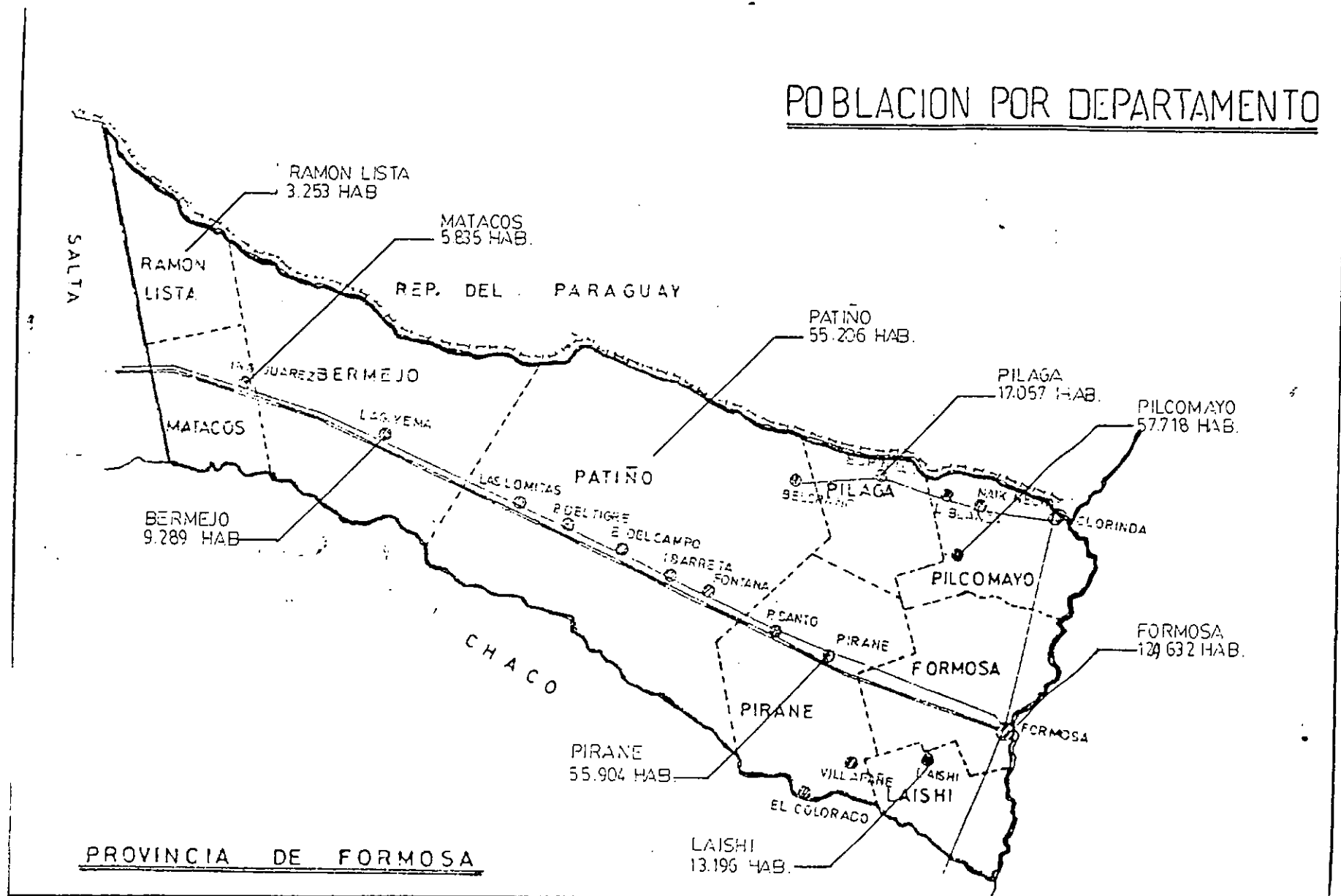
El fuerte impulso de la urbanización en la última dé-cada y fundamentalmente en los pueblos de 2.000 nabi-

ESTIMACION DE POBLACION 1985 - FORMOSA - (Departamento de Estadísticas)

| DEPARTAMENTOS | TOTAL DE POBLACION | 0/4 Años | 5/9 Años | 10/14 Años | 15/49 Años | 50/64 Años | 65 y más |
|---------------|--------------------|----------|----------|------------|------------|------------|----------|
| - Total       | 347.336            | 50.114   | 64.820   | 43.079     | 151.599    | 30.613     | 15.011   |
| - Bermejo     | 9.289              | 1.450    | 1.472    | 1.174      | 4.035      | 793        | 365      |
| - Formosa     | 129.878            | 18.596   | 15.880   | 14.022     | 64.934     | 11.155     | 5.581    |
| - Laishi      | 18.196             | 1.827    | 1.985    | 1.840      | 5.654      | 1.286      | 603      |
| - Matacos     | 5.835              | 1.197    | 851      | 699        | 2.566      | 360        | 152      |
| - Patiño      | 55.205             | 7.841    | 7.884    | 7.386      | 25.052     | 4.736      | 2.307    |
| - Pilagás     | 17.057             | 2.263    | 2.688    | 2.518      | 7.361      | 1.545      | 692      |
| - Pilcomayo   | 57.718             | 8.418    | 7.747    | 7.402      | 26.218     | 5.323      | 2.610    |
| - Pirané      | 55.904             | 7.472    | 8.155    | 7.708      | 24.758     | 5.191      | 2.620    |
| - Ramón Lista | 3.254              | 1.060    | 457      | 330        | 1.121      | 214        | 71       |

Los datos poblacionales, que se presentan en la tabla precedente, serán los que se utilizarán, para los análisis que requieran de esta información, en el presente trabajo.

# POBLACION POR DEPARTAMENTO



PROVINCIA DE FORMOSA

#### 1.9.4. Sobre la población aborígen:

Las poblaciones aborígenes actuales, en la Provincia de Formosa corresponden a Dos Familias: la Mataco-Mataguayo: con el grupo étnico Mataco (Wichi), y la // Guaycurú, con los agrupamientos étnicos Tobas y Pilagás.

Esta población, plantea en la dinámica general de // las relaciones, intensos conflictos con los demás agrupamientos poblacionales. La misma se produce, al/ no existir una homogeneidad en lo que hace a sus respectivos sistemas de valores, de símbolos expresivos, de clasificación y ordenación de la realidad, de motivos para la acción, lo que provoca una interacción de neta asimetría. La sociedad global, se presenta / ante ella imponiéndole un orden coactivo y a la vez, territorial, jurídico y organizacional, al que los aborígenes deben atenerse y respetar.

Aunque, el Censo 80, no ha incluido categorías aborígenes, en la provincia y el Instituto Provincial del Aborígen, estiman en aproximadamente 25.000 el número de los mismos, que residen en 76 comunidades.

La mayoría de ellos realizan actividades de subsistencia a saber: 1) la que responden a las características culturales propias de las comunidades como son la recolección, caza y pesca; y, 2) las actividades/ agrícolas propiciadas por agentes externos.

Permanece en la actualidad en muchas comunidades, la característica de nómade, por problemas de subsistencia y por las inundaciones, lo que provoca dificultades en su: salud, educación, vivienda, desarrollo poblacional y sistema de pertenencia.

El proceso evangelizador realizado en las comunidades aborígenes, indican su eficacia en el siguiente cuadro:

RELIGIONES QUE PROFESAN LOS ABORIGENES

|                      |             |        |
|----------------------|-------------|--------|
| 1) Evangélica .....  | 4.023 ..... | 46,8%  |
| 2) Anglicana .....   | 1.128 ..... | 13,9%  |
| 3) Católica .....    | 1.890 ..... | 10,3%  |
| 4) Protestante ..... | 625 .....   | 7,5%   |
| 5) Pentecostal ..... | 473 .....   | 5,4%   |
| 6) Ateos .....       | 1.436 ..... | 16,6%  |
| TOTAL .....          | 8.611 ..... | 100,0% |

FUENTE: Censo Provincial del Aborigen - Año 1970

De los datos anteriores podemos inferir, el grado de aculturación que estas comunidades presentan y la // transacción cultural, realizada en dicha interacción. Del mismo Censo, podemos observar la cantidad de población y porcentaje según sus dialectos:

CANTIDAD DE POBLACION SEGUN LOS DISTINTOS DIALECTOS

|                     |             |        |
|---------------------|-------------|--------|
| 1) Mataco .....     | 3.455 ..... | 40,9%  |
| 2) Toba .....       | 3.403 ..... | 40,3%  |
| 3) Pilagá .....     | 1.044 ..... | 12,3%  |
| 4) N/Dialecto ..... | 506 .....   | 5,9%   |
| 5) Guaraní .....    | 2 .....     | 0,02%  |
| 6) Chulupí .....    | 31 .....    | 0,3%   |
| TOTAL .....         | 8.441 ..... | 100,0% |

FUENTE: Censo Provincial del Aborigen - Año 1970

Diferentes han sido las técnicas y métodos empleados para producir "la integración", de los aborígenes al sistema formal de funcionamiento de la sociedad, y / diversos han sido sus fracasos. Generalmente, esta / integración en los hechos significaba la adopción de valores, actitudes y conductas que correspondían a otra cultura.

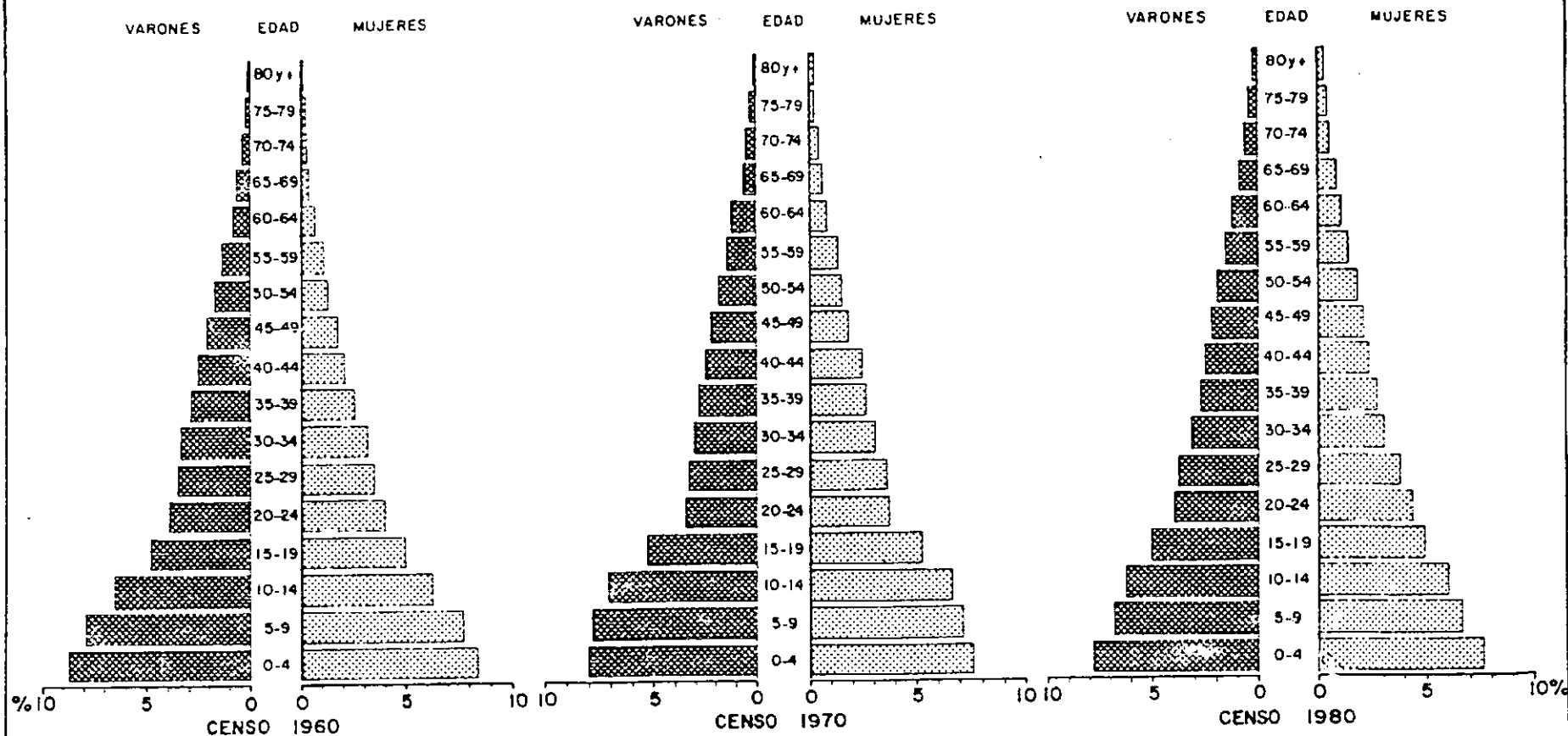
En la actualidad, en el área que nos ocupa, estos // grupos poblacionales aunque representativos de aproximadamente el 0,7% de la población, se presentan a la realidad sanitaria, como grupos de alto riesgo, ya / que en ellos encontramos una alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas y desnutrición infantil.

Y se comporta con respecto al sistema oficial de a- / tención de las enfermedades, produciendo una baja demanda de servicios en general, no prosiguiendo las / acciones terapéuticas indicadas. La permanencia de / la concepción mágico-religiosa, empírica y psicológica, de la clasificación que anteriormente hemos citado en estos grupos étnicos, y el rechazo que los médicos o el personal de salud hace de estas concepcio- / nes plantean las relaciones de conflicto que en el área se presentan.

De singular complejidad se presenta el análisis de / las acciones en el área de Salud Mental, que se po- / dría desarrollar en estas comunidades, ya que sería / indispensable el conocimiento, de las explicaciones / y terapéuticas que a estas enfermedades le otorgan / dichas comunidades, como punto de partida para la // planificación de las respuestas.

# PROVINCIA DE FORMOSA

EVOLUCION DE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO, EN 1960, 1970 Y 1980



| TOTAL | Grandes Grupos de Edad |       |        |
|-------|------------------------|-------|--------|
|       | 0-14                   | 15-64 | 65 y + |
| 100.0 | 45.5                   | 52.2  | 2.3    |

| TOTAL | Grandes Grupos de Edad |       |        |
|-------|------------------------|-------|--------|
|       | 0-14                   | 15-64 | 65 y + |
| 100.0 | 44.2                   | 52.9  | 2.9    |

| TOTAL | Grandes Grupos de Edad |       |        |
|-------|------------------------|-------|--------|
|       | 0-14                   | 15-64 | 65 y + |
| 100.0 | 41.0                   | 54.9  | 4.1    |

#### 1.10 Vivienda:

Entre 1960-80 la Provincia de Formosa incrementa un 98% de sus viviendas particulares pasando de 34.200 a 68.000. En el mismo lapso, la población crece en un 60%. Por este motivo se observa una disminución de personas por vivienda particular de 5,0 a 4,3, existiendo el día del Censo/80 6.600/ viviendas. desocupadas.

El 54% de las unidades habitacionales son viviendas de tipo casas; departamentos, solo el 1%, piezas de inquilinatos el 1,4%, viviendas precarias, el 14% y ranchos el 29% de / la viviendas, siendo el más común de los hogares de 7 y // más miembros.

Los análisis producidos a partir de la información previa/ a 1982, presentan el sesgo determinado por las grandes inundaciones producidas en el territorio formoseño en // el período 1982-85. Las mismas afectaron a una población / aproximada de 25.000 habitantes, produciendo la inhabitabilidad total o parcial de un sin número de viviendas.

Es de importancia señalar que las familias que habitan esta zona, están constituidas en su mayoría, por el grupo de nominado "familias incompletas", aquellas que falta un cónyuge, producto no solo de la mortalidad sino también de hogar irregular en las que falta el padre. Como así también/ es muy común en este tipo de viviendas, los hogares de /// tres o más generaciones, que por lo general corresponde a/ la línea de ascendencia materna.

Esta característica de familia incompleta, se presenta como un elemento de alto riesgo, en el área de la Salud Mental, por lo que es necesario tomarlo como un indicador de/ relevancia para la programación de ulteriores actividades.

### 1.11. Educación

De la población de Formosa de 6 años y más, 25.200 personas nunca asistieron a la escuela primaria, es decir, el 10% (según Censo 1980). Este indicador señala el mejoramiento obtenido en la actualidad en relación con el pasado. Hasta los 15 años, la proporción de los que nunca han asistido, no llega el 3% y hasta los 20 años no alcanza el 5%. El promedio Provincial del 10%, coincide con el porcentaje de los que tienen hoy entre 30 y 34 años, y el problema sigue creciendo con la edad hasta llegar al 23%, con el grupo de 50 y más años.

En su distribución por departamento, la situación más grave aparece en los tres del oeste, en Ramón Lista, el 45% de la población de 6 y más años nunca ha asistido a la escuela y en Bermejo y en Matacos el 27 y el 26% respectivamente. En el Litoral la situación es distinta no habiendo asistido el 5% de la población de 6 y más años en el Departamento de Formosa y el 8% en Pilcomayo.

A los 12 años, permanecen en la escuela el 92% de los alumnos; a los 14 años, solo el 34% ha terminado la escuela y a los 19 años el 70% la ha concluido.

De la Población de 15 años solo el 29% se encuentra formando en el nivel medio y de la población de 20 años el 3,4% cursaba estudios superiores o Universitarios

#### Comparación intergeneracional del nivel de enseñanza alcanzado (Censo/80) en las 24 Jurisdicciones Nacionales

|               | PRIMARIO   |               | SECUNDARIO     |                | UNIVERSITARIO  |               |
|---------------|------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
|               | 15-24 años | 50 años y más | 20-29 años '50 | 30-39 años '50 | 40-49 años '50 | 50 años y más |
|               | %          | %             |                |                |                |               |
| TOTAL REP.    | 81         | 50            | 29             | 10             | 6              | 2             |
| 10) CAP. FED. | 94         | 79            | 56             | 22             | 16             | 6             |
| 20) FORMOSA   | 63         | 24            | 14             | 4              | 3              | 1             |

Del cuadro precedente, obtenido del Censo de Población y / Vivienda de 1980, pueden hacer algunas consideraciones, // Formosa se ubica en el Vigésimo lugar en relación al nivel primario alcanzado por la población entre 15 y 24 años, // con un 63% de su población.

Este se debe a que el ordenador de esta tabla es precisa- / mente este indicador.

Por lo demás, las restantes cifras de la Provincia, la ubi- / can en el vigésimo cuarto (y último) lugar entre las juris- / dicciones argentinas, configurando un auténtico panorama / crítico en el terreno de la educación.

En los diferentes niveles de enseñanza la mayor perseveran- / cia, se encuentra en los Departamentos del Este, bajando / la misma en el nivel central y Oeste.

Existe un aumento de la matriculación en la Provincia de / sostenido incremento en el ámbito urbano y una disminución / progresiva en el rural; dato que nos habla de la migración / interna del campo hacia las ciudades que anteriormente se / había señalado. En el nivel primario del análisis de la // Cohorte 1978-84 se desprende que la retención relativa es / de un 43% siendo el desgranamiento escolar de un 53%, cons- / tituido por un 19% de repitencia y un 38% de abandono.

En el nivel medio y en el análisis de la Cohorte 80-84, la / retención es de un 44% y el desgranamiento de un 56%.

En la modalidad agro-técnica el análisis de la Cohorte /// 1979-84, la retención es del 14% y el desgranamiento del 86%.

El nivel Universitario en la Provincia de Formosa: funcio- / na una dependencia de la Universidad Nacional del Noreste, / donde se han implementado carreras que luego de la forma- / ción de un determinado número de alumnos, se dejando dic- / tar para iniciar otras nuevas; sólo la carrera de Ingeniería

Forestal se dicta en forma permanente.

En la actualidad la UNNE, tiene dos grandes centros formativos: la Facultad de Recursos Naturales, que dicta la carrera de Ingeniería Forestal; y el Instituto Universitario, donde funcionan las siguientes carreras:

Profesorado de Química

Profesorado de Letras

Profesorado de Contabilidad

Profesorado de Geografía

Profesorado de Historia

Profesorado de Psicopedagogía

Lic. en Administración de Empresa

Carrera Técnico Hidrólogos

Enfermería Universitaria

#### 1.12. Necesidades básicas insatisfechas

Consideramos de suma importancia incluir en el análisis de la problemática social de la Provincia de Formosa, los aportes que brinda el estudio "La Pobreza en la Argentina" INDEC, publicado en junio de 1984.

Se trata de la creación de un indicador complejo constituido por el análisis de los hogares que: 1. tuvieran más de 3 personas por cuarto; 2. o habitaran una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato), vivienda precaria u/ "otro tipo" (lo que excluye casa, departamento o rancho); 3. o no tuviera ningún tipo de retrete; 4. o tuviera algún niño en edad escolar que no asistiera a la escuela; 5. o / bien aquellos que tuvieran 4 o más personas por miembro ocupado (lo que equivale a una tasa de dependencia económica de 3 inactivos de miembros ocupado); y además, cuyo jefe tuviera baja educación (o sea, nunca asistió a algún establecimiento educacional, o asistió hasta 2º grado como máximo del nivel primario).

Las características de un indicador construido de esta manera, permiten utilizarlo para aproximarse al panorama de la pobreza desde dos perspectivas diferentes. Por un lado se trata de un indicador que representa una cuantificación de la extensión de las instituciones de pobreza en cada área y que es esencialmente comparable entre los diferentes tipos de áreas. Por otro lado, en la medida en que el indicador se constituye de hogares con sus principales necesidades básicas insatisfechas (alta probabilidad de pobreza), se posibilita trazar el perfil de esos hogares, en término de indicadores que contrastan sus características con las del resto de los hogares.

Las 24 jurisdicciones que componen el país, presentan////  
1.586.697 hogares con HBNI lo que implica un 22,3%.

Del total de los hogares registrados, se observan niveles críticos de: Hacinamiento 8,8%; vivienda 8,7%; condicio-/  
nes sanitarias 4,9%; asistencia escolar 2,6% y capacidad/  
de subsistencia 6,8%.

#### 1.12.1. La Pobreza en Formosa

La Provincia de Formosa ocupa el vigésimo cuarto/  
lugar o sea el último con un 48,6% de Hogares con  
necesidades básicas insatisfechas, y de los mis-/  
mos, con niveles críticos del 25,5% de hacinamien-  
to; 15,7% en vivienda; 13,5% en condiciones sani-  
tarias, 7,3% asistencia escolar y 15,1% en capaci-  
dad de subsistencia.

| JURISDICCION      | Por ciento de Hogares con niveles críticos de: |              |          |                           |                       |                          |
|-------------------|--|--------------|----------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
|                   | HNBI   | HACINAMIENTO | VIVIENDA | CONDICIONES<br>SANITARIAS | ASISTENCIA<br>ESCOLAR | CAPACIDAD<br>DE SUBSIST. |
|                   | TOTAL (1)                                      |              |          |                           |                       |                          |
| Total del<br>País | 1.586.697 - 22,3                               | 8,8          | 8,7      | 4,9                       | 2,6                   | 6,8                      |
| 1-CAP. FED.       | 67.692 - 7,4                                   | 1,5          | 3,8      | 0,3                       | 0,7                   | 2,1                      |
| 24-FORMOSA        | 28.732 -46,8                                   | 25,5         | 15,7     | 13,5                      | 7,3                   | 15,1                     |

Del análisis del cuadro precedente donde se en-//  
cuentran ubicadas las jurisdicciones de mayor índice

de pobreza, representada por la Provincia de Formosa, y la de menor necesidad, Capital Federal, // puede visualizar el rango que la pobreza adquiere/ en el país y la distancia que separa ambas realidades.

En la lectura de las condiciones que constituye el indicador por separado, se observa que, en Formosa los Hogares críticos con Hacinamiento, ocupa el 1° lugar del país con un 25,5%; vivienda el 3° lugar / con el 15,7%, Condiciones Sanitarias el 7° lugar con 13,5%, en Asistencia escolar el 2° lugar con el 7,3% y en capacidad de subsistencia el 4° lugar con el 15,1%.

Podemos observar que el indicador de más incidencia es Hacinamiento, luego, asistencia escolar, // posteriormente Vivienda, capacidad de subsistencia en el 4° lugar y por último, Condiciones Sanitarias que ocupa el 7° lugar del rango país de esta condición crítica.

En la Provincia de Formosa los Hogares con necesidades básicas insatisfechas representan el 46,8%, / del total de hogares de la Provincia. Como habíamos dicho anteriormente examinando el comportamiento de los indicadores en el interior provincial, / el rango de la pobreza en la misma se presenta desde la fracción censal 3 de la ciudad de Formosa // con un 23,0% de un HNBI, hasta llegar al Departamento Ramón Lista con el 94,2%. De todas las localidades de 2.000 y más habitantes, solo Ing. Juárez, supera la media Provincial con un 67,2% y las

zonas rurales de los 9 Departamentos Formoseños su  
periores superan esta media.

Estos datos nos hablan de las condiciones en que se  
encuentra la zona rural y la zona oeste, lo que /  
nos muestra los elementos más importantes que se /  
encuentran en este momento condicionando la migra-  
ción interna.

Del estudio de la Población en los HNBI según los/  
grupos de edad, podemos observar que el 54,4% de /  
la población habita en HNBI; del cual el 63,6% co-  
rresponde a menores de 2 años; el 64,4% de niños /  
en edad pre-escolar; el 64,5% de los niños en edad  
escolar, el 51,7% de los jóvenes y el 45,9% de los  
mayores de 65 años.

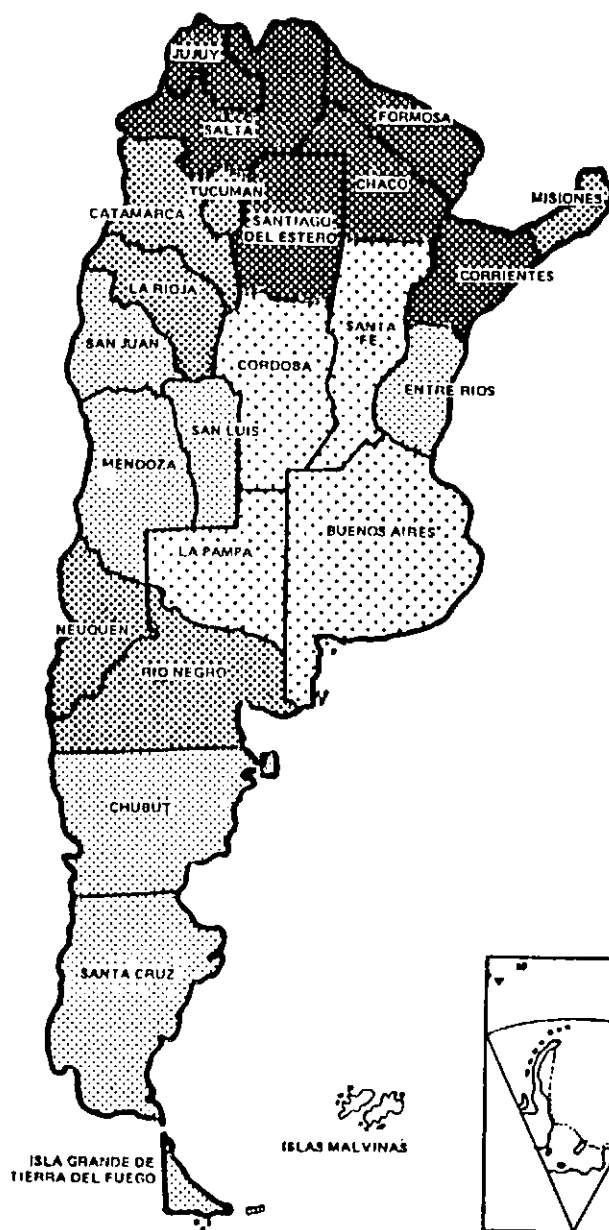
Manteniéndose la norma de los mayores niveles en /  
el oeste y zonas rurales y la disminución progresi-  
va en el este y zonas urbanas.

A este preocupante panorama referido a la vivienda  
y las condiciones sanitarias de la misma - solo //  
por citar los más destacados -, debe sumarse el //  
permanente riesgo que constituye el modus vivendi /  
de la inundación en la Provincia de Formosa.

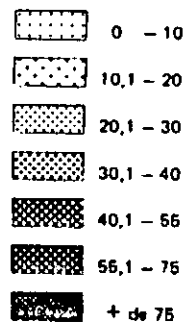
Como ya citamos, las crecientes han sido un rasgo/  
permanente y crítico, en las distintas regiones i-  
nundables por los tres grandes ríos y sus afluentes.

Este suceso determinó una gran movilidad poblacio-  
nal, con la consecuente disminución de las condi-  
ciones sanitarias de la vivienda, y por ende, el /  
aumento de las Necesidades Básicas Insatisfechas.

# REPUBLICA ARGENTINA POR JURISDICCION



Porcentaje de Hogares  
con Necesidades  
Básicas Insatisfechas



ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

## 10. Provincia de FORMOSA

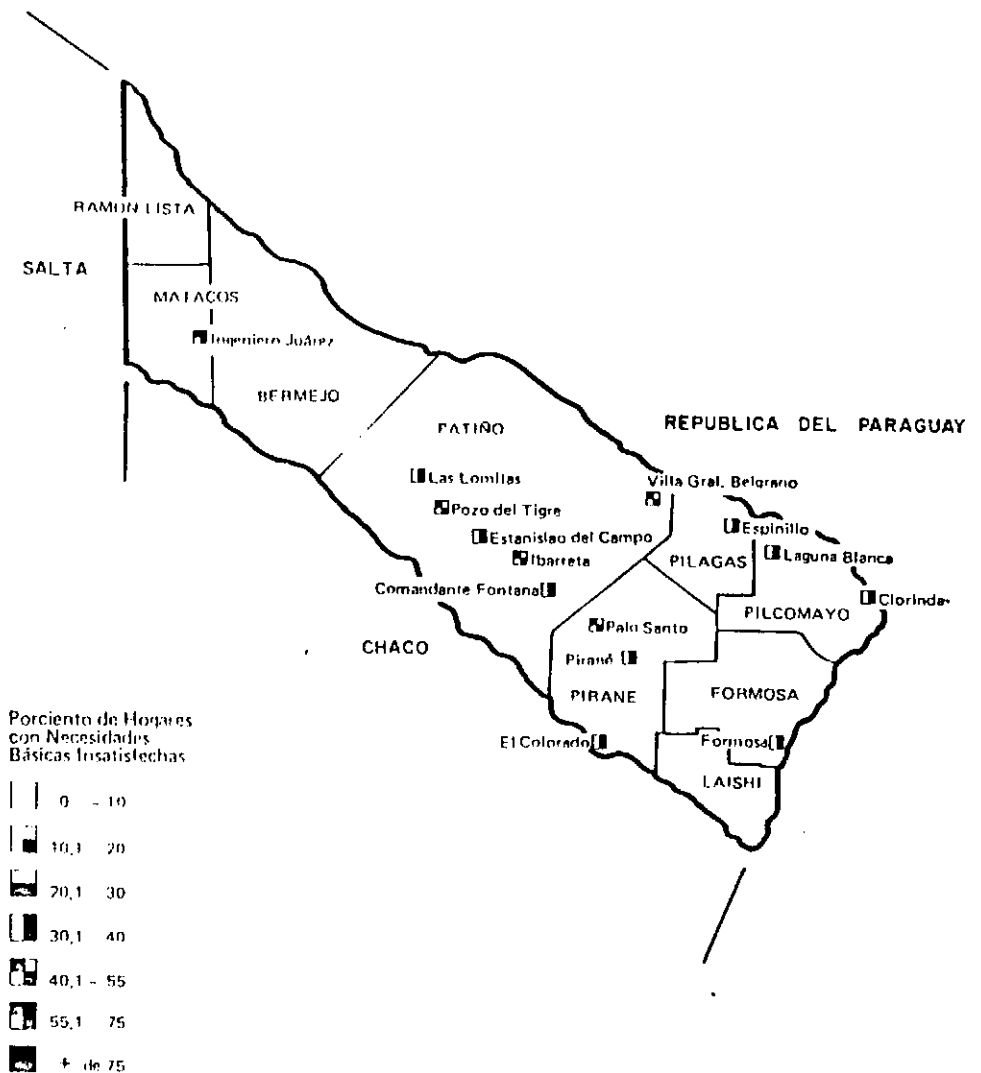
CUADRO 10.A. HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS POR AREA

| AREA                                 | HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS |          | PORCIENTO DE HOGARES CON NIVELES CRITICOS DE :<br>(1) |          |                        |                    |                        |
|--------------------------------------|---|----------|---|----------|------------------------|--------------------|------------------------|
|                                      | TOTAL   | %<br>(1) | ALIMENTACION  | VIVIENDA | CONDICIONES SANITARIAS | ASISTENCIA ESCOLAR | CAPACIDAD SUBSISTENCIA |
| FORMOSA                              |   |          |   |          |                        |                    |                        |
| TOTAL                                | 20 732  | 46.8     | 25.5  | 15.7     | 13.5                   | 7.3                | 15.1                   |
| URBANO                               | 12 435  | 35.8     | 19.6  | 14.5     | 5.5                    | 4.6                | 9.6                    |
| LOCALIDADES DE MAS DE 50.000 HABD.   | 6 464   | 33.7     | 19.9  | 15.1     | 2.9                    | 3.9                | 6.5                    |
| FORMOSA                              | 6 464   | 33.7     | 19.9  | 15.1     | 2.9                    | 3.9                | 6.5                    |
| F. 1                                 | 2 711   | 42.1     | 26.1  | 20.5     | 2.9                    | 5.4                | 7.5                    |
| F. 2                                 | 1 111   | 25.8     | 14.4  | 13.0     | 1.5                    | 2.4                | 5.4                    |
| F. 3                                 | 729   | 23.7     | 12.5  | 9.8      | 4.0                    | 2.3                | 4.7                    |
| F. 4                                 | 1 913   | 35.7     | 21.0  | 13.5     | 3.5                    | 4.2                | 7.3                    |
| LOCALIDADES DE 10.031 A 50.000 HABD. | 1 479   | 34.0     | 19.4  | 13.6     | 4.6                    | 3.7                | 7.5                    |
| CLORINDA                             | 1 479   | 34.0     | 19.4  | 13.6     | 4.6                    | 3.7                | 7.5                    |
| LOCALIDADES DE 2.000 A 10.000 HABD.  | 4 492   | 40.1     | 19.2  | 13.8     | 10.4                   | 6.1                | 15.6                   |
| PIRANE                               | 778   | 37.5     | 16.5  | 14.8     | 5.9                    | 4.6                | 12.4                   |
| EL COLORADO                          | 617   | 35.3     | 17.3  | 15.5     | 3.9                    | 6.1                | 14.0                   |
| IBARRETA                             | 492   | 42.7     | 20.0  | 10.6     | 15.0                   | 7.6                | 17.5                   |
| COMANDANTE FONTANA                   | 375   | 39.1     | 18.8  | 10.8     | 8.8                    | 6.9                | 16.4                   |
| LAS LOMITAS                          | 320   | 35.5     | 14.8  | 8.7      | 9.3                    | 6.1                | 14.2                   |
| ING. JUAREZ                          | 556   | 67.2     | 36.4  | 41.8     | 33.1                   | 12.5               | 25.6                   |
| LAGUNA BLANCA                        | 251   | 30.8     | 15.7  | 10.8     | 2.9                    | 3.4                | 12.0                   |
| PAJO SANTO                           | 308   | 43.0     | 16.8  | 12.6     | 10.9                   | 5.2                | 19.8                   |
| ESTANISLAO DEL CAMPO                 | 197   | 34.2     | 17.2  | 5.0      | 8.0                    | 3.6                | 15.8                   |
| POZO DEL TIGRE                       | 234   | 45.6     | 20.1  | 15.4     | 28.1                   | 3.7                | 15.6                   |
| VILLA GENERAL BELGRANO               | 195   | 40.8     | 20.9  | 4.4      | 8.2                    | 8.8                | 15.7                   |
| ESPINILLO                            | 169   | 38.6     | 25.6  | 3.2      | 5.3                    | 5.5                | 13.9                   |
| RURAL (POR DEPTO.)                   | 16 297  | 61.2     | 33.3  | 17.1     | 23.8                   | 10.8               | 22.4                   |
| BERMEJO                              | 1 176   | 76.7     | 37.6  | 19.5     | 50.7                   | 21.7               | 31.1                   |
| FORMOSA                              | 1 350   | 57.1     | 29.2  | 15.7     | 16.7                   | 6.0                | 19.9                   |
| LAISHI                               | 1 216   | 51.0     | 31.0  | 15.4     | 10.3                   | 8.2                | 18.2                   |
| MATACOS                              | 180   | 88.2     | 44.6  | 12.7     | 69.1                   | 29.9               | 33.8                   |
| PATIFO                               | 4 121   | 69.1     | 33.5  | 20.9     | 39.2                   | 14.3               | 25.1                   |
| PIL. 10                              | 1 387   | 57.3     | 31.9  | 19.6     | 8.6                    | 8.2                | 19.4                   |
| PIL. MAYO                            | 2 743   | 53.4     | 32.9  | 16.0     | 9.2                    | 7.2                | 16.7                   |
| P. DE                                | 3 600   | 59.3     | 33.2  | 12.5     | 21.2                   | 10.2               | 22.0                   |
| R. LISTA                             | 524   | 94.2     | 53.2  | 36.3     | 85.8                   | 18.9               | 64.0                   |

(1) PORCIENTO SOBRE EL TOTAL DE HOGARES EN CADA AREA

# Provincia de FORMOSA

LOCALIDADES DE 2.000 Y MAS HABITANTES

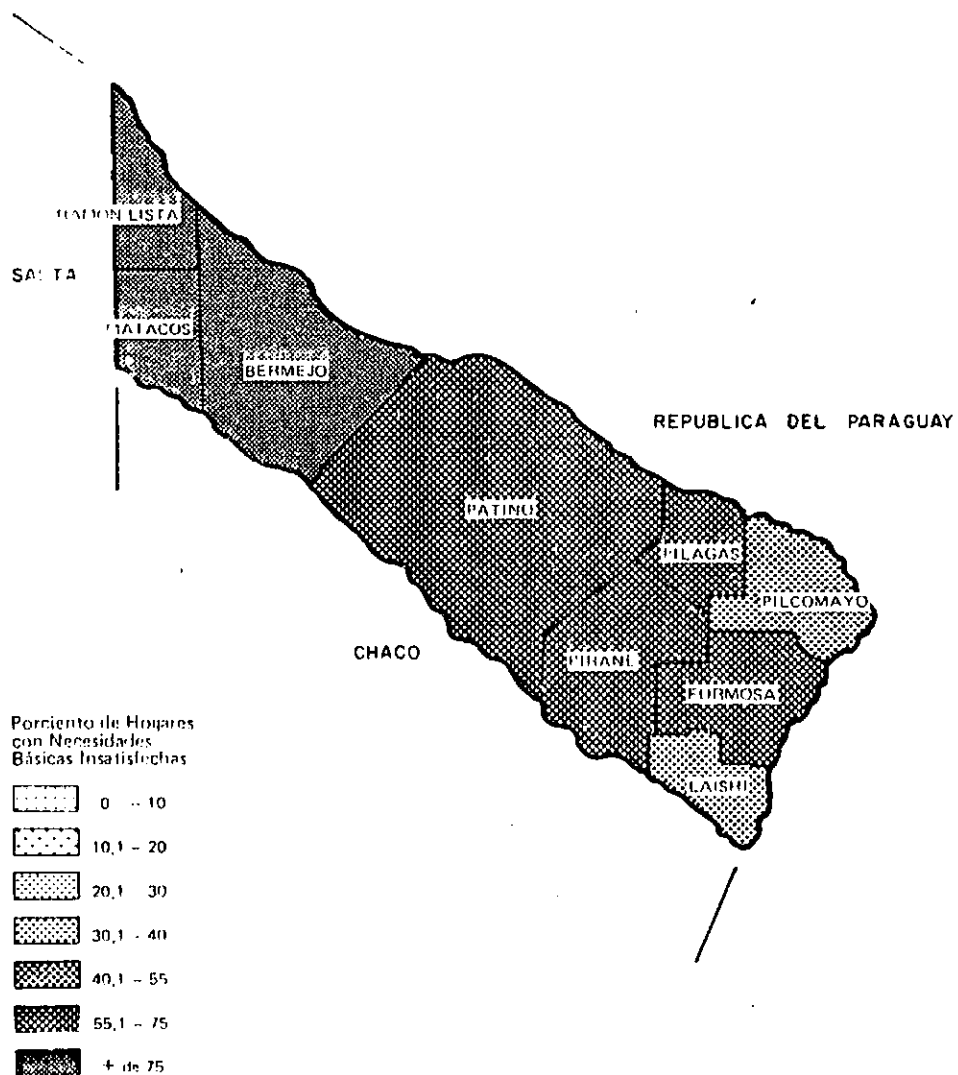


Departamento: PIRANE

Localidad: Clorinda

# Provincia de FORMOSA

AREA RURAL



2-CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION  
Y ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

## 2. CONSIDERACIONES SOBRE SITUACION Y ESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD

### 2.1. Introducción

De acuerdo a la Constitución Provincial y a las organizaciones del Gobierno, el planeamiento, implementación y administración de los servicios de Salud de la Provincia de Formosa, están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud. La autoridad máxima de Salud de la Provincia es el Ministerio de Salud Pública que es nombrado por el Gobernador por un período de 4 años.

La estructura del Ministerio de Salud Pública está organizada así: un Subsecretaría de Salud Pública y cinco Direcciones, desde el punto de vista operativo y la de la administración general de ese Ministerio.

Las direcciones son las de: Atención Médica, Medicina Sanitaria, Planificación Sanitaria, Odontología, Saneamiento y Bromatología.

Desde el punto de vista geográfico, la Provincia se divide / en cinco zonas sanitarias que son: Zona Sanitaria Capital, / que corresponde a la ciudad de Formosa, Zona Sanitaria 1, a / los Departamentos de Laishi y Pirané, Zona Sanitaria 2, los / Departamentos Pilcomayo y Pilagás, Zona Sanitaria 3, Departa / mento Patiño, Zona Sanitaria 4, Bermejo, Matacos y Ramón Lis / ta.

Cada zona sanitaria se encuentra bajo la dirección adminis / trativa del Jefe de Zona Sanitaria, que es el responsable // del funcionamiento de los efectores en cada zona.

Con respecto a la atención de las enfermedades, en la Pro // vincia de Formosa, se puede distinguir a los sectores ofi // cial, de obras sociales y privado.

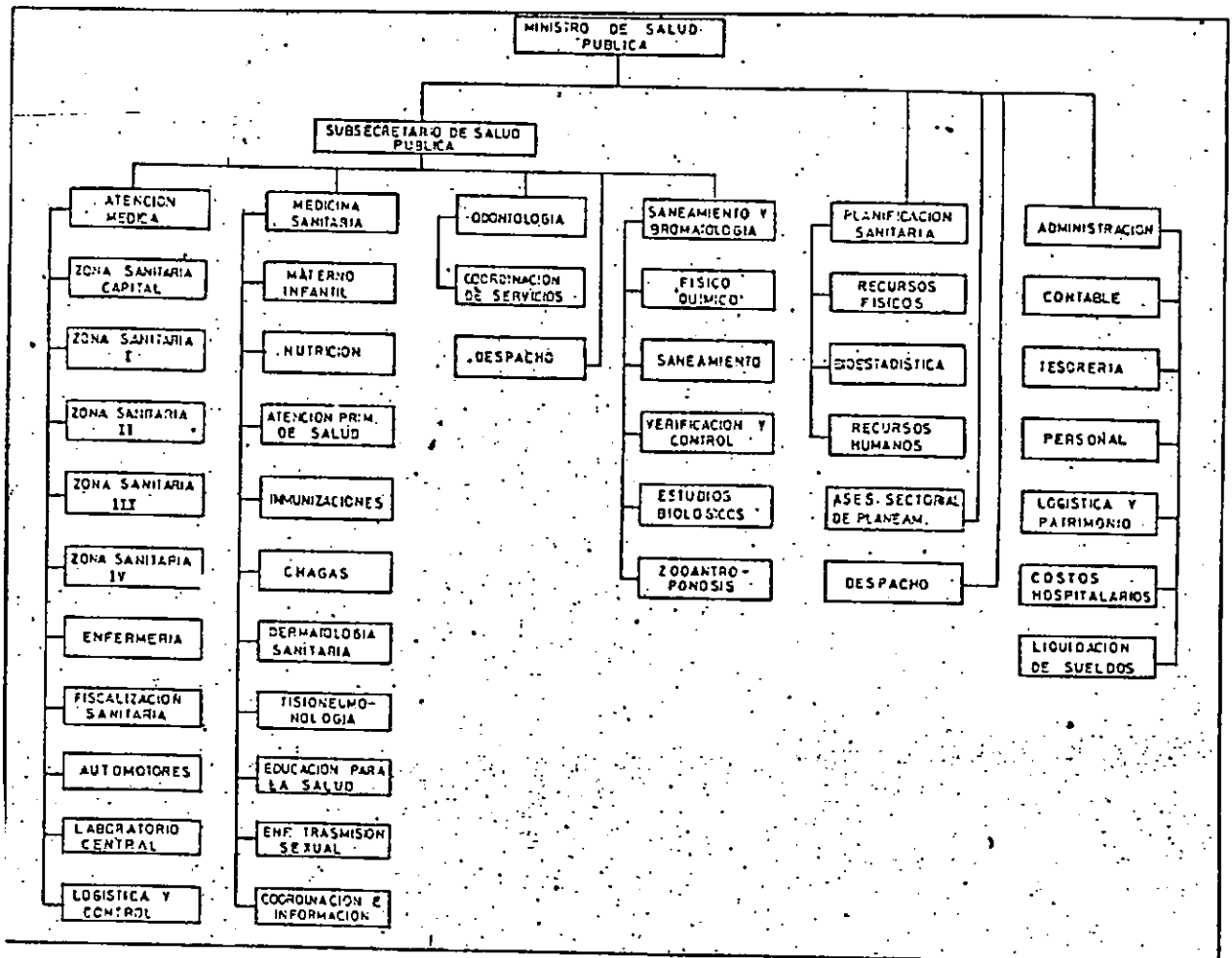
El subsector oficial presenta una red provincial de establecimientos sanitarios de diferentes niveles de complejidad, / que van desde el puesto sanitario hasta hospitales de complejidad VI.

El subsector de obras sociales, no posee estructura de atención directa, por lo que realiza funciones de financiamiento contratando los efectores que ofrece el subsector privado.

El subsector privado, oferta para la atención de la salud, / efectores asistenciales en la modalidad de consultorio e ins<sub>tituciones</sub> con internación.

Los establecimientos asistenciales privados que cubren inter<sub>nación</sub>, desarrollan su actividad, en las seis poblaciones im<sub>portantes</sub> de la Provincia.

- ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA -



### 2.1.1. La enfermedad: concepciones sobre la causa

El concepto sobre el proceso, del "estar sano, Estar enfermo", que se ha desarrollado en la evolución de nuestro pueblo, es / generalmente dividida, en cuatro grandes explicaciones, fundamentada en las conceptualizaciones: Mágica, Empírica, Psicológica y Científica.

La primera de ella, también denominada mágico-religiosa, es la que une las explicaciones de los primitivos aborígenes de la / zona a la que traían los evangelizadores en el proceso de colonización. En esta sobresalen dos grandes corrientes explicativas que serían: la del robo o pérdida, y la de la posesión. En la primera, algún elemento constitutivo de la integridad del / hombre es perdida y por lo tanto es necesaria su restitución; / ejemplo de ello son: la pérdida del alma, del apetito, del sueño, de la fuerza, de "las aguas", todos elementos que indican / que el "ánima" o "espíritu" ha abandonado total o parcialmente el cuerpo de la persona. La terapéutica se halla a cargo de // brujos, hechiceros y chamanes.

La segunda explicación, referida al de la penetración o posesión de los males, indica que la enfermedad es provocada por / un elemento dañino que ha ingresado al cuerpo: demonios, piedrecitas, espinas, gusanos, insectos, espíritu, mal, y por lo / tanto su terapéutica requiere del proceso extractivo del mal. / Esta última explicación inicia ya la segunda de las corrientes, porque además de los tratamientos mágicos comienzan a utilizar algunos elementos de la naturaleza, para hallar soluciones.

La conceptualización Empírica, se desarrolla a través de milenios, en el proceso de la prueba "por error", utilizando todos los elementos naturales que rodean al individuo. Estos elementos, luego de demostrar su efectividad para solucionar un determinado mal, daban la respuesta etiológica del problema, ///

siempre acompañada de una explicación mágica subyacente, de acuerdo al desarrollo cultural de cada pueblo.

La explicación psicológica o mental, explica la producción de las enfermedades por: las emociones, sentimientos, decepciones, disgusto, envidia, celos, sustos, miedos, con etiologías que reconocen el proceso de incorporación o salida de algunos de los mismos. La terapéutica que se desarrolla para estos males es la impartida por los curanderos, "comadres", en encuentros individuales, en ocasiones mediados por talismanes.

Y por último aparece la explicación de la medicina científica, para la significación etiológica y terapéutica de las enfermedades.

La aplicación y el rigor científico desplegado por una serie de disciplinas concurrentes, como la Química, la Física, la Biología, entre otras, pasaron a constituir el cuerpo conceptual del que la medicina iría a nutrirse. Dejando de lado cada vez más las suposiciones, se pasó a la comprobación y experimentación directa, con resultados notables.

No puede decirse que una etapa se diferencia de la anterior con un corte definitivo, o un suceso determinante. Por el contrario, y según la cultura, el grado de urbanismo, la colonización habida en cada lugar, como la eficacia de las terapéuticas desplegadas, rastros de cada una de las teorías explicativas de la naturaleza de las enfermedades, persiste en cada acto en que un sujeto tiene que vérselas con la salud de otro.

#### Concepciones locales:

En la Provincia de Formosa coexisten en forma alternativa y superpuesta, concepciones diferentes sobre la naturaleza de las enfermedades.

A la ya mencionada "evolución" histórica de las teorías, se agrega la característica de los orígenes de la población.

De las poblaciones autóctonas aborígenes, sobrevivientes a la colonización debemos mencionar en especial a dos familias, // las que se dividen en tres grupos étnicos. La familia Guaycurú, con los grupos étnicos Pilagás y Tobas, y la familia Mataco-Mataguay, con la etnia Matacos (Wichi).

En el terreno de la salud, muy distintas conceptualizaciones/ se observan en cada familia aborígen, siendo naturalmente diferente su evolución histórico-cultural.

A la vez, la cercanía limítrofe con la cultura Guaraní, pre-/ sente con los inmigrantes paraguayos, que colonizaron gran // parte de su territorio, dejó su impronta en las concepciones sobre la salud.

A esto hay que sumar la inmigración europea, que con su carga de españoles e italianos, agregó un amplio espectro de cultura foránea que complejizaron aún más el campo.

En resumen, lo vasto de las culturas dominantes y subalternas, que interactúan en la realidad provincial, nos muestran la di mensión cabal que adquiere el concepto de estar sano - estar/ enfermo del pueblo formoseño.

Una respuesta integral al problema de la salud en la provin-/ cia, deberá incluir en manera preponderante, los mecanismos / de resolución de las enfermedades que cada cultura propicia.

## 2.2. Indicadores

### 2.2.1. Estadísticas vitales

#### 2.2.1.1. Natalidad:

En la Provincia de Formosa, los registros / oficiales del año 1984, señalan una tasa de natalidad del 31,9‰. En el año 1981, dicha tasa registraba un 33,7‰, lo que la ubicaba como una de las más altas del país y a 10 // puntos de la tasa media nacional que era // del 23,7‰.

La natalidad en la Provincia, históricamente ha presentado fluctuaciones determinadas por el proceso migratorio, especialmente la emigración de hombres y mujeres de 20 a 34/ años, que es el grupo etario que mayor incidencia tiene sobre la misma.

Evidencia de ello es el estrechamiento en la pirámide poblacional, en la población de 0 a 4 años, reflejada en el censo de 1970, explicada en parte como producto de la emigración de jóvenes ocurrida en la década del 60.

El censo de 1980, ya refleja el alto índice/ de natalidad antes mencionado, producto del/ saldo positivo que presenta el proceso migratorio, como así también una disminución en / la mortalidad infantil, aunque la misma continúa siendo una de las más altas del país.

La natalidad en Formosa, tiene la particularidad de realizarse un 64% de los nacimien- /

tos, en centros asistenciales oficiales o / privados, pero solo el 46% de los mismos, / se realiza con atención médica. La composición de estos indicadores en el análisis // por Departamento, nos muestra nuevamente el patrón Este-Oeste, y especialmente las diferencias entre la Capital con el resto del / territorio Provincial.

En la misma el 89% de los nacimientos tienen lugar en centros asistenciales y el 87% es atendido por médicos.

En la zona oeste, la Zona Sanitaria IV, los nacimientos institucionales fueron del 16%, con una asistencia médica del 15%.

#### 2.2.1.2. Morbilidad:

Siendo el propósito de todo programa de Salud el prevenir la enfermedad y reparar el daño que la misma provoca, las estadísticas de morbilidad representan el instrumento // que permite planificar, desarrollar las actividades y evaluar los programas.

La Provincia de Formosa, no es ajena a la / escasa confiabilidad de estos indicadores, / que padece en la actualidad nuestro país. / No existen estudios epidemiológicos o en-// cuestas sobre enfermedad, que nos brinden / una información directa sobre las enfermedades y su distribución en el territorio provincial.

Ante la inexistencia de indicadores directos, y a pesar del subregistro que presentan, ya que al mismo informa solamente el / subsector oficial, utilizaremos los registros de internación para una comprensión sobre este tópico.

Del análisis de los egresos podemos observar, que el parto normal, representa la /// principal causa de internación con aproximadamente el 20% de las mismas; posteriormente las infecciones intestinales mal definidas, representan un 8,2%; las causas obstétricas indirectas un 5%; apéndicetitis un 4,3% y las bronquitis y bronquiolitis aguda en / el quinto lugar con un 3,1%.

De las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, se registran las Disenterías, como la de mayor notificación, con un/3411‰, Sarampión 234‰, Sífilis con el ///83,5‰, Tuberculosis con el 66‰ y el ofidismo-aracnoidismo el 59,4‰; entre las cinco / más importantes registradas.

Sobre la información de enfermedades transmisibles, se registra a la diarrea e influenza como la de mayor tasa de incidencia en todas las zonas sanitarias.

#### 2.2.1.3. Mortalidad:

La precisión en la definición de "causa de muerte" es de importancia central para la // planificación en salud.

Las causas registradas en la provincia no // cumplen tal condición, por ser muy elevado / el número de "mal definidas", y por usarse / categorías convencionales, pero de escaso valor práctico.

No obstante, por se el único elemento disponible, nos serviremos de tales registros.

Mortalidad general: el registro de la tasa de mortalidad general de 6,4% es uno de los más bajos de todas las regiones del país. Fuertemente influenciado, se encuentra el mismo // por la estructura de la pirámide poblacional, que registra una población del solo 2,9% de / más de 65 años de edad, lo que también nos / habla de la juventud de la población Formoseña. También es importante en este análisis, / el regreso de los migrantes a sus poblacio-nes de origen, en edades avanzadas.

Otro hecho es la muerte acaecida fuera del / territorio provincial de enfermos crónicos o que requieren de alta complejidad, para su / tratamiento y que se consigue en otras pro-vincias.

Entre las principales causas de muerte en la provincia, pueden notarse: Enfermedades de / la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón, con 9,5%, Disritmia / cardíaca, 7,5%, Enfermedad isquémica del coro

razón, 6,6%, Enfermedad cerebro-vascular aguda pero mal definida, 6,4% y Neumonía con // 3,4%.

En el orden siguiente, comienza a hacerse notar la importancia de las defunciones infantiles: con el 3,4% del total, la Hipoxia, Asfixia y otras afecciones respiratorias del / feto y del recién nacido. Otra desnutriciones proteico-calórica con el 3,0%, e In-/fecciones intestinales mal definidas con el/ 2,7%.

### 2.3. Sobre el estado nutricional

Los indicadores adecuados para la medición del estado nutricional de una población, surgen de estudios epidemiológicos, encuestas y otras investigaciones específicas.

La inexistencia de tales trabajos en la Provincia, determina que debamos servirnos de indicadores indirectos, generados / en los registros provinciales para su consideración.

La tasa de mortalidad infantil, del 49,6%, nos muestra una / de las mayores que registra nuestro país, habiendo sido co- / rregido, según el método de la Dra Pelaez, para evitar los / errores de subregistros. Las cinco principales causas de de- / función son: Hipoxia (18,6%), Asfixia y otras enfermedades / respiratorias del feto recién nacido (10,6%), otra desnutri- / ción proteico-clórica (10,4%), infecciones intestinales mal / definidas (8,0%), ciertas afecciones originadas en el perío- / do peri-natal y neumonía (6,9%), según el registro realizado / por el Departamento de Estadísticas de Salud.

En las defunciones de 1 a 4 años (12,2%), las cinco principa- / les causas son: otra desnutrición proteico calórica (6,5%), / infecciones intestinales mal definidas (9,3%), neumonía 7,5% / marasmo nutricional y disritmia cardíaca (5,6%). Estos datos / al igual que la alta prevalencia de la diarrea, como la prin- / cipal causa de las enfermedades transmisibles nos hablan en // una forma elocuente del problema planteado por el estado nu- / tricional de la población, especialmente la infantil.

Teniendo en cuenta a que la misma es uno de los indicadores / más significativos del desarrollo social de una comunidad, / es notorio el impacto, que en el cuerpo social produce este / problema.

Es importante inferir ante la magnitud de esta cifra, el alto / grado de desnutrición moderada crónica, que en forma de sub-

nutrición se encuentra presente en la población general de / la Provincia.

En el campo de las discapacidades que este proceso deja como secuela, no solamente actuarían aquellos de orden físico como / el retardo en el crecimiento y desarrollo, alteraciones motoras y secuelas patológicas.

También tenemos que analizar las que de orden psíquico se // provocan: alteraciones de la conducta, disminución de la capacidad intelectual y especialmente la función de abstracción fundante de la inteligencia.

Y por último, las de orden social, como la inadaptación y alteraciones del comportamiento. Teniendo en cuenta que: "Bajo condiciones de subalimentación, el niño se desarrolla pade-/ ciendo una forma subclínica de desnutrición, y de adaptación a la carencia. Modera el crecimiento corporal, deprime su actividad motora e intelectual y reduce su interacción con el/ medio ambiente, sobreviviendo con una gran limitación de su capaacidad, de expresión humana y sin ejercer totalmente su potencial genético. Esta condición tiende a perpetuarse generaciionalmente, porque madres subnutridas, que han conseguido / sobrevivir, dan a luz niños propensos a padecer la enfermedad, debido a su condición biológica y a su herencia social/ y cultural".

Es habitual concluir con consideraciones sobre la desnutri-/ ción, haciendo referencia al grado de desarrollo de cada pueblo, y a relativizar otras acciones posibles y a transformaciones radicales del desarrollo económico.

Al par que entendemos válido el razonamiento, existe un im-/ portante caudal de acciones posibles dentro de la organización del sistema de atención de la salud, en lo referido a /

la desnutrición, teniendo en cuenta que es el estado patológico en que mejor se conocen sus causas y su tratamiento.

En el ámbito de nuestro estudio consideramos que el accionar sobre este grave flagelo es el punto nuclear de todas las acciones de prevención que en el campo de la salud mental se / pudieran realizar en esta provincia. Si tenemos en cuenta // que en la primera etapa de la vida, se producen a través de/ los procesos metabólicos cerebrales, la maduración y crecimiento de todo el sistema neurológico y psíquico del individuo, cualquier daño que el mismo sufra adquiere características de irreversibilidad.

En la dinámica social, aparecen posteriormente los conflictos que en todo el sistema institucional, plantea el proceso que se establece en el circuito de las discapacidades/marginalidad social/discapacidades.

#### 2.4. Cobertura de la atención a la salud:

Aunque no existe una información exacta, en la Provincia aproximadamente el 60% de sus habitantes poseen cobertura de asistencia de las enfermedades, a través del sistema de Seguridad Social. Aproximadamente, 208.000 habitantes tendrían cobertura de asistencia por dicho sistema. El sector oficial cubriría la atención de 140.000 habitantes.

Aunque este porcentaje de beneficiarios fuera real, la utilización de los servicios no tiene tal distribución, ya que en zonas del territorio no existen efectores privados, que pudieran dar respuesta a la posible demanda del subsector de las Obras Sociales; por lo tanto, tiene que responder en este caso el subsector oficial.

En el sistema de la seguridad social, facturan a la Federación Médica de Formosa 60 Obras Sociales de las cuales, la Obra Social Provincial (IASSEP), lo hace en un 42,6% y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), lo hace en un 12,9%, sumando entre ambas instituciones de dependencia estatal un 55,4% de la facturación global.

Sobre el total de las consultas realizadas con financiamiento de las obras sociales, en el año 1983, la obra social provincial (IASSEP), abonó por 218.336 consultas (un 46,3%) y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), 47.944.

Con respecto a los egresos en el mismo año, las obras sociales antes citadas, realizaron 5.748 egresos (45,3%), y 1.251 (10%) excluida la zona Clorinda.

Es dable señalar que el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), realiza sus prestaciones a través de un convenio con la Obra Social Provincial (IASSEP).

El 70% de la población formoseña, se encuentra cubierta por estructuras del estado provincial o nacional, como son la / red provincial de asistencia, la Obra Social Provincial /// (IASSEP), y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Queda evidenciado de esta forma, que cualquier tipo de respuesta a la problemática, de la atención de las enfermedades, en la Provincia, requiere de la coordinación de los // tres elementos, constitutivos del sistema de atención antes mencionado.

## 2.5. Recursos Asistenciales:

En todo el territorio provincial, desarrollan sus actividades en el sector salud 166 establecimientos, de diferentes/niveles de complejidad, de los cuales 10 pertenecen al sector oficial, 26 al privado, no existiendo ningún efector directo de las Obras Sociales que realicen cobertura en la // Provincia.

En el sector oficial se distribuyen, de acuerdo a la complejidad, zona sanitaria, número de camas y porcentaje ocupacional de la siguiente forma:

| COMPLEJIDAD | I   | II  | III | IV | V  | VI | VII | TOTAL | Nº CAMA | % OCUPAC. |
|-------------|-----|-----|-----|----|----|----|-----|-------|---------|-----------|
| Capital     |     | 10  |     |    | 3  | 3  |     | 16    | 289     | 72%       |
| Zona 1      | 31  | 7   | 6   | 1  |    |    |     | 46    | 153     | 51%       |
| Zona 2      | 20  | 2   | 5   | 1  |    |    |     | 28    | 123     | 41%       |
| Zona 3      | 17  |     | 8   | 2  |    |    |     | 27    | 206     | 51%       |
| Zona 4      | 18  | 1   | 3   | 1  |    |    |     | 23    | 66      | 52%       |
| TOTAL       | 86  | 20  | 22  | 6  | 3  | 3  |     | 140   | 837     | 57%       |
| PORCENTAJE  | 61% | 14% | 16% | 4% | 2% | 2% |     |       |         |           |

El análisis de la precedente tabla nos indica, el alto porcentaje de establecimientos de complejidad I (61%) y II (14%) con un 75% de total de establecimientos sin internación. // Hay un 25% de establecimientos de la complejidad III (16%), IV (4%) y VI (2%), y de este último nivel, solo dos (2) poseen internación ya que el restante es el Hospital Odontológico.

Los tres Centros de complejidad V no poseen internación, ya que son centros de asistencia a la consulta externa.

Con respecto a las camas, podemos ver nuevamente, que la mayoría de las mismas se ofrecen en la Capital y zona sanita-



ria de los cinco departamentos Este.

Otro dato importante, es el que registra el porcentaje ocupacional de los establecimientos.

El 57%, para el total de los mismos, nos habla de la capacidad ociosa que mantienen, pero también podemos inferir / que el modelo asistencial que puede dar respuesta, o ser aceptado en las ciudades, no tiene el mismo efecto en las / zonas rurales.

Sobre los recursos físicos, número de camas y dinámica a-/ sistencial, de los subsectores privado y oficial podemos / ver que:

---

RECURSOS FISICOS Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO DE LOS SUBSECTORES:  
OFICIAL Y PRIVADO - 1984 - DEPARTAMENTO ESTADISTICA -

---

|  | Total   | OFICIAL<br>Total % | PRIVADO<br>Total % |
|--|---------|--------------------|--------------------|
| Instituciones.....                       | 166     | 140..84%           | 26..16%            |
| Instituciones c/<br>internación.....     | 50      | 30..60%            | 20..40%            |
| Nº de camas.....                         | 1.133   | 837..74%           | 296..26%           |
| Nº de egresos...                         | 39.541  | 26.845..68%        | 12.696..32%        |
| Nº de consult.                           | 807.209 | 336.024..42%       | 471.185..58%       |
| Relación egre-<br>so/cons. ....          |         | 12,5.....          | 37,1               |
| Relación consulta<br>por habitante ..... | 2,2     |                    |                    |

---

Como lo indican los datos anteriores, el 84% de los esta-/ blecimientos pertenecen al sector oficial y solo el 16% al sector privado. Este último dato, debería ser revisado, ya que muchos médicos, prestan atención privada en pequeñas / instituciones que no son registradas a nivel de la Federa- ción Médica como tal, y por lo tanto no se consigna en las estadísticas. Del análisis de las instituciones que poseen

internación, la diferencia es menor, siendo para el sector oficial del 60% y para el sector privado del 40%, aunque / el número de camas vuelve a existir una gran diferencia, / ya que el sector oficial se concentra el 74%, y el 26% en/ el sector privado. Uno de los elementos más importantes sobre esta diferencia, es la inexistencia en el sector privado, de efectores para pacientes con patologías crónicas; / siendo el sector oficial quien tiene que responder a esta/ problemática.

En relación a los egresos podemos ver que el sector ofi-// cial, produce el 68%, y 32% el privado, datos que nos ha-/ blan del diferente modo de operar en las internaciones de/ ambos subsectores.

Muestra también del diferente modo operativo de ambos subsectores, son las consultas que se efectúan en ambos generando el sector privado el 58% de las mismas, y el sector/ público el 42%. Otra comparación surge de la relación egresos/consultas, ya que en sector oficial es de 12,5 y en el sector privado 37,1 consultas por egreso.

El indicador de la relación consulta/habitante de 2,2 marca diferencia con los centros poblacionales de mayor desarrollo, donde la misma varía en la actualidad de seis (6) a ocho (8) consultas por habitante/año.

## 2.6. Recursos Humanos:

Los recursos humanos en el área de salud de la Provincia,/ reflejan una situación de insuficiencia para la atención / que la población demanda para la asistencia de enfermeda-/ des.

Otra de las características es la carencia de una política uniforme de capacitación y radicación del personal, que se adapte a las necesidades locales. Con excepción de los cursos de enfermería y los de agentes sanitarios, el personal

restante recibe una formación que se realiza fuera de la // Provincia. La capacitación de post-grado se desarrolla a ni vel médico, contando la primer residencia para médicos gene ralistas que desarrollan su actividad en el Hospital Cen-// tral.

Las restantes capacitaciones de técnicos y auxiliares se // cumplen generalmente fuera de la Provincia.

| RECURSOS HUMANOS DE SECTOR SALUD EN LA PROVINCIA DE FORMOSA<br>DATOS 1984 - DEPARTAMENTO ESTADISTICAS |         |                     |                  |                  |            |          |
|---|---------|---------------------|------------------|------------------|------------|----------|
| ZONA<br>PROF.   | MEDICOS | RELACION<br>HAB/MED | ODON-<br>TOLOGOS | BIO-<br>QUIMICOS | ENFERMERAS |          |
|   |         |                     |                  |                  | PROF.      | NO PROF. |
| Capital   | 197     | 565/1               | 45               | 17               | 16         | 246      |
| Zona I  | 30      | 2438/1              | 12               | 2                | -          | 100      |
| Zona II   | 44      | 1585/1              | 10               | 3                | 6          | 115      |
| Zona III  | 22      | 2366/1              | 11               | 3                | 2          | 113      |
| Zona IV   | 6       | 2863/1              | 4                | 2                | 1          | 42       |
| TOTAL   | 299     |                     | 82               | 26               | 25         | 616      |

También nos muestra el déficit de enfermeras profesionales/ que el sector presenta. De la información obtenida en la Fe deración Médica de Formosa (FEMEFOR), en el año 1985, se re gistra 349 asociados activos de los cuales 48 tenían dedica-  
ción de tiempo completo en el sector oficial de salud. En/ los últimos dos años, se produjo una radicación de aproxima-  
damente 50 médicos, producto de una política llevada adelan-  
te por el gobierno democrático, para la inserción de profe-  
sionales en la Provincia. Esto lleva a una relación de 995/

habitantes por médico, según la población estimada para /// 1985. Esta radicación de profesionales comienza a declinar/ en forma brusca en 1985, lo que nos indicaría las dificulta des que el sistema tendrá para llegar a una relación óptima de 700 habitantes por médico. Esta relación general no indi ca las realidades particulares ya que la radicación de pro fesionales tiende preferentemente a la Capital y a las loca lidades más importantes de la Provincia, quedando el gran / déficit que presenta la zona oeste y rural.

Otra de las dificultades planteada en recursos médicos, es/ que la formación de los mismos se orienta hacia la especia lización o super-especialización, lo que conlleva al ejerci cio de una medicina altamente tecnificada, que resulta en / muchos casos inapropiada para las posibilidades y necesida des provinciales.

El sector más crítico que presentan los recursos humanos en la Provincia es enfermería, ya que el nivel profesional al canzado por las mismas es escaso, y en su gran mayoría son/ auxiliares capacitadas en la Provincia o empíricas, de muy/ baja instrucción.

El programa de atención primaria de la salud, cuenta con a proximadamente 150 agentes sanitarios, que han realizado su capacitación en los cursos que para tal efecto dicta el Mi nisterio de Salud. Desarrollan sus actividades, en zonas ru rales y periurbanas.

## 2.7. Programa de Atención Primaria de la Salud:

La atención primaria de la salud, fue explicitada por la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud, / realizada en Alma-Ata, U.R.S.S., en setiembre de 1978, como la única estrategia que permitiría extender la cobertura de servicios de salud para toda la comunidad. Se la definió como: "La Atención Primaria de Salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden / soportar".

Son sus componentes esenciales: a) las funciones y actividades del Primer Nivel de Atención del Sistema formal de prestaciones.

b) las acciones desarrolladas / y a desarrollar por la propia comunidad, y

c) los mecanismos de articulación a crear o fortalecer entre ambos, para lograr un encuadre verdaderamente integrador.

Tiene como estrategias complementarias: la cobertura total; el uso de tecnología apropiada; la Educación para la Salud; la // coordinación intra e intersectorial; la participación de la comunidad en el bienestar; la investigación en salud; la formación y utilización de los recursos humanos.

La Atención Primaria de la Salud debe sustentarse en una participación activa, efectiva y continua de la comunidad en el que hacer de la salud y del desarrollo social, y no en una simple transferencia de responsabilidades del Estado hacia aquélla.

Diferentes han sido los desarrollos que en las distintas provincias han presentado los programas de atención primaria de la salud. En la Provincia de Formosa, ha tenido un crecimiento variable según la importancia política sanitaria que se le a-

tribuía lo que también implicaba el cambio permanente del responsable jerárquico de dicho programa.

En la actualidad se le ha otorgado prioridad. Además de la población rural de aproximadamente 60.000 personas que cubre en toda el área de frontera, en la zona norte provincial, y la zona sanitaria N° 4 al oeste, se intenta extender la cobertura / al Departamento Patiño y a las poblaciones peri-urbanas de Formosa, Clorinda, Colorado y Pirané.

La meta es totalizar la cobertura de servicios a 186.000 personas en los próximos tres años.

Este programa es el de mayor penetración en toda la geografía/ provincial, en cuanto a la extensión de cobertura realizada // hasta la actualidad. Por ello cualquier acción, que intente // disminuir la prevalencia de enfermedades de esta comunidad, deberá llevar una coordinación directa con dicho programa.

Por lo antes expresado consideramos, de importancia fundamen- / tal la coordinación de acciones en el área de Salud Mental, // con este programa para lograr una real extensión de la cobertura a corto plazo, de los servicios de salud mental.

Map of the Province of Formosa, Argentina, showing its location relative to Salta, Chaco, and Paraguay. The map includes major cities like Formosa, Pilcomayo, and Laishi, and highlights the area of primary health attention with a hatched pattern.

PROVINCIA DE FORMOSA

#### 2.8. Otros recursos:

En la Provincia de Formosa diversas son las Asociaciones de // personas, con fines determinados que actúan en el área de Sa-// lud, ejemplo de ello son: La Cruz Roja Argentina filial Formo-// sa; Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC) filial / Formosa; Sociedad de Beneficiencia Formosa; Asociación de Dia-// béticos de Formosa (ADIFOR); Patronato del Enfermo de Lepra fi-// lial Formosa; Cooperadora del Hospital de La Madre y El Niño; // Cooperadora del Hospital Central.

Además de las enunciadas existen otras Cooperadoras hospitala-// rias, Asociaciones Mutualistas, Organizaciones de tipo religio-// so de Ayuda Mutua con Fines Determinados que actúan en el área Salud.

En la actualidad ninguna de estas organizaciones realizan ac-// ciones específicas en el área de la Salud Mental.

## 2.9. Aspectos presupuestarios:

Es dificultoso establecer la calidad y cantidad de recursos financieros que insume el sector salud, en su integridad.

La existencia de subsectores, que prestan servicios de salud, de manera independiente en lo operativo, normativo y financiero, tornan de vasta complejidad este punto.

Se reconoce en la Provincia una problemática común al país, // cual es la traslación de los recursos y de los beneficiarios / de un sector a otro; en el caso de afiliados a obras sociales, por ejemplo, y por los costos del coseguro y de porcentaje de / medicamentos, se produce una demanda de asistencia al sector / público.

Otro aspecto a considerar, es que la oferta de servicios de sa lud del Estado tiene una cobertura geográfica mayor, agrupándo se por el contrario los prestadores privados en las mayores // concentraciones de población.

El sector Salud tiene asignado el diez por ciento del total // del presupuesto de la provincia en el año 1985.

En los últimos diez años, ha presentado un promedio del 8,3%, / siendo la menor asignación la de 1976, con el 2,6%, y la de ma yor la de 1984, con el 10,7% del total.

En cuanto a la distribución del gasto, puede afirmarse que no/ más del diez por ciento del total, es destinado a acciones preven tivas.

El gasto en personal, supera al 60% del total de las erogaciones.

Los Hospitales Central y de la Madre y el Niño, consumen aproxim adamente un 80% del gasto. Estas instituciones, de compleji dad VI, ubicadas en la Capital de la Provincia, concentran a / la vez el 41% de las consultas, y el 29% de los egresos.

En cuanto a la fuente de recursos para el Sector, la Nación // provee una cifra anual estimada entre 55 y 60%.

### 3 - ANALISIS DE LA SITUACION EN SALUD MENTAL -

### 3.1. Introducción

La asistencia en salud mental en nuestro país, ha vivido / modificaciones acorde a los aportes de nuevos conocimientos y teorías, como a cambios derivados de la organización polí-tico-institucional.

Los prejuicios que la comunidad sostiene, y que los planifi-cadores en salud han actuado, para la no inclusión de la // misma en los planes generales de salud, ha impedido un desa-rrollo social eficaz de este sector.

Al considerarse una etiología biológica única, se afirmaba/ la absoluta irreversibilidad de los trastornos mentales, y/ su total desprendimiento de factores psicológicos y socia-/les.

Ante ello, las estrategias de asistencia hicieron énfasis / en la internación custodial, que asilaba y segregaba a los/ pacientes, con su consecuente separación de la vida de rela-ción.

Es indudable la existencia de trastornos mentales de evolu-ción crónica, como la presencia de factores orgánicos, aun-que su número es mínimo. La evolución de teorías y explica-ciones sobre la causa de la enfermedad, en este siglo, han/ brindado elementos conceptuales que permitieron una visión/ progresivamente diferente e integradora.

Pero estas teorías, demoraron en redundar en beneficios a / la asistencia de los enfermos, habida cuenta del desarrollo de la estructura física (instituciones manicomiales) y de / la estructura ideológica (cátedras, libros), en que el sis-tema completo se reciclaba y alimentaba a sí mismo.

Quienes intentaron señalar las limitaciones del modelo, des-de dentro o fuera de él, se enfrentaron al notable presti-/

gio social acumulado, y al poder político subsecuente del / mismo.

Ante el fracaso sanitario de aquel modelo en el mundo entero, se inicia una revisión conceptual e instrumental, que / sólo puede desarrollarse y crecer en el seno de una socie-/ dad en democracia.

Garantizando la libre expresión, la abierta confrontación / de las ideas, se avanza, no sin tropiezos, a través de una/ participación de todos los sectores sociales, hacia una más justa distribución de los beneficios sociales en términos / de salud.

### 3.2. Los últimos años:

Ha vivido nuestro país entre 1976 y 1983 la más devastadora experiencia social de su historia.

La destrucción del aparato productivo, la falta de estímulo a la industria nacional, el desarrollo impuesto al círculo de las finanzas -en desmedro del énfasis en la productividad-, han afectado de manera dramática la calidad de vida de nuestra comunidad.

En especial, sobre la calidad de la vida mental, ha tenido influencias patológicas, por la permanencia y el incremento de factores estresantes; la presencia de pánico y desconfianzas generalizadas; transformaciones, disloques y perversiones de los valores culturales y éticos; el peso de los muertos y desaparecidos; el conflicto bélico de las Malvinas; la pauperización y la marginación de grandes sectores de la población del proceso de las decisiones.

Estos factores han producido sobre nuestra sociedad un impacto cuya dimensión y efectos no han terminado de aparecer, ni los hemos acabado de entender.

#### 3.2.1. La gestión democrática:

Luego de la determinación que una de las prioridades en el Plan Nacional y en los Planes Provinciales de Salud, constituía la Salud Mental, se dio inicio a la recuperación histórica del terreno perdido por el sector.

Las plataformas de los partidos políticos presentes en la consulta electoral de octubre de 1983, regis-

traban igualmente este compromiso de política sanitaria.

Desde la misma definición de la Salud Mental, comprendiéndola como la una parcela de la salud integral del sujeto, a la explicitación de lo que se entiende como cuidado de la misma, -el conjunto de las actividades/ basadas en un repertorio variado de conocimientos /// científicos que tiene como objetivo fomentar, proteger, conservar, establecer y rehabilitar la salud / mental de los hombres-, se define una política de notable contenido social, a nivel nacional.

A la vez, es una concepción diferente del ser humano/ la que comienza a ser valorada.

El escaso lugar ofrecido para los desarrollos en salud mental, tiene un alto significado político.

El principal factor operante en esta marginación, puede achacarse sin duda a la instauración de perspectivas políticas en que los seres humanos no son valorados como los generadores y beneficiarios del progreso social. Son considerados meros números, sumergidos en los criterios de "fuerza de trabajo" o "mano de obra", en la gran masa que debe esforzarse para construir hipotéticos paraísos para futuras generaciones. Falacia que oculta su función real, cual es su aprovechamiento para la consolidación de paraísos actuales para // sectores sociales dominantes internos, o sistemas colonialistas externos.

La escucha atenta de las necesidades comunitarias, y/ el estímulo a la participación popular en el logro de sus auténticas reivindicaciones, son los pilares so-

bre los que se asienta un trabajo destinado a devolver sus derechos postergados a una población insatisfecha.

Caracterizada la situación de la salud mental en los albores de la democracia por el deterioro de la asistencia, la insuficiencia de los recursos generales, la desinserción de los programas de salud pública, y la inexistencia casi absoluta de acciones preventivas, los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental, fijan claros objetivos

Así se tenderá a:

- A- lograr la integración de las acciones programáticas del campo de la salud mental en el programa nacional de salud.
- B- Promover el desarrollo de actividades de prevención primaria, por equipos multidisciplinarios.
- C- Estimular la asistencia ambulatoria, estableciendo pautas para internaciones breves de pacientes.
- D- Replantear la atención del paciente de larga estadía, movilizándolo y activando las tareas de resocialización.
- E- Propender a la realización de investigaciones epidemiológicas.
- F- Promover la coordinación y economía de esfuerzos en las acciones a desarrollarse.
- G- Asegurar la formación y capacitación del personal del sector, y procurar establecer programas formativos para médicos, enfermeros generalistas, y // eventuales agentes de salud mental.

En dos años de gobierno democrático, son variados // los avances que pueden registrarse, teniendo ellos /

un marcado tono provincial.

En lo referente al orden administrativo, comenzó a / aparecer en las estructuras orgánicas de la conducción en salud, en cada provincia, una Unidad Salud Mental con jerarquías que va desde "Dirección General" a /// "Programa", con distinta importancia relativa.

Cuando ya estaban estas unidades operando, se las je rarquizó, o comenzaron a hacer valer este interés // del orden nacional por el sector.

Refiriéndose a los Hospitales Psiquiátricos, tal vez los más difíciles de transformar, se elaboraron es- / trategias de atención de puertas abiertas, se hizo / una apertura desde y hacia la comunidad, procurando / otorgarles a los internados los caminos de una reinserción social.

Se elaboraron modelos de atención ambulatoria, se hi zo de uso la internación por breves lapsos, y se han constituido : equipos de emergencia de guardia que, / invirtiendo su modo de funcionamiento tradicional, / en vez de esperar al paciente en el hospital, van en / su ayuda.

Estos equipos, constituidos por médicos, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales, han desempeñado // tan notable labor que los porcentajes de internación de los pacientes que demandan asistencia, han disminuido notablemente.

Transformándose en verdadera vanguardia de la tarea / sanitaria, los equipos de salud mental han llegado a la comunidad, saliendo de los servicios de los hospi tales generales.. Con la estrategia de la atención //

primaria de la salud, e intentando ampliar la cobertura de asistencia, han dejado la tarea asistencial/ como el eje, priorizando las acciones de promoción y protección de la salud, con resultados altamente sig nificativos.

Ya en el campo de la capacitación, la realización de seminarios y cursos a nivel nacional, provincial y / local, han abarcado a la capacitación del personal / del sector, pero se han visto igualmente favorecidos los educadores, personal judicial, de áreas labora-/ les, etc.

Por supuesto que este panorama es de diversa repercu- sión según sean los recursos originales destinados / en cada provincia, ejemplos extremos pueden tal vez/ darse con Córdoba, con un importante número de camas psiquiátricas y prestadores, y Formosa en el extre- mo opuesto, que no tiene tales condiciones.

Este crecimiento, no dudamos en considerarlo exclusi- vamente causa de la apertura democrática, ya que no po- demos olvidar la persecución y el temor gestados con- tra los prestadores de salud mental en épocas de re- gímenes autoritarios.

Y a la vez, refuerza nuestra convicción que el apoyo y el desarrollo de la vida mental, da valor a la vi- da.

### 3.2.2. Encrucijada epistemológica de la salud mental

La definición de los instrumentos conceptuales con / que se aborda la problemática con que se trabaja, es/ condición para su desarrollo.

Como es de conocimiento público, se verificó una asociación entre las definiciones populares de salud mental, y la internación psiquiátrica. No podía despegarse el criterio segregador de esta concepción/ que vive en nuestro tiempo una intensa transformación.

Habiendo recuperado la condición para llegar a los límites internos de su trabajo, la salud mental abrió sus flancos, a un avasallante avance de disciplinas concurrentes, y primordiales. Antropología, Sociología, Ciencias de la Comunicación, Derecho, Ecología, Economía, Ética, Filosofía, Medicina, Psicología, Pedagogía, Salud Pública, Psicoanálisis, Epistemología, legan su contribución a este fecundo campo, y lo enriquecen. Pero el juego dialéctico continúa, y son las mismas disciplinas que deben ponerse a sí mismas en cuestión, produciendo un fenómeno de reflujo conceptual de consecuencias teóricas y prácticas aún no valorado, pero seguramente productivo / desde el punto de vista científico.

En el ámbito del accionar concreto, puede hacerse una definición que contenga en sí los elementos más significativos y abarcativos, aunque no deba cristalizarse y depender tautológicamente de sus efectos: Salud Mental es el estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás, y participar constructivamente en los cambios /

que puedan introducir en su ambiente físico y social (Organización Mundial de la Salud).

Creemos igualmente que todo el proceso, no puede carecer de un excluido histórico de los procesos de decisión social: el conjunto social.

Desde allí, que la recuperación por parte de los marginados del lugar para hacer oír su voz, sea el elemento fundante de una estrategia integral para las respuestas demandadas en el sector salud mental.

Contando con este aporte, realmente las ciencias sociales podrán volver sus efectos sobre la comunidad / necesitada, y se construirá una verdadera democracia.

### 3.2.3. Causación de los desórdenes mentales

La formulación epidemiológica relativa a la causación de las enfermedades mentales, ha sido una constante en el quehacer teórico explicativo, de la que surgen/escuelas diversas.

Para un abordaje sanitario de esta problemática, que se basa fundamentalmente en un criterio preventivista y de amplia aceptación por el cuerpo social, consideramos a la teoría de la "Provisión de aportes", de // Gerald Caplan, a la más apta como modelo de referencia.

La misma nos plantea que: "...para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos aportes/ adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Estos aportes pueden clasificarse en tres /// grupos: Físicos, Psicosociales, y socioculturales", / los físicos abarcan la alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidad de ejercicios, protección contra el daño físico, que permitan un buen cre-

cimiento y desarrollo.

El área de los aportes Psicosociales, necesarios para el desarrollo intelectual y afectivo, se desarrollan/ por medio de la interacción personal, con los miembros significativos de la familia, con sus iguales y/ superiores de la estructura social.

Esta área de los aportes, también llamada "Satisfacción de las necesidades interpersonales", requiere de la / provisión en tres factores principales: 1) la necesidad de intercambio de amor y afecto; 2) la de las necesidades de limitación y control (estructura de afirmación y mantenimiento de la autoridad); y 3) las necesidades de participación en la actividad colectiva.

Los aportes socioculturales son los que influyen / el desarrollo y funcionamiento de la personalidad, a través de la costumbre, los valores de la cultura y / de la estructura social. Es en esta área, donde se desarrollan en grado importante, la forma en que se percibe la realidad, y las aptitudes y aspiraciones individuales, a través de la cultura grupal, formulada en el lenguaje, valores y tradiciones.

Los tres grupos de factores antes mencionados, están/ inextricablemente entrelazados en la realidad, y el / individuo en su accionar social va modificándolos permanentemente.

Además de los factores de acción gradual, completan / este modelo, los factores de acción rápida propios de las crisis vitales, sean estas de tipo evolutivo o accidentales.

### 3.3. La Salud Mental en Formosa

#### 3.3.1. Antecedentes:

Son diversas las situaciones por las que ha atravesado el sistema de atención de la salud mental en la / Provincia de Formosa.

A un primer período en que las Demandas psiquiátri- / cas recibían respuestas custodiales, que incluían / el encierro del paciente para su posterior traslado / a centros de atención extraprovinciales (Asunción // del Paraguay o provincias argentinas con oferta de / servicios), siguió una etapa en que los enfermos e- / ran atendidos por profesionales no especializados.

Los médicos generalistas, a partir del uso de la me- / dicación psicofarmacológica, que irrumpe en nuestro / país en la década del cincuenta, responden aunque en / forma limitada, a las demandas poblacionales en sa- / lud mental.

En la década del sesenta comienza la asistencia de / la salud mental por parte de especialistas. La radi- / cación de psiquiatras y psicólogos organiza una res- / puesta desde el sistema formal. El Hospital Central / constituye así su primer Servicio de Psiquiatría, es / tando su conducción a cargo de un médico psiquiatra.

La alta demanda de atención registrada, induce a los / profesionales del sector a reclamar una infraestruc- / tura adecuada para las soluciones precisas.

Se crea entonces el Hospital Salud Mental Ramón Ca- / rillo, que comienza a funcionar en 1971. Con una or / ganización que tendía a constituir un hospital de //

día para la atención de pacientes, los inicios de su operatividad mostraban como modo de funcionamiento, / el sistema de atención ambulatoria.

A la clara y socializada visión de los promotores de esta obra, que incluía el desarrollo de una amplia / red de servicios de salud mental, con la finalidad / de una cobertura total de la oferta, le fue impuesto un límite definitivo.

El cierre de este Hospital para reconvertirlo en el / Hospital de la Madre y el Niño, y la persecución de / los profesionales que en el mismo prestaban servi- // cios, como la no producción de proyectos sanitarios / alternativos, es la característica que signa la concepción política de la Salud Mental del gobierno de / facto 1976-83, en el cual sólo los servicios de Psicopatología del Hospital de la Madre y El Niño y del Hospital Central, con escasos recursos humanos y mate\_ riales para su funcionamiento, realizan tareas.

Una nueva etapa de abre en el área de Salud Mental / con el advenimiento del gobierno democrático. Luego / del diagnóstico del crítico estado en que halla el / sector y habiendo sido considerada una de las priori\_ dades de la plataforma política partidaria, el Minis\_ terio de Salud, comienza a realizar intensas gestio\_ nes y acciones que permitan la recuperación del área de Salud Mental en la Provincia.

En la presencia en la máxima conducción ministerial / de un médico Psiquiatra, de antigua práctica en la / Provincia, y de gran conocimiento sobre las vicisitu\_ des por la que el sector atraviesa históricamente - / consultado por el asesor de la OMS, que preparó a ni\_

el Nacional los lineamientos para un Plan de Salud / Mental -, se integra la dimensión Provincial y Nacional del problema desarrollando diversas acciones de urgencia, e intentando una programación a mediano y largo plazo.

Se comienza la jerarquización administrativa del sector con la creación de un departamento de Salud Mental, que es encargado a una médica psiquiatra, que cuenta con la asesoría de una Licenciada en psicología se realiza la contratación de todos los especialistas disponibles y que desearan actuar en el sector de salud, se realiza el nombramiento en el interior de la Provincia de una Psicóloga en Clorinda y una Psicóloga en Palo Santo; se realizan cursos y conferencias sobre: inclusión del servicio de Salud Mental en el Hospital General, Neurología y Psicología/Infantil; se auspicia el dictado de un curso de 4 años de duración dictado por docentes de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Se organiza en coordinación con la Provincia de Chaco el "Primer Seminario Formoseño Chaqueño de Salud Mental", que convoca a agentes de los sectores de Salud y Educación. Se participa en los Seminarios Nacionales de Salud Mental, de Alcoholismo, de Drogadicción, donde se actualizan sobre los temas y se hace conocer la realidad provincial. Se firma convenio con Nación para la formación de Residentes en Salud Mental en la provincia de Córdoba, que luego se radicarían en la Provincia. En el área de la coordinación se realizan reuniones intersectoriales con los Ministerios de Educación, Acción Social, Gobierno, etc. como así también

se intenta responder a la demanda directa de cualquier sector sobre temas de Salud Mental.

### 3.3.2. Prevalencia estimada de desórdenes mentales

#### 3.3.2.1. Generalidades:

Recurrir a los instrumentos conceptuales de una epidemiología rigurosa, de los que se / derivarían consideraciones específicas sobre la situación de la salud mental de la Provincia de Formosa, es imprescindible.

No obstante, el camino teórico tropieza a / poco de andar con aspectos críticos de la / situación sanitaria de nuestro país: insuficiencia de registros estadísticos, la formación del personal de salud, carencia de / una planificación de la atención de la salud en relación a las necesidades de la comunidad.

De allí, es que una epidemiología social, / que priorice los aspectos antropológicos y / sociológicos de una población con singularísimas características, se vuelve instrumento nodular.

Son numerosos y han tenido distinto destino los esfuerzos epidemiológicos en el campo / de la salud mental de nuestro país. Gozan / la mayoría de ellos de importantes recortes y delimitaciones, en algunos casos por el / tamaño de la muestra considerada, en otros / por la parcialidad de los instrumentos, /// cuando no por las imposibilidades de hacer /

generalizaciones. Por ello, los resultados / no se han mostrado eficaces.

Se ha definido la epidemiología como "el estudio de la distribución de las enfermedades e incapacidades en la población humana, y de los factores que influyen en esa distribución"

Sin embargo, las definiciones de este tipo tienen un valor bastante relativo.

La incorporación a la planificación de la sa lud, de la epidemiología como instrumento // que permita una eficacia productiva de sus / acciones, ha sido siempre el camino, que o- / torga mayor racionalidad a los programas.

Así, la epidemiología deja de interesarse só lo por el seguimiento y el control, y la /// evaluación de las acciones que se realizan, / para pasar a integrar el proceso de planifi- cación en su conjunto, con la estimación de/ necesidades, la formulación y elección entre políticas y objetivos alternativos, con la / evaluación y el diseño de servicios, la pues ta en marcha, y el desarrollo definitivo de/ los mismos.

#### 3.3.2.2. Epidemiología Psiquiátrica

En el campo específico de los desórdenes men tales, históricamente le ha cabido a una con cepción biológica, los avances realizados.

La epidemiología psiquiátrica, que registró/ una notable fuerza en la década del sesenta/ en América Latina, produjo aproximaciones no tables a conocer ciertos rasgos de la salud/

de sus poblaciones.

Pronto demostraron estos estudios sus limitaciones internas, cuando no su imposibilidad de producir transformaciones de la realidad/ a partir de un ejercicio práctico.

Aparecieron aportes serios desde la sociología, en la elaboración de los instrumentos, / y logró marcar un paso central la antropología, con la incorporación de las variables / regionales, y el respeto de la historia de / cada pueblo.

Un fenómeno de difusión problemático fue la / provisión de instrumentos conceptuales producidos de acuerdo a ciertas características / de cada región. La multiplicidad de los mismos, su generalización, obvió el problema de la extrapolación de nomenclaturas, definiciones de síndromes y análisis globales, que impidieron una comprensión por los operadores / de terreno de la problemática planteada, y / determinaron su ineficacia en la implementación, y su no uso en la planificación.

La definición de "caso" es el paradigma a // considerar. Sobre su definición gira toda la estrategia de la epidemiología.

Más aún, cuando la orientación general del / trabajo en epidemiología se hace con criterio preventivo, tal determinación de síntomas y signos para la definición de caso, disminuye su importancia, tomando dimensión especial la identificación de las "causas" de / los problemas con los que tienen que verse.

La utilización de la deducción en epidemiología, es decir el proceso de razonar de lo // particular a lo general, es parte de esta dificultad del caso.

Desde la puesta en cuestión de la definición y elección de la muestra, la posibilidad de traducir como un resultado de la población / en general el obtenido por la parcial muestra, requiere de un delicado procedimiento.

Es preciso que el proceso deductivo siga reglas formales, por lo tanto lógicas. Las hipótesis deben ser contrastadas en forma constante, para verificar si las predicciones // formuladas concuerdan con los hechos de la / realidad.

Además, las generalizaciones adquieren valores cada vez más relativos, cuando los resultados son trasladados a realidades sociales/ diversas. Un sólo factor diferente, puede alterar la naturaleza de la deducción, y arrojar conclusiones con un amplio margen de /// error.

#### 3.3.2.3. Referencias históricas

Dos son los períodos en que pueden dividirse los estudios epidemiológicos en Argentina. / La línea divisoria de ambas etapas, debería/ marcarse por la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, y el departamento de Epidemiología Psiquiátrica, en 1960.

Anteriormente a esta institución, se realiza

ron estudios parciales con poblaciones limi  
tadas y escasos elementos conceptuales.

Ameghino, Cabred, Jose Ingenieros, son algu-  
nos de quienes aportan en ese período.

En 1964/65, ya en el Instituto Nacional se/  
realiza un estudio piloto sobre patología /  
psiquiátrica en cien manzanas del Barrio Vi  
lla Soldati en la Capital Federal.

Al registrarse un 6,4% de casos psiquiátri-  
cos, se concretó el primer estudio epidemio-  
lógico a nivel nacional.

Grimson, Blanco y colaboradores realizan en  
1969 una investigación en la ciudad de Bué-  
nos Aires: 6,7% de alcoholismo, 3% de retar-  
do mental, 1% de epilepsia son las cifras /  
que se recogen.

Mayor trascendencia y valor ha tomado en la  
historia de la Salud Mental en la Argentina  
la investigación llevada adelante en el Par-  
tido de Lanús en 1969.

Tarnoposky, Gaetano y colaboradores desa-//  
rollan un trabajo de campo a partir del em-  
pleo de una entrevista semiestructurada, rea-  
lizada por 22 médicos residentes en psiquia-  
tría.

Se obtiene como resultado una tasa de preva-  
lencia global en desórdenes mentales del ///  
17,97%. Por patología se discrimina:

Demencia 1,22%

Oligofrenia 1,97%

Epilepsia: 1,15%  
Alcoholismo: 2,72%  
Psicosis: 0,95%  
Neurosis: 12,84%

Este proceso de intensa labor investigativa, tiene una interrupción en los años 1970, mostrando, nuevamente los cambios políticos en el sector sanitario.

En 1979 comienza su labor el Programa de Investigación sobre Epidemiología Psiquiátrica dirigido por Pagés Larraya, con financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. El criterio etnográfico utilizado, dio origen a una teoría de las Isoidias Culturales Argentinas. Se establece una herramienta diagnóstica, la "Present State Examination" (PSE).

Es esta una entrevista clínica semiestructurada que es aplicada sin ninguna variación a poblaciones diversas en su ubicación, historia y cultura.

La entrevista está realizada con un criterio fenomenológico clásico de la Escuela Inglesa de Psiquiatría. Entre sus limitaciones puede citarse: a) no cubre Psicosis orgánicas, patologías Psicósomáticas, Retardos Mentales ni Alcoholismo; b) y la dificultad de extrapolar los datos obtenidos al proceso de planificación de acciones para dar respuestas a los problemas detectados.

La "Present State Examiantion", está constituida por 140 síntomas que a su vez pueden / reunirse para determinar 36 síndromes, de cuya combinación se formulan 4 categorías descriptivas.

Este programa de investigación ha tenido un/ desarrollo desde su inicio 1979, hasta la actualidad con la publicación de diversos informes parciales donde consta el desarrollo/ del proyecto global.

La clasificación de los datos obtenidos se / presentan según un índice de definición, en/ 8 niveles de especificación. El umbral para/ un caso se sitúa entre los niveles 4 y 5, // siendo el índice de definición:1, los que no presentan síntomas, los que presentaron al-/ gún tipo de síntoma, son los índices de defi/ nición 2, 3, y 4; y del 5 al 8 se encuen+// tran ya los posibles casos.

De este estudio han surgido las siguientes / tasas brutas de prevalencia de desórdenes // mentales en Argentina:

Psicosis esquizofrénica: 2,96%

Psicosis Afectiva: 4,61%

Depresión Neurótica: 3,47%

Estados Paranoides: 0,18%

Trastornos Neuróticos: 14,45%

Una de las poblaciones donde se realiza la / encuesta, es la localidad de Laguna Blanca, : en la provincia de Formosa. Esta arroja una/ prevalencia de desórdenes mentales por sexo/

del 52,2% en mujeres, y 23,2% en hombres.

Siendo este asentamiento uno de los cinco / que en la investigación general, muestra // asociación significativa estadística entre / Nivel Socio Económico y Desórdenes Mentales.

Del análisis general por regiones, el alcoholismo y la epilepsia aparecen con prevalencia significativa en la Región Litoral / del estudio, que incluye a Formosa.

#### 3.3.2.4. Datos estimados

Aunque consideramos importantes los aportes realizados por los estudios de Pagés Larra- ya, las mismas limitaciones que el autor ex- plicita del mismo, nos impiden el traslado / de los indicadores obtenidos en las áreas / bajo estudio a Formosa.

La traslación de los datos obtenidos en la / Encuesta realizada por Tarnopolsky, Gaetano y colaboradores, en Lanús en 1969, nos servirán de criterio indicativo, para comenzar las tareas de planificación en el área Sa- / lud Mental.

Es el estudio referido el que más baja tasa de prevalencia de desórdenes mentales obtie- ne en América Latina, habiéndose llegado a / determinar tasas superiores al 90% (Costa / Rica).

La tasa general es de 17,97% de enfermedad men- tal en la población, por lo que estimamos /

que considerando cierto margen de error, // nos permite trabajar.

Podemos señalar que las autoridades estiman una prevalencia de patología mental del 25% del total de la población de Formosa.

Es preciso el desarrollo de investigaciones regionales extensas, la realización de un / catastro epidemiológico nacional, de desa- / rrollos epidemiológicos en salud mental que valoren de manera prioritaria las caracte- / rísticas étnicas, regionales y culturales / de cada región del país.

En tanto, debemos operar con los estudios / y materiales que nos otorguen una mayor po- / sibilidad operativa.

Siendo la población estimada al centro del / período 1985, de la Provincia de Formosa, / de 347.336 habitantes, el número total de / casos de desórdenes mentales es de 62.520, / con la tasa general del 17,97%.

La especificación por patología, con limita- / ciones por grupo etáreo, es la que sigue:

TASA DE PREVALENCIA DE DESORDENES MENTALES /  
PCIA. DE FORMOSA 1985 (Estimada)

| <u>DIAGNOSTICO</u> | <u>EDAD</u>   | <u>POBLACION/85</u> | <u>TASA</u> | <u>Nº DE CASOS</u> |
|--------------------|---------------|---------------------|-------------|--------------------|
| Oligofrenia        | 1 y más años  | 337,139             | 1,2%        | 4.045              |
| Epilepsia          | 5 y más años  | 297,222             | 1,2%        | 3.566              |
| Neurosis           | 5 y más años  | 297,222             | 12,9%       | 38,341             |
| Psicosis           | 15 y más años | 207,323             | 0,9%        | 1.865              |
| Demencia           | 15 y más años | 207,323             | 1,2%        | 2.487              |
| Alcoholismo        | 15 y más años | 207,323             | 2,7%        | 5.597              |
| HAB. 377.336       |               |                     |             | 55.901             |

Podemos considerar como reparo a la tabla / precedente, los recortes etáreos que los au tores realizan; a la vez, no hay registros/ específicos sobre trastornos de aprendizaje y conducta, ni de patologías psicosomáticas, ni precisión sobre el total de discapacitados.

La "marginalidad" de algunos nabitantes, de be ser considerada igualmente como factor / de riesgo para el padecimiento de una patología mental; puede listarse: presos, huérfanos, desocupados, y distintas personas // perjudicadas por la organización social, // siendo los aborígenes el ejemplo más claro/ de ello. Otros indicadores remiten a la tasa de suicidio, de muertes violentas, de ac cidentes y homicidios.

#### 3.3.2.5. Demandas prioritarias

Son cuatro las formas de expresarse de es-/ tos problemas de salud, en relación a la ma yor urgencia asistencial, y a la demanda so cial que provocan:

\*La urgencia psiquiátrica: siendo importante el número de casos de episodios psicóti-cos de rápida remisión, la expresión numérica de este problema, sería de una incidencia anual del 0,5 por mil, según la // OMS. Este dato significaría 173 casos de / urgencias psiquiátricas anuales en la provincia (14,4 por mes). Los trastornos psiquiátricos crónicos, con el 5 por mil de / la población, le siguen en importancia. Esta cifra significa una estimación de 1736 ca

sós anuales.

El 20% de la consulta del sistema general / de atención médica, tiene como causa primaria una patología de orden psicológico. Si / las consultas mensuales del sistema de sa- / lud público y privado superan las 800.000, / más de 160.000 revestirían tal carácter de / psicológicas.

En cuarto lugar deben considerarse las de- / mandas que al sistema de salud mental formu- / lan los grupos más vulnerables de la socie- / dad.

El consumo de alcohol y fármacos, (se esti- / ma que una de cada tres recetas de medica- / mentos incluye una indicación de psicofárma- / cos), la pobreza, y la exposición de la po- / blación a las catástrofes naturales (sequía / e inundaciones), suponen una notable deman- / da potencial, no cuantificable a priori.

### 3.4. Servicios de Salud Mental

#### 3.4.1. Situación actual:

En el año 1983, se crea en el Ministerio de Salud Pública, un departamento de Salud Mental, dependiendo de la Dirección de Atención Médica; a cargo de una médica psiquiatra, como jefa y una Licenciada en Psicología en categoría de Asesora.

En la actualidad, luego de la renuncia de la anterior jefa, el departamento se encuentra a cargo de una Licenciada en Psicología.

#### 3.4.2. Recursos Asistenciales:

La Provincia de Formosa cuenta en la actualidad, para responder a la demanda de Asistencia a las enfermedades mentales, con los servicios de Psicopatología, en los Hospitales Central, y de la Madre y El Niño, en la Capital y dos servicios de Psicología en el interior, en las ciudades de Clorinda y Palo Santo.

##### Servicio de Psicopatología de la Madre y el Niño:

El Hospital Salud Mental inaugurado en 1971, fue desactivado en 1976, y transformado en el actual Hospital de la Madre y el Niño. Teniendo actualmente una dotación de 137 camas distribuidas, en los servicios de: Clínica Médica Infantil, Cirugía Infantil, Gastroenterología, Ginecología, de Infecciones, Maternidad, Neonatología, Quemados y Traumatología.

El servicio de Psicopatología desarrolla actividades de consulta psiquiátrica y neurológica, dependiendo también del mismo de fonología y terapia ocupacional, no posee sector de internación, realizando las mismas en el servicio de Clínica Médica cuando fuera

necesario.

Ofrece asistencia a la consulta externa, interconsulta por otro servicio y del sector educación, como // así también de Minoridad, Diagnóstico Psicológico y / Neurológico. Realizan las certificaciones del estado/ de salud Mental, para el ingreso de niños a las escue- las diferenciales, y los que se internarán en los ins- titutos de menores varones y de menores mujeres, de- pendientes del Ministerio de Acción Social, como así/ también todas las certificaciones para el Instituto / Provincial de la Vivienda como para el Programa Ali- mentario Nacional.

Las patologías prevalentes a las que asisten, son: Re- tardo Mental, Trastornos de Conducta, Cuadros Convul- sivos, Problemas de aprendizaje, y Discapacidades de / tipo motora.

Los recursos humanos que depende del sector lo compo- nen, una neuropsiquiatra, tres Psicólogas, una Fono- audiológa, una enfermera técnica en electroencefalogra- fía, tres terapistas ocupacionales y una secretaria.

En el año 1984, el servicio realiza 2.200 consultas / anuales, siendo el criterio para este registro, solo/ la demanda asistencial, no existiendo discriminacio- nes de otra naturaleza en el registro actual.

En el personal que desempeña funciones en este servi- cio, se observa la convicción de accionar con patolo- gías de índole irreversible, y por lo tanto el trata- miento que realizan es de tipo paliativo y parcial.

#### Servicio de Psicopatología del Hospital Central:

El establecimiento hospitalario de mayor complejidad,

que presenta el sistema sanitario de la Provincia de Formosa, es el Hospital Central, con 144 camas distribuidas en los servicios de Clínica Médica, Cirugía mujeres, Cirugía hombres, Unidad Coronaria, Urología, Terapia Intensiva, Tisiopneumología y Cuidados mínimos. Es una edificación antigua, de tipo pabellonado en el que se observan diferentes modificaciones en su estructura principal.

El Servicio de Psicopatología, no posee sector de internación, realizando en el sector de Clínica Médica en aquellos casos que por sus características particulares, no alteren el funcionamiento del servicio.

La actividad principal que desarrollan dichos servicios, se encuentra en la atención de la consulta externa, tratamientos ambulatorios, interconsultas por otros servicios, atención de menores de 12 a 16 años del área minoridad del Ministerio de Acción Social, integra las juntas médicas para revisión anual de // conscriptos, realiza las certificaciones de estados de Salud Mental de preingreso para todo los agentes provinciales, nacionales de las F.F.A.A., para el // Instituto Provincial de la Vivienda y para el Programa Alimentario Nacional entre otras.

Desarrollan sus actividades en este servicio dos médicos Psiquiatras y cuatro Psicólogos, un auxiliar y una Asistente Social, para todo el hospital.

La planta física con que cuentan se reduce a tres // consultorios, compartiendo algunos con otras actividades de la Institución.

Para las actividades docentes y de reuniones grupal-

les, se utilizan otras dependencia del hospital.

El servicio de Estadísticas del Hospital Central, registra para el año 1984, la realización de 8550 consultas, que representan el 12% de esta actividad en el hospital. Es dable destacar que toda actividad es informada como consulta externa, no existiendo discriminación de otro tipo.

La actividad de certificación es la que demanda la mayor cantidad de tiempo, restando así posibilidades para la atención de los pacientes, la urgencia y los tratamientos.

Se ha comenzado la remodelación de una habitación de cuatro camas, que sería destinada para la internación de las urgencias Psiquiátricas.

#### Servicios de Psicología de los Hospitales de Clorinda y Palo Santo

Las actividades que se desarrollan en estos hospitales, son desempeñadas por una Psicóloga, siendo ambas de muy reciente designación.

Se realiza asistencia en modalidad de consultorio externo, como así también diagnóstico psicológico, que para ser de utilidad como certificación de estado de salud mental, debe ser firmado por algunos de los médicos de la Capital para que tenga valor oficial.

Refieren que su actividad está centrada en niños que poseen algún grado de organicidad en los Psicodiagnósticos y retraso mental y trastornos de conducta.

#### 3.4.3. Las internaciones

En la actualidad, no existe en el sector público, de ///

obras sociales o privado, Institución o sector específico donde realizar internación de patologías mentales, a excepción de las que por su características se realizan en los servicios de clínica médica de // las instituciones de salud.

La patología que requiera de esta modalidad de asistencia se efectiviza fuera del territorio provincial.

La internación de la crisis aguda, generalmente se / realiza en la ciudad de Resistencia, Provincia de // Chaco, donde se cuenta con oferta de camas psiquiá- / tricas, tanto pública como privada.

Los pacientes que por la característica de su patología, requieren de internaciones prolongadas, las mismas se realizan en la Provincia de Córdoba, Corrientes, Entre Ríos y Misiones, según la disponibilidad/ de cama ante la demanda.

Solamente con la Provincia de Córdoba, existe un contrato para la utilización de camas Psiquiátricas en/ las Colonias: Emilio Vidal Abal - Oliva - y Santa Ma ría en el Departamento Santa María de Punilla.

No existe un registro provincial sobre los pacientes internados en Instituciones de otras provincias.

#### 3.4.4. Otros servicios en Salud Mental

El sector privado, desarrolla sus actividades en la/ modalidad de consulta externa y tratamiento ambulatorio, no existiendo otro tipo de oferta.

Las obras sociales no poseen efectores directos para la atención de las enfermedades mentales, realizándose las prestaciones de la misma por contratación con

los médicos a través de la Federación Médica de Formosa (FEMEFOR) y de los Psicólogos a través del Colegio de Psicólogos de Formosa.

#### 3.4.5. Servicios vinculados de Salud Mental

En la ciudad de Formosa, desarrollan actividades profesionales de Salud Mental en los ámbitos de la Justicia, donde se desempeña una médica Psiquiatra, cumpliendo las tareas de tipo periciales y relativas al ámbito penal, en Educación se desempeñan tres profesionales Psicólogos, cumpliendo tareas de Psicología Educativa, y en Acción Social, lo hacen también // tres profesionales Psicólogas, que asisten la amplia demanda que este sector establece como el requerido/por: las guarderías, los Institutos de Menores Mujeres y Menores Varones, y los sectores de Minoridad / y Tercera Edad.

### 3.5. Recursos Humanos en Salud Mental

Prestan servicios en la Provincia siete médicos Psiquiatras, dos de ellos en el Servicio de Psicopatología del Hospital Central, y uno en el Hospital de Niños.

De los otros cuatro, uno es funcionario de Salud, uno trabaja en el ámbito de la Justicia, y los dos restantes desarrollan su tarea a nivel privado.

Se observa que un número tan escaso de profesionales, sólo puede dar una respuesta limitada a los problemas de la Salud Mental. Por ello, los tratamientos hacen énfasis en la consulta ambulatoria, ampliando su potencial oferta, y potenciando respuestas de tipo farmacológico.

Son quince los profesionales Psicólogos radicados en Formosa, cuatro prestan servicios en el Hospital Central, en su servicio de Psicopatología, tres en el Hospital de Niños, uno en el Hospital de Clorinda, uno en el Hospital de Palo Santo. Una Psicóloga trabaja en la conducción de Salud Mental en la Provincia. Tres se desempeñan en Educación, y los restantes Psicólogos desarrollan su práctica en Acción Social. La mayoría de estos profesionales registran una formación dinámica orientada por el psicoanálisis, y la teoría sistémica.

No hay normatización, ni registro estadísticos de sus prácticas, las que son variadas y acordes a un amplio rango de demanda.

Tratamientos individuales o de familia, acciones de promoción de la salud con embarazadas, o tareas de educación sanitaria, son algunas de las tareas en que los psicólogos reparten su tiempo.

Sólo una Asistente Social se halla incorporada al sistema de servicios de Salud Mental, y cumple sus tareas en el Hospi-

tal Central. Obvio resulta decir su limitada posibilidad de acción.

No existen enfermeras psiquiátricas con formación específica, pero operan en los servicios una Fonoaudióloga y una Fisioterapeuta. No hay en el sistema re-habilitadores especializados, pero sí tres terapis-/tas ocupacionales, en el Hospital de la Madre y el /. Niño.

Siendo notable los problemas de Salud Mental de la / población, es posible pensar que esta falta de profesionales no ha podido responder a todas las demandas.

### 3.6. Sistema no oficial de asistencia en salud mental

Así como analizáramos precedentemente las conceptualizaciones generales del proceso de causación de las enfermedades en el contexto global de la comunidad formoseña, existen / particularidades notables en el área de la salud mental.

Cada una de las concepciones de la enfermedad, reserva un/ lugar singular a la naturaleza y la asistencia de las en-/ fermedades mentales, las que tienen un modelo de aparición regional.

Merecería medulares estudios, las observaciones que se han realizado sobre los distintos grupos poblacionales y étnicos que cubren el territorio de la provincia.

Con distinta inserción dentro de la comunidad de Formosa, / con mayor o menor apego a sus moldes culturales tradicionales, singularizan el paisaje social tobas, maticos (Wichi), pilagás, guaranítics, como diferentes saldos de los proce- sos colonizadores y de evangelización.

El desconocimiento del valor de la enfermedad mental para/ cada uno de estos grupos sociales, produce un sesgo sobre/ la comprensión del fenómeno en la sociedad local.

Se abre, sin embargo, un área fructífera para la aplica-// ción de investigaciones de ciencias sociales aplicadas a / salud, hacia la provisión de conocimientos sobre la reali- dad para la planificación en salud.

### 3.7. Las respuestas posibles

Utilizando la estimación de necesidades de consulta que provee la Organización Mundial de la Salud, dos por paciente / psiquiátrico por año, podemos hacer los siguientes cálculos. Habría una necesidad de 125.040 consultas por año, a desarrollarse en estimados doscientos cincuenta días hábiles.

Tendríamos entonces, quinientas consultas diarias, y considerando un tiempo de asistencia de 20 minutos por paciente, / tendríamos una necesidad de 166 horas de trabajo psiquiátrico por día.

Si un psiquiatra con veinte horas semanales dedica las tres cuartas partes de su tiempo de trabajo a tareas asistenciales por consultorio externo, tendríamos una disponibilidad / por psiquiatra de tres horas diarias. Entonces, las necesidades serían de 55 profesionales psiquiatras. Si pretendemos la cobertura total, el déficit que tendríamos, sería // del 87,3%.

Por otra parte, y teniendo en cuenta la estimación de la Organización Mundial de la Salud, que considera necesario una dotación de una cama psiquiátrica cada mil habitantes, nos / encontramos ante un déficit absoluto, ya que la provincia / no cuenta con ninguna.

Todas las estimaciones sobre la prevalencia y demanda potencial que en el área de salud mental existirían en la Provincia, nos habla de la magnitud del problema a enfrentar.

Para la elección de la estrategia a desarrollar en la Provincia de Formosa, para dar solución al daño de la salud // mental que registra su población, tenemos que realizar un / breve recorrido sobre cuáles han sido los modelos experimen

tados y de desarrollo actual, cuáles sus ventajas y desventajas, sus costos, efectividad y factibilidad de implementación.

Compartimos con Marconi, la sucesión histórica que con una relativa autonomía respecto de la estructura socioeconómica que una sociedad determina se han desarrollado como modelos de asistencia en Salud Mental, son ellos:

1. Asilo Hospital Psiquiátrico: centrado en una concepción estática del ser humano, biológica de la enfermedad mental, con fuerte resabio de la concepción demoníaca propia de la Edad Media Europea, actúa sobre el nivel terciario de la prevención, centrado en un servicio sin // sectorización, discriminativo para el paciente, centrípeto, custodial, feudal, con docencia autoritaria, centrado en la nosología, nula cobertura asistencial, nula dinámica de crecimiento y altísimo costo en proporción/ inversa a su bajo rendimiento.
2. El modelo Unidad de Salud Mental: es dinámico, centrado en cadena de servicios sectorizados, no discriminatorio centrífugo, terapéuticamente activo, democrático, con / docencia institucional, centrado en investigaciones básicas, con parcial cobertura asistencial, dinámica lenta de crecimiento, y costo elevado, pero con buen rendimiento.
3. El Modelo Programa Integral: es dinámico, centrado en / red de servicios, con perfecta sectorización, discriminatorio, centrífugo, centrado en socioterapia, democrático descentralizado, con docencia masiva en líderes comunitarios, basado en ciencias sociales aplicadas, con/ total cobertura asistencial, crecimiento rápido, costo/ bajo y rendimiento elevado.

El último modelo es el que más dificultades encuentra /

en el camino de su concreción, ya que es afectado en forma/ directa y total por los cambios políticos que se desarro-// llan en la estructura social, y ha sido también dificultoso lograr el aval político para su implementación.

Diversos han sido los problemas que se han presentado en el camino de los procesos de transformación de los modelos /// asistenciales en Salud Mental, prueba de esto es el devenir sufrido, por la Reforma Psiquiátrica Italiana, las modificaciones asistenciales de los desórdenes mentales en Estados/ Unidos, la Reforma Psiquiátrica Española, el Programa de Salud Mental Francés, el Programa de Salud Mental Nicaragüense y en experiencias Latinoamericanas como las de Colombia, / Perú, Costa Rica.

Con realidades distintas y diferentes caminos para las soluciones se llega a puntos coincidentes en cuanto al fracaso/ de las propuestas tradicionales institucionalistas. Estas / no se pueden desprender de la concepción asilar-represiva, / segregacionista, que termina produciendo un ciclo cerrado / en las posibilidades de resolución de la problemática planteada. Un nuevo camino se abre en el sistema formal de atención de la salud, y también de la Salud Mental, a partir de la propuesta, por la Organización Mundial de la Salud, realizada en septiembre de 1978, en Alma-Ata, Unión de República Socialistas Soviéticas, y que se ha llamado La estrategia de la "Atención Primaria de la Salud".

Se define como, "...fundamentalmente, asistencia sanitaria/ puesta al alcance de todos los individuos y familias de la/ comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena/ participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar; la atención primaria, a la vez constituye el / núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del con-/

junto del desarrollo económico y social de la comunidad.

Dicha estrategia está siendo utilizada con diferentes resultados en gran cantidad de países, pero en especial en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo.

En ellos, por las dificultades que provocan los escasos recursos disponibles, esta estrategia se presenta como la única que permite la extensión de la cobertura de asistencia a toda la población. Se inserta en un sistema sanitario organizado, y con efectores de derivación de complejidad creciente, que permite dar la respuesta integral de la demanda realizada.

En el área de la Salud Mental, esta estrategia ha sido fundamental para la extensión de la cobertura en las áreas rurales, y periurbanas. Es allí, donde se presenta generalmente la mayor cantidad de desórdenes mentales que al no obtener respuestas, por diversos motivos, pasan rápidamente a un proceso de cronificación.

### 3.8. Hacia un modelo de respuesta integral

La magnitud del problema de la salud mental, que hemos ido precisando en el precedente desarrollo, tornan de significación central la proposición de un modelo de respuesta posible.

Debe partirse de qué tipo de aceptación en los niveles de la conducción política en salud, promueve un Programa Provincial de Salud Mental con metas posibles y estudios cuidadosos.

Sólo si se lo establece como una prioridad, puede intentarse desde la tarea técnica, producir un Modelo Conceptual / que pueda dar acabada cuenta de las necesidades de salud / mental de la comunidad de Formosa.

Este acuerdo, debe expresarse en la asignación de los recursos presupuestarios necesarios, en modificaciones legales, y en un verdadero avance de la salud mental sobre las áreas Salud, Educación, Justicia, Bienestar Social, hacia una concreta mejora de las condiciones de vida de la población de Formosa.

La propuesta debe estar orientada por una sólida elaboración conceptual del perfil epidemiológico de la población / y por una precisión acerca de cuál es el objetivo fijado / como la "condición de salud" en términos políticos.

Entre los puntos básicos de tal propuesta, deberán incluirse:

- La Participación de la comunidad como auténtico agente / de su salud mental.
- La cobertura del 100% de la población por problemas de / desórdenes mentales.

- La capacitación continua de todos los involucrados en el sistema.
- El descentramiento de la tarea, para trabajar en, desde/ y para la salud, con un auténtico criterio preventivista.
- La calificación del sistema general de salud como equitativo, universal, justo, eficiente, oportuno y suficiente.

Son estos puntos pilares esenciales, marco en el que la sa lud puede efectivamente constituirse en un derecho básico/ e inalienable de los pueblos.

### 3.9. Hechos más destacables de la realidad a los fines de estudio

#### 1- Sobre la zona bajo estudio

- Ubicación marginal desde el punto de vista geopolítico
- Presencia de grandes ríos con comportamiento inestable con desbordes e inundaciones periódicas.
- Red vial escasa, sólo transitable un 15% en forma permanente.
- Mal estado de conservación de la línea férrea Formosa Embarcación.
- Baja cobertura de los servicios de radio y televisión
- Estructura productiva basada en el sector primario; / escaso desarrollo del sector industrial, altos índices de ocupación laboral en el sector terciario.
- Alto crecimiento y desigual distribución de la población -Litoral 56%, Centro 38% y Oeste 6%.
- Pirámide poblacional de ancha base, con estabilización en el último decenio.
- Más de 25.000 aborígenes de los grupos étnicos matacos (Wichi), pilagás y tobas.
- Alto índice de desgranamiento escolar primario y secundario (53 y 56%). Elevada cifra de analfabetismo.
- 48,5% de Hogares con necesidades básicas insatisfechas siendo en Departamento Ramón Lista 94,2%.
- Marcado déficit habitacional, por tendencia histórica y por inundaciones recientes.

#### 2- Sobre salud

- Alta tasa de natalidad, superior a la media nacional: 31,9 por mil.
- Bajo porcentaje de partos institucionales y con atención médica.
- Alta prevalencia de enfermedades infecto-contagiosas/

y parasitarias.

- Alto índice de desnutrición infantil, y subnutrición // crónica en adultos.
- Baja tasa de mortalidad general: 6.4 por mil.
- Registra la más alta tasa de mortalidad infantil del // país: 49,6 por mil.
- El grupo de 1 a 4 años muestra una alta tasa de mortali-  
dad: 12,2 por mil.
- Las principales causas de mortalidad infantil, y las // del grupo etáreo de 1 a 4 años, son tributarias direc-  
tas del elevado índice de desnutrición infantil.
- Estimación de las autoridades de salud con respecto a / la cobertura de población por la seguridad social: 60%
- El sector público cuenta con 837 camas (74%) y el pri-  
vado 296 (26%).
- El sector oficial registra el 68% de los egresos y el/  
42% de las consultas.
- La relación consulta/habitantes es de 2,2.
- La relación médico/habitante es de 1/995, con variacio-  
nes zonales, disminuyendo hacia el oeste.
- El programa de atención primaria cubre menos del 20% de  
la población.
- Se verifican concepciones diferentes sobre las causas /  
de la enfermedad, según grupos étnicos y culturales.
- La asignación del Presupuesto Provincial a Salud es de/  
un 10% del total.
- El mayor porcentaje del gasto se destina a acciones ///  
asistenciales, en los Hospitales de complejidad VI.

### 3- Sobre salud mental

- Falta de una política explícita en salud mental.
- Desaliento al crecimiento del sector, y cesantía de pro-

fesionales, en el Período 76-83.

- Alta prevalencia de desórdenes mentales.
- Bajo nivel de cobertura de los servicios de salud mental/
- Concentración de oferta de servicios en la Capital, Cio-/rinda y Palo Santo.
- Inexistencia de camas de internación psiquiátrica públicas y privadas.
- Limitado número de profesionales especialistas en salud / mental.
- Internación extraprovincial de casos psiquiátricos agudos y crónicos.
- Prestaciones exclusivamente de tipo asistencial, e inexistencia de acciones preventivas y comunitarias.
- Ocupación del tiempo de trabajo de los profesionales en / los servicios de Psicopatología con certificaciones y estado de salud mental para ingreso.
- Distintas conceptualizaciones sobre la causa y terapéutica de las enfermedades mentales, según grupos étnicos y / culturales.
- Insuficientes recursos físicos, económicos y financieros/ para el desarrollo de actividades de salud mental.
- Deficiente entrenamiento para el manejo de enfermedades / mentales por los médicos generalistas.
- Carencia de estudios sobre prevalencia de enfermedades // mentales.
- Deficiente sistema de registro de prestaciones en salud / mental.
- Desconocimiento sobre la prevalencia de patología mental, y terapéuticas de uso entre los aborígenes.
- Problemas de accesibilidad geográfica y cultural a los // servicios de salud mental.
- Alto riesgo de padecer patologías mentales como consecuencia de agregación de factores por catástrofes naturales.

- Falta de coordinación de acciones normativas y programáticas con el subsector de obras sociales.
- Escasa integración entre diferentes organismos de gobierno
- Inexistencia de servicios de psicopatología en instituciones privadas.
- Falta de programas de capacitación continua en salud mental para los agentes del sector.
- Escaso conocimiento de los especialistas, de las nuevas estrategias de atención en salud mental.
- Radicación de escaso número de especialistas en los últimos cinco años.
- Escaso personal auxiliar, y de limitada preparación.
- Presencia en gruesos sectores de la comunidad de actitudes de rechazo sobre la enfermedad y el enfermo mental.
- No existencia de registros actualizados de pacientes internados fuera de la provincia.

#### 4 - PROPUESTAS PROGRAMATICAS EN SALUD MENTAL -

#### 4.1. Fundamentación

Los aspectos de la realidad de la Provincia de Formosa, en un análisis global, sanitario y en salud mental, se revelan como de alta complejidad.

Su bajo desarrollo socioeconómico, su posición geopolítica/marginal, su vulnerabilidad ante los fenómenos meteorológicos, la estructura y la dinámica de los indicadores sanitarios y sociales, la colocan en una situación que puede caracterizarse como de Emergencia Social y Sanitaria.

Ante esta situación, el abordaje de la salud mental, implica un verdadero desafío. La ligazón de las condiciones de salud mental con las condiciones de vida de una población, es una relación probada y eficaz.

Ante ello, la permanencia de tal magnitud de factores de riesgo de padecer algún trastorno mental, tornan las estrategias a implementarse de absoluta prioridad.

Más aún, cuando la complejidad y extensión de los problemas de salud, no pueden resolverse desde dentro del sector.

Sin embargo, el desarrollo de acciones que pongan en primer lugar las tareas de coordinación, de economía de recursos, de accionar preventivo, en el marco de una estrecha colaboración de todos los sectores sociales involucrados, puede progresivamente realizar las transformaciones cualitativas que la sociedad demanda.

Sólo podrán promoverse los cambios necesarios, en la medida que se instalen y desarrollen los mecanismos sociales de la participación solidaria.

#### 4.2. Objetivos

- Integrar las acciones de Salud Mental al programa Provincial de Salud.
- Coordinar las Acciones de Salud Mental con otros Organismos Públicos, Instituciones y Asociaciones Comunitarias a nivel Provincial y Nacional.
- Coordinar las Acciones de Salud del Sub-Sector Oficial con los Subsectores Privados y de Obras Sociales
- Extender la Cobertura de Servicios de Salud Mental, / con Acciones de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, promoviendo la Participación Comunitaria.
- Promover el conocimiento de la conceptualización actual de la Salud Mental y las nuevas estrategias de / abordaje.
- Realizar Investigaciones Epidemiológicas para el mejor conocimiento de la prevalencia e incidencia de // desórdenes mentales y evaluación de las acciones.

#### 4.3. PROPUESTA PROGRAMATICA:

##### 4.3.1. Subprograma de Coordinación de Acciones de Salud Mental

La complejidad de los factores intervinientes en la causación de los desordenes mentales, como se ha señalado, requiere para una efectiva respuesta integral de un accionar en el campo preventivo, asistencial, de rehabilitación, como así también la docencia y la investigación. Esto implica un esfuerzo importante de coordinación intra e intersectorial en los niveles provinciales y nacionales, para el logro de los objetivos propuestos.

Es por ello que aumenta su importancia, la programación de las acciones de coordinación que se proponen.

Si bien esta actividad es de incumbencia directa de la jefatura del programa, la realidad del diagnóstico de situación planteada nos hacen suponer la necesidad de una diferenciación específica, ya que las actividades que en esta área se deben desarrollar requerirán de delegación de funciones especiales, para su realización.

Desde los niveles en conducción, en Salud, es preciso la determinación de los problemas de salud mental como críticos, y la designación de las estrategias para atenderlas, como prioridad política en salud.

##### 4.3.1.1. Coordinación intrasectorial (Ministerio de Salud/Pública):

A la determinación política de prioridad que se le pueda otorgar a nivel ministerial sobre el área se requerirá: de una coordinación con las diferentes direcciones en lo que esté estructurado dicho Ministerio. Así con la Dirección de Atención Médica y las Jefaturas de las Zonas Sanitarias tendrá que coordinarse todo lo atinente al accionar del subprograma asistencial como a la mo

dalidad operativa, relacionada con la derivación/ de pacientes y posterior seguimiento de los tratamientos que se realicen.

La Dirección de Medicina Sanitaria, de la que dependen todos los programas especiales que a nivel ministerial se realizan, y fundamentalmente el // programa de atención primaria de la salud, necesita coordinar sus acciones con las unidades de /// prestación de servicios de salud mental. La no existencia de unidades de atención en salud mental, no hace desaparecer la tasa estimada del 18% de / la población con algún desorden mental, por lo // que es necesario la tarea de capacitación en el / diagnóstico y seguimiento de casos por los agen- / tes sanitarios.

La Dirección de Planificación Sanitaria con el manejo del Departamento de bio-estadística, recur- / sos humanos y recursos físicos, aportará los ins- trumentos metodológicos específicos de la planificación, para evaluar la eficacia de los programas a implementarse. A la vez, programará los siste- / mas de capacitación en servicio, y fuera de la // provincia, las instituciones de internación de pacientes y las transformaciones del sistema esta- / dístico.

La propuesta de un subprograma que fije como prioridad la coordinación entre los organismos del Ministerio de Salud, aunque parezca una insistencia sobre la función prevista, no tiene tal sentido.

La marginación histórica de la salud mental, de / los planes y programas de salud pública, tienen una demostración permanente en la omisión que se /

hace de ellas en otras unidades del sector salud (Programas de Atención Primaria, Salud Materno / Infantil, Atención Médica, Jefaturas de Zona).

4.3.1.2. Coordinación con otros organismos del Gobierno / Provincial y Nacional:

La singularidad de los programas de Gobierno, de terminan diferentes estrategias para su enfoque. Los efectos que sobre la población de la provincia se registran en materia de salud mental, desbordan con mucho la actual posibilidad operativa de la unidad responsable, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

La presencia de poblaciones con alto riesgo de / enfermar, y la circunstancia de la determinación multicausal de la patología mental, hacen que la política a llevarse adelante requiera consenso / en los niveles de conducción del Gobierno.

Ante ello, la propuesta de la creación de una Comisión Asesora en Salud Mental, integrada por // miembros de los distintos ministerios y unidades de gobierno, y por instituciones y organizaciones afines nacionales y provinciales, se muestra como un camino posible.

La misma, en dependencia directa del Ministerio/ de Salud, asesorará sobre todo lo relativo al tema, a la vez que promoverá la realización de acciones de interés intersectorial.

La conducción operativa de la Comisión, estará a cargo de la Jefatura de Departamento Salud Mental.

Así también se presenta como necesaria la coordinación de acciones y la elaboración de estrate-/

gias conjuntas, con organismos nacionales.

La Dirección Nacional de Salud Mental, y análogas de las provincias argentinas, la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas, el Consejo Técnico Asesor de Alcoholismo, organizan y desarrollan tareas afines, por lo que es menester considerar la instalación de mecanismos fluidos de intercambio de información.

4.3.1.3. Sobre la coordinación de acciones con el subsector privado y de obras sociales:

Considerando la incoordinación de las acciones, en que actualmente se desenvuelve el accionar de los subsectores, oficial, de obras sociales y privado se presenta como prioritario, iniciar acciones de coordinación y financiamiento en el área de Salud Mental, que promuevan el desarrollo integrado de acciones del sector.

La Obra Social Provincial (IASEP), y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), se presentan como las instituciones de mayor cobertura a nivel provincial, por lo que serían los organismos prioritarios para la presente coordinación.

Aunque las acciones conjuntas se encuentran en la actualidad en estudio para la coordinación de acciones a nivel general de salud, podemos señalar un listado mínimo de aspectos que deberán tenerse en cuenta:

a) Normatización sobre las prestaciones posibles en salud mental.

b) elaboración de estrategias de complementación de acciones, intentando una economía de recursos.

c) estudio de posibilidades de financiación de actividades conjuntas, de interés común.

d) determinación de poblaciones de riesgo, y planificación de actividades para asistir-las.

e) organización de tareas de promoción/ de la salud.

#### 4.3.1.4. Coordinación con organizaciones no gubernamentales:

La existencia de instituciones en el seno comunitario, de amplia e histórica raigambre comunitaria, resultan un recurso adecuado para la extensión de acciones de salud mental a toda la población.

Algunas de ellas, actúan de apoyo a instituciones oficiales de salud, como son las cooperadoras hospitalarias, teniendo otros ciertos específicos fines. Por ejemplo, Cruz Roja Argentina, Patronato/ del Enfermo de Lepra, Liga de Madres de Familia / de Formosa, Comisión Permanente de la Asamblea para los Derechos Humanos, Asociación de Diabéticos de Formosa, son algunas de las organizaciones que pueden ofrecer colaboración y programar actividades con la Jefatura de Departamento de Salud Mental.

#### 4.3.2. Subprograma Asistencial de Salud Mental:

La organización e implementación de un sistema asistencial en la Provincia, que intente dar una respuesta integral a/

la demanda actual y potencial en el área de las enfermedades mentales, y considerando la cobertura actual, la prevalencia estimada, y los recursos con los que se cuenta y su posibilidad de crecimiento, requiere de un cambio estructural. Este debe orientarse privilegiando el desarrollo de / las actividades preventivas, con una vinculación directa / en el área de la asistencia social y de la organización comunitaria, promoviendo la atención primaria de la salud // mental en los diferentes grupos etáreos y para los diversos desórdenes mentales.

Propugnará también, la integración de los servicios de Salud Mental que presentan los subsectores oficial privado / y de Obras Sociales, para la consecución de la extensión / de la cobertura, y se requerirá del concurso del personal / de salud no-especializado, sean agentes sanitarios de atención primaria de la Salud, enfermeras, auxiliares y médicos, que incluyen en sus funciones normales, ciertas actividades de atención básica de Salud Mental.

Tal transformación requerirá, que el personal especializado en Salud Mental deberá, dedicar parte de sus jornadas / laborales, a las actividades de formación y supervisión // del personal no especializado, reduciendo el tiempo dedicado a la asistencia clínica y privilegiando para la misma / la atención de la urgencia, cuadros agudos, e implementando técnicas de abordaje terapéutico de tipo grupal y comunitario.

Para ello, se requerirá de una capacitación teórica y práctica sobre las nuevas funciones que el sistema demanda.

#### 4.3.2.1. Acciones Asistenciales en la infancia y adolescencia

Los problemas de la salud mental del niño y el //

adolescente, configuran por las características / epidemiológicas observadas, un sector de alto /// riesgo social.

No sólo las altas tasas de prevalencia orientan / la necesidad de acciones sobre los mismos. Al a- / travesarse una etapa constitutiva del psiquismo, / las experiencias de la vida de relación, van a de / terminar las capacidades operativas y funcionales con la que los niños enfrentarán su futuro.

La organización familiar, la estructura de las // instituciones que albergan niños y jóvenes, y en / definitiva el sistema de relaciones sociales, van a operar como condicionantes de un proceso evoluti- vo bio-psicológico en que se juega la salud de // los mismos.

Es preciso el establecimiento de una red asisten- cial para la cobertura de la demanda, desde los / niveles mínimos de complejidad a la oferta de ma- yor calidad que puede darse.

Ante este hecho, la capacitación de los médicos / pediatras, en acciones de detección, diagnóstico / diferencial, derivación y seguimiento, es de valor / nodular.

A esto, debe seguir la incorporación de profesio- nales en las instituciones de referencia, y su // progresiva diferenciación de funciones, separados en áreas de diagnóstico, tratamiento y rehabilita ción.

Entre las acciones a desarrollar en el presente / programa, de acuerdo a los requerimientos, pueden

notarse: tareas de promoción de la salud en pediatría y obstetricia, trabajo con grupos familiares/ de riesgo, organización de grupos de reflexión de/ padres y docentes, coordinación con Programa de / Salud Materno Infantil, desarrollar investigacio- / nes sociales, asistencia oportuna y adecuada, en / emergencias y cuadros agudos, seguimiento de trata- miento por otros efectores del sistema de salud, / establecimientos de tareas de rehabilitación so-// cial, realizar registros estadísticos de las accio- nes.

Estas propuestas tenderán a extender la cobertura/ de servicios a la totalidad de la población infan- to juvenil, con recursos especializados y comunita- rios, con el criterio de la descentralización ope- rativa y coordinación intersectorial.

#### 4.3.2.2. Acciones asistenciales en adultos y ancianos

De acuerdo a las inferencias epidemiológicas reali- zadas, podemos valorar la tasa de desórdenes menta- les en la población de Formosa.

Tal cifra, próxima al 18%, condiona el uso de la / mayor potencialidad de recursos humanos y materia- les, hacia su asistencia.

Es preciso que la atención de la salud mental, se/ reoriente hacia la propia comunidad, ante la insu- ficiencia de los recursos del sector, para dar una respuesta integral al problema.

La intervención activa en el área de la Salud Men- tal de todos los trabajadores de la salud, es sin/ dudar, una condición para el desarrollo del mis- mo.

En especial la vida adulta y la vejez, son etapas / vitales en que el sujeto se halla expuesto a una serie continua de cambios, algunos de naturaleza pre- visible, y otros completamente imprescindible.

La determinación de estas etapas de riesgo vital // (nacimiento, casamiento, separaciones, viudez, in- terrupción laboral, despidos, muertes de familia-// res), marcan a la vez lugares precisos en donde o- rientar el trabajo sanitario con criterio preventi- vo.

Por otra parte, y ya en el terreno de patología, la/ organización de acciones ante problemas críticos, / como el alcoholismo, el consumo de fármaco, la neu- rosis, la epilepsia, la oligofrenia, los trastornos psiquiátricos de evolución crónica con el consecuen- te síndrome de rotura social crónica, establecen // una demanda que el sistema formal de salud no puede responder.

Las actividades destinadas a prever el recorrido so- cial de los gerontes, han revelado su eficacia como promotores de la salud mental. Grupos de reflexión/ acerca de la jubilación, el descubrimiento de nue-// vas ocupaciones y maneras de uso de tiempo libre, / los movimientos de autoayuda (clubes de abuelos, mu- tualidades), el trabajo con las familias para evi-// tar los fenómenos de progresiva marginación, entre/ otros, otorgan a los ancianos un lugar social. Se / contribuye así a evitar cuadros depresivos, viven-// cias de desarraigo, involución social, tan frecuen- tes en esta edad.

Ante el listado de problemas anteriores, no puede / pensarse una solución completa si no se acepta ////

el mecanismo central de la participación comunitaria en la búsqueda de mejores condiciones de vida, tarea que en sí misma puede definirse de promoción de la salud mental.

#### 4.3.2.3. Sobre la internación de pacientes psiquiátricos

La internación fuera de los límites provinciales, que actualmente se realiza en la Provincia de Formosa, requiere de una consideración especial por la carga de patología institucional agregada que podría estar sucediendo con estos pacientes. La atención de los cuadros psicóticos agudos, en períodos reducidos de tiempo, es una de las estrategias utilizadas para la resolución de estos cuadros, siempre que se tenga en cuenta la relación de contactos con los familiares que impidan el proceso de aislamiento y segregación social que la internación, comienza a producir desde el momento de realizada, siendo ésta, una acción que afecta al paciente, al grupo familiar de origen y a la comunidad de pertenencia.

Sobre los pacientes, que presentan patologías de carácter crónico y en los que se producen una reagudización crítica de sus síntomas, y los mismos puede remitir en distintos períodos, el efecto de segregación opera de la misma manera.

Para esta situaciones, mientras la Provincia no cuente con un sistema propio de internación, consideramos necesario la designación de un profesional encargado de toda derivación del sistema oficial, que mantenga un registro de los pacientes derivados, como así también, de los familiares del mismo

para permitir un contacto rápido para su posible /  
reinserción social.

En la situación actual, se debería realizar un censo  
de pacientes con internaciones extraprovinciales  
que fundamentalmente intentara lograr el nivel de/  
autonomía para su reinserción social, como así también,  
la continencia del grupo familiar para la //  
recepción del mismo, continuando tratamiento bajo/  
control por el sistema oficial.

#### 4.3.2.4. Equipos itinerantes de asistencia y asesoramiento

Con el objeto de extender la cobertura y teniendo/  
en cuenta las posibilidades actuales del sistema,/  
en cuanto a los recursos humanos especializados, /  
hasta se consiga la radicación de profesionales, /  
creemos que una modalidad operativa, podría ser la  
constituciones de equipos multidisciplinarios (mé-  
dicos, psicólogos, enfermeras, asistentes socia-//  
les).

Los mismos podrían trasladarse con una frecuencia/  
de una vez por mes, a las localidades de Clorinda,  
El Colorado y Pirané.

Viajarían con el objeto de realizar asistencia pro-  
gramada, evacuar interconsultas, controlar trata-/  
mientos y realizar asesoramientos sobre Salud Men-  
tal, a las organizaciones e instituciones que en /  
esa zona de hallan, a la vez que receptan las de-/  
mandas del sistema en materia de salud mental.

Para su implementación, es importante prever, los/  
recursos necesarios que esta modalidad operativa /  
requiere, a saber: la provisión de vehículos, viá-

ticos, sede de operación (consultorio en el hospital local), como así también de la designación de un responsable en dichos hospitales que se encargue del otorgamiento de turnos y registración de las actividades que el equipo desarrolle.

Podría sugerirse, que a las actividades actuales de los profesionales de los hospitales de la Capital, se les invitara a cumplir con este tipo de trabajo, como manera efectiva de salir a la comunidad y contribuir con su práctica al desarrollo del sistema de servicios de salud mental.

#### 4.3.2.5. Sistema de registro de salud mental

A los fines de obtener una información confiable en el área de Salud Mental, se hace imprescindible la modificación del sistema actual de registros de las acciones que se desarrollan en los servicios.

De ese modo, puede lograrse un conocimiento más amplio de la realidad sanitaria en Salud Mental, posibilitando la programación, y evaluación de las acciones.

Como conocemos la actitud reacia de los profesionales y trabajadores del sector salud, hacia el registro y notificación de las actividades, se impone una tarea de esclarecimiento y explicitación acerca de su uso y funcionalidad. De ese modo, pudiendo contar con los efectos de su trabajo periódicamente (en forma de notas, boletines, revistas) puede promoverse una identificación con los grandes objetivos a lograrse.

Por otra parte, esta actividad demanda a los integrantes de salud, deberá seguirse con una apertura y un estímulo al trabajo de planificación por sector, insistiendo en que el soporte real de la tarea, es la plena participación en el mismo.

Sólo a título de ejemplo, pues cada modalidad operativa y nueva acción intentada, irá determinando/ otras necesidades de registro, podemos marcar una/ lista mínima de datos a consignarse.

La nueva modalidad de registración deberá incluir/ además de los datos del consultantes (apellido, // nombre, edad, sexo) motivo de consulta y diagnóstico utilizando para su codificación, la clasifica-ción internacional de enfermedades (novena revi-// sión), como así también el tipo de prestación realizada (consulta-control-interconsulta-psicoterapia-entrevistas diagnósticas-certificación de estado de salud-), tratamiento instituido (psico fármacoológico-psico terpeútico-otros), y alta.

Los datos así obtenidos, deberán tener una consolidación mensual que permita, que los mismos se //// transformen en información de uso del sistema general de Salud.

Para otras actividades no asistenciales que los / efectores realicen, se hace necesaria su registración para información del propio servicio, sobre / la actividad global que desarrollen.

Como parte administrativo-técnica, necesaria para/ la consolidación de la modificación propuesta, deberá por lo mismo, implementarse un sistema de capacitación de los agentes de los sercivios de estada

dísticas central y periféricos, a la vez que re-/forzar sus planteles.

#### 4.3.2.6. Sobre el desarrollo de la infraestructura

La singular situación que presenta la Provincia con respecto a las camas psiquiátricas, tornan este tema de delicado tratamiento.

A estar de las recomendaciones de la Organización/Mundial de la Salud, se registraría un déficit estimado en trescientas cincuenta camas. Pero la movilidad de internación, y de ella la estimación que se hace, refleja una concepción de la asistencia / en salud mental, que ha mostrado su ineficacia. Al aumento progresivo de la oferta de camas, ha seguido en todos los casos, una demanda que rápidamente superaba la misma. Los pacientes crónicos, la condición agregada de marginación social, y la imposibilidad de estas instituciones de promover una rápida reinserción social, han convertido a dichas / instituciones en verdaderos cronicarios, productores de patología institucional agregada.

Por ello, aunque es efectivamente necesaria una dotación de camas que permita asistir las urgencias/psiquiátricas, y las descompensaciones psíquicas, / la instalación de las mismas, debe estar condicionada a la presencia efectiva de equipos interdisciplinarios.

Los mismos, deben orientar su tarea, a la asistencia en crisis, al accionar preventivo, a la re-socialización de los pacientes, a los tratamientos / familiares, evitando de tal modo la cronificación de

los pacientes.

Además, la instalación de la modalidad de trabajo/ en salud mental en los equipos de atención prima- / ria, y centros periféricos, puestos de salud, debe\_ rá ser considerada como otra de las condiciones, / para permitir desde su trabajo, el seguimiento y / control adecuado de los pacientes.

#### 4.3.3. Subprograma de Docencia e Investigación:

La implementación de un programa de Salud Mental requiere de la provisión de los recursos humanos en cantidad y calidad suficiente para llevarlo a cabo.

Al verificarse la escasez de los mismos en el territorio provincial, las dificultades con que se cuenta para la radicación de nuevos especialistas, y la concentración de los mismos en la capital de la Provincia, nos señala la necesidad de realizar tareas de capacitación // continua del personal en servicio, a la vez que promover la radicación en poblaciones radicadas de la capital.

La capacitación de profesionales no especialistas, auxiliares y agentes sanitarios, es el camino inmediato para cubrir parcialmente el déficit presente.

Una propuesta de capacitación en salud mental de postgrado debe iniciarse desde la conducción en salud, a // los fines de plasmar su propio centro de capacitación / interdisciplinario, que modifique la tendencia histórica del sector.

El desconocimiento y los prejuicios de la comunidad acerca del tema salud-enfermedad mental, requiere de acciones de conocimiento y difusión. Es necesario conocer / las teorías, y las concepciones de las enfermedades por parte de distintos grupos sociales, como asimismo las / tasas de prevalencia y las terapéuticas de uso diario / por tales grupos.

Despréndese de lo último la urgencia de cumplir investigaciones de campo, con un abordaje epidemiológico-social para aportar desde la interdisciplina los elementos que harán posible la operatividad sobre los distintos grupos sociales.

#### 4.3.3.1. Sobre la capacitación de Médicos Generalistas:

En la necesidad de extender la cobertura asistencial a las enfermedades mentales, y teniendo en cuenta el extenso territorio provincial/ que no se encuentra cubierto, de dichos servicios, es necesario promover la capacitación de médicos generalistas. Para ello hay que estimular el conocimiento básico de la clínica psiquiátrica, controlar tratamientos y realizar / acciones de prevención de las enfermedades mentales.

Para una mayor efectividad en las acciones a / desarrollar, tendrían que ser seleccionados para esta capacitación los médicos correspondientes a las áreas en las que se realice una capacitación de agentes sanitarios y auxiliares. / De esta manera pueden ir creándose pequeñas áreas de implementación de acciones de salud // mental, que permitan una evaluación posterior/ de su funcionamiento, como así también una supervisión y capacitación continua de dichos efectores.

La utilización de los textos de la Organización Mundial de la Salud, como son: el "Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención / Primaria", de Climent y Arango de la serie PALTEX para Técnicos, Médicos y Auxiliares, y el / "Programa para la Identificación y el Tratamiento de Problemas de Salud Mental" de Essex/ y Gossling, se presentan como materiales que / pueden servir de base, para el desarrollo de / dicho programa de capacitación.

La estrategia de capacitación a desarrollar // puede utilizar como docentes a los profesionales de los niveles centrales, promoviendo a la vez la tarea por parte de las psicólogas radicadas en Clorinda y Pirané.

Superada una etapa de introducción, los mismos generalistas formados se pueden volver instructores de sus pares, creando un mecanismo adecuado de realimentación.

#### 4.3.3.2. Capacitación de agentes sanitarios y supervisores intermedios del Programa de Atención Primaria de la Salud:

Como anteriormente expresáramos, el Programa / de Atención Primaria de la Salud, se presenta / como el más apto para el desarrollo de la extensión de la cobertura de acciones de salud / mental, en todo el territorio provincial. Con / su modalidad operativa, permite en las áreas / programáticas donde tiene un desarrollo efectivo, realizar coberturas al 100% de la población. Desde esta forma de accionar, se puede / obtener información básica sobre el área en // que se desarrolla, y permite además de realizar acciones de baja complejidad, realizar encuestas sobre temas específicos de salud, de / alta confiabilidad por su cobertura.

Para integrar las acciones de Salud Mental que se desarrollarán en dicho programa; además de coordinar con la jefatura de atención primaria se hace necesario la capacitación de los agentes sanitarios y supervisores intermedios en / el conocimiento de técnicas básicas de diagnós

tico, criterios de derivación, y modelos de seguimiento de pacientes, técnicas y métodos efectivos para la detección y atención de determinados trastornos mentales y neurológicos.

Los criterios básicos para el desarrollo de esta capacitación tendría que estar enfocado hacia un pequeño número de afecciones prioritarias, según los criterios de prevalencia, preocupación comunitaria y disponibilidad de tratamientos sencillos y eficaces, como por ejemplo la epilepsia.

También es de importancia el conocimiento de algunas patologías mentales, pasibles de tratamientos de acción prolongada, y de administración mensual. Por ejemplo las psicosis esquizofrénicas, bajo tratamiento de neurolépticos de terminada.

También puede detectar las necesidades más sentidas por su comunidad en el área de la salud mental, y motorizar respuestas participativas para la obtención de soluciones.

Sería conveniente determinar una secuencia progresiva y constante de acciones a integrar con el programa de atención primaria de la salud, considerando la particularidad, de la zona donde se efectivizarán las acciones.

#### 4.3.3.3. Sobre las Residencias en Salud Mental:

El limitado número de profesionales especializados que operan en la actualidad en el área de salud mental, como así también la utilización de la estrategia que se realiza para modi

ficarla (radicaciones de profesionales especialistas, formados en otra región del país), y / la efectividad que la misma ha tenido hasta // ahora nos hacen suponer, que dicho déficit no/ sufrirá significativas modificaciones.

Ante tal situación creemos que la respuesta definitiva la otorgará la constitución en la provincia de una residencia de post-grado multidisciplinaria en salud mental, que pudiera formar los recursos que el sistema necesita, y en conocimiento de la realidad en la que posteriormente tendrá que operar.

La formación de un primer grupo de residentes, capacitados en las nuevas concepciones y técnicas de abordaje, en salud mental, como la que se imparte en la residencia multidisciplinaria de salud mental en la Provincia de Córdoba, podría ser un paso previo para la formación de / futuros instructores que luego se desempeñarían en la provincia.

No obstante es importante señalar que el obstáculo que representa para la ejecución de la // misma, la no presencia en la provincia de todos los docentes e instructores que esta experiencia requeriría, podría ser subsanada con / la utilización de modernas técnicas pedagógicas.

La educación a distancia, las metodologías de los seminarios/talleres intensivos, las pasantías programadas, serían algunos de los métodos alternativos para la iniciación de las actividades en un mediano plazo. Por otra parte,

la Provincia cuenta con profesionales que podrían, desempeñarse como docentes de algunas/ de las asignaturas básicas de dicha residen-/ cia.

Las necesidades financieras que demandan los/ sueldos de los residentes e instructores, actualmente otras provincias los reciben de la/ Dirección Nacional de Salud Mental, a quien / podría solicitarse apoyo, en caso que la Pro-/ vincia no disponga su pago. Quedaría por re-/ solver los gastos que demandarían los docen-/ tes e instructores, pudiendo gestionarse los/ mismos ante la Dirección Nacional de Salud // Mental, Dirección Nacional de Recursos Huma-/ nos para la Salud u otros organismos naciona- les o internacionales como la Organización // Mundial de la Salud.

#### 4.3.3.4. Investigación:

Como hemos reiterado en varios lugares del // presente trabajo, consideramos que el conoci- miento de las necesidades de la comunidad en/ el tema que nos ocupa, es de capital importan- cia, para modelar las respuestas y evaluar // las acciones.

Aunque la realización de estudios epidemioló- gicos sociales puedan ver realizados a media- no plazo, es posible iniciar encuestas de ob- jetivos limitados que nos permitan conocer // aunque sea en forma parcial la prevalencia de una patología en una determinada área.

En la actualidad, el programa de atención pri

maria de la salud es el que presenta las mayores posibilidades, para realizar este tipo de investigaciones, por la modalidad operativa / con la que actúa.

Aunque existe esta posibilidad, se debe tener particular precaución de realizar este tipo / de estudios, si no se prevé los elementos necesarios para operar sobre los resultados, // por la expectativa que la misma provoca en el cuerpo social en la que se realiza, y la posterior demanda que la misma genera.

Por lo que en esta área, nuevamente se impone el criterio de integralidad, en todas las acciones que se realicen.

Otro de los aspectos que se presentan como // prioritarios en el diseño de futuras investigaciones, es el estudio socio-antropológico / sobre las conceptualizaciones del proceso de/ enfermar, como así también las diferentes res puestas "terapéuticas" que en el campo popu-/ lar operan en la actualidad.

Conocimiento, que permitirá la programación / de acciones que consideren estas variables y/ que permitan la comprensión de la propuesta / que se realiza.

## 5- DESARROLLO DE PROYECTOS -

5.1. Proyecto: Constitución de la Comisión Asesora Provincial de Salud Mental

- Objetivo General:

- \* Promover la coordinación de acciones de Salud Mental entre los organismos de Gobierno de la Provincia con incumbencia sobre la misma.

- Meta:

- \* Constituir la Comisión Provincial de Salud Mental en el presente año.

- Unidad Responsable:

- \* Departamento de Salud Mental, en representación del Ministerio de Salud Pública.

- Unidades de Coordinación:

- \* Ministerios de Gobierno, Acción Social, Educación, Planeamiento, a través de los delegados responsables.

- Aspectos Administrativos:

- \* La Dirección del proyecto estará a cargo del Departamento de Salud Mental, en representación del Ministerio de Salud.

- Metodología:

- \* Se realizará una reunión semanal durante los tres primeros meses hasta constituir los aspectos normativos y legales de la comisión.

- Recursos Legales:

- \* Obtener la determinación a nivel gubernamental de interés provincial sobre la realización de la misma.
- \* Realizar los aspectos normativos, y legales como así //

también las unidades donde se comenzará a realizar las/ actividades de coordinación entre los sectores.

- Evaluación:

- \* La Comisión dictará una modalidad de funcionamiento, haciendo especial énfasis en la sugerencia de iniciar actividades conjuntas acordándose su periódica evaluación intersectorial.

- Observaciones:

- \* La Comisión procurará contactos con organismos solidarios de la comunidad para trabajar por la salud mental.
- \* Intentará lograr financiación para desarrollar investigaciones epidemiológicas en el área Salud Mental.
- \* Brindará apoyo a campañas de contenido social y sanitario, como contra el alcoholismo y la drogadicción.
- \* Hará asesoramiento sobre proyectos conjuntos entre organismos de gobierno, y entre estos e instituciones comunitarias.
- \* Colaborará en la elaboración de proyectos de interés común con provincias limítrofes con problemáticas afines.

5.2. Proyecto: Constitución y funcionamiento de equipos itinerantes de asistencia y asesoramiento en Salud Mental

- Objetivo General:

- \* Extender la cobertura de asistencia y asesoramiento en / Salud Mental.

- Objetivo Específico:

- \* Implementar acciones de asistencia y asesoramiento en Salud Mental en los Hospitales de las localidades de Clo-/  
rinda, El Colorado y Pirané.

- Meta:

- \* Realizar acciones de asistencia y asesoramiento en Salud Mental, una vez por mes en los Hospitales de Clorinda, /  
El Colorado y Pirané.

- Unidad Responsable:

- \* Departamento de Salud Mental, del Ministerio de Salud Pú-  
blica.

- Unidad Ejecutora:

- \* Equipo de Profesionales de los Servicios de Psicopatolo-  
gía constituido por un médico Psiquiatra, una Psicóloga,  
y una Asistente Social o Enfermera.

- Aspectos Administrativos:

- \* La dirección del proyecto estará encargada de proveer //  
los recursos, realizar la coordinación normativa, y de /  
prever los trámites administrativos y legales que el mis-  
mo demande.

- \* Las unidades ejecutoras del proyecto estarán a cargo de / los agentes de Salud Mental, designados a tal efecto.

- Recursos Humanos:

- \* La Coordinación del presente proyecto será realizada // por el departamento de Salud Mental, y la Dirección de/ los Hospitales de Clorinda, El Colorado y Pirané; el e- quipo estará constituido por un médico Psiquiatra, una/ Psicóloga, y una Asistente Social o una Enfermera.
- \* Los efectores donde se realizarán las acciones designa- rán un responsable administrativo para las tareas de apo- yo necesario.

- Metodología:

- \* Se realizarán acciones programadas de consulta y asesora- miento en Salud Mental, con la frecuencia de una visi- ta mensual, del equipo itinerante a los hospitales de / las localidades de Clorinda, El Colorado y Pirané.
- \* Se realizará la asistencia de pacientes, interconsultas se brindará asesoramiento en Salud Mental, a los agen- tes de Salud u otros organismos de las localidades que/ lo solicitaran.

- Recursos Legales:

- \* Determinación del proyecto, como de interés para el Mi- nisterio de Salud Pública, para permitir la financia-// ción de los gastos que el mismo demande.

- Recursos Financieros:

- \* A proveer por el Ministerio de Salud Pública.
- \* Gastos de traslado.
- \* Viáticos.
- \* Impresiones.

- \* Comunicaciones escritas.
- \* Material bibliográfico y Normas para Asesoramiento.

- Evaluación:

- \* Se realizará por parte del departamento de Salud Mental, la evaluación de acciones de asistencia y asesoramiento/ posterior a cada traslado de cada uno de los equipos. // Considerando: número de consultas, interconsultas, controles, tratamientos, acciones de capacitación, reuniones de asesoramiento.

- Observaciones:

- \* Estos equipos se constituyen ante la ausencia o insuficiencia de acción de Salud Mental en los mismos, dejará/ de efectivizarse en la medida que se pueda contar con recursos humanos estables en los efectores.

5.3. Proyecto: sistematización de registros en Salud Mental

- Objetivo General:

- \* Mejorar el sistema de registración en Salud Mental en / cuanto a las prestaciones que se realizan y a los diagnósticos de la Salud Mental.

- Objetivos Específicos:

- \* Promover la Capacitación en registros estadísticos, a / los agentes de los servicios de Psicopatología y Estadística de los Hospitales: Central y De la Madre y El / Niño.

- Meta:

- \* Capacitar al 100% de los agentes de Salud Mental y de / Estadística de los Hospitales: Central y De la Madre y / El Niño.

- Unidad Responsable:

- \* Jefatura del Subprograma Asistencial en Salud Mental // del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

- Unidad Ejecutora:

- \* Departamento Salud Mental y Departamento Estadísticas.

- Aspectos Administrativos:

- \* La Dirección del Proyecto estará a cargo tanto en la / provisión de los recursos como en la coordinación normativa, del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

- \* Las unidades ejecutoras del proyecto estarán a cargo de los Departamentos de Salud Mental y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

- Recursos Humanos:

- \* La Coordinación del presente proyecto será realizado // por los Departamentos de Salud Mental y Estadísticas.
- \* Los Instructores y Supervisores del proyecto serán seleccionados de los agentes de Salud Mental y Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.
- \* El personal a capacitar es el 100% de los agentes de Salud Mental de nivel central y de los servicios de Psicopatología y Estadísticas.

- Metodología:

- \* Se realizarán 8 reuniones de dos horas cada una de capacitación y coordinación los días viernes durante dos meses (16 horas). Se incluirán 24 horas de coordinación y supervisión prácticas, en servicios. Total: 40 horas // teórico-prácticas.
- \* Las actividades de coordinación, capacitación y supervisión práctica se desarrollarán durante dos meses, y posteriormente se comenzará a utilizar dichas metodologías de registros.

- Recursos Legales:

- \* Determinación del proyecto como de interés para el Ministerio de Salud Pública, para permitir la financiación de los gastos.
- \* Autorización del nivel central para la capacitación de los agentes de Salud Mental y de Estadísticas.

- Recursos Financieros:

- \* A proveer por el Ministerio de Salud Pública.
- \* Material bibliográfico y Normas.
- \* Impresiones.
- \* Otros.

- Evaluación:

- \* El proyecto será evaluado en relación a las horas docentes, asistencia, y test de conocimientos adquiridos.

- Observaciones:

- \* Sobre las prestaciones, el Departamento de Salud Mental coordinará con el Departamento de Estadísticas las normativas a implementar.
- \* Sobre el diagnóstico se utilizará el texto: "Trastornos Mentales: Glosario y Guía para su clasificación según / la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades", Publicación Científica N° 400, OPS-OMS.

5.4. Proyecto: Cursos de Capacitación en Salud Mental para Médicos Generalistas

- Objetivo General:

- \* Extender la cobertura de Servicios de Salud Mental a la población a través de la capacitación de Médicos Generalistas.

- Objetivo Específico:

- \* Promover la capacitación en Salud Mental de Médicos Generalistas de los Hospitales de Complejidad IV y su Área Programática.

- Meta:

- \* Capacitar al 70% de los Médicos Generalistas que prestan servicio en los Hospitales de Complejidad IV y su Área Programática en tres años.

- Unidad Responsable:

- \* Departamento de Salud Mental.

- Unidad Ejecutora:

- \* Servicio de Psicopatología del Hospital Central.
- \* Servicio de Psicopatología del Hospital de La Madre y / El Niño.

- Aspectos Administrativos:

- \* La Dirección del Proyecto estará a cargo tanto en la provisión de los recursos como en la coordinación normativa, del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

- \* Las Unidades Ejecutoras del Proyecto serán los servicios de Psicopatología de los Hospitales de Complejidad VI.

- Recursos Humanos:

- \* La Coordinación del presente proyecto será realizada // por el Departamento de Salud Mental.
- \* Los docentes necesarios serán seleccionados del plantel de los Servicios de Psicopatología de los Hospitales de Complejidad VI.
- \* Equipo docente por plan: 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogos, 1 asistente social, 1 enfermera, 1 terapeuta ocupacional.

- Metodología:

- \* El curso de Capacitación tendrá una duración de 100 horas, 64 horas teóricas (16 horas por módulo), y 36 horas prácticas.
- \* Se desarrollará cada plan durante 4 meses, convocando a los médicos generalistas para los días jueves y viernes del segundo fin de semana de cada mes según el siguiente esquema:

| AÑOS   | MARZO-ABRIL-MAYO-JUNIO | AGOSTO-SEPT-OCT-NOV. |
|--------|------------------------|----------------------|
| - 1987 | - Plan 1               | - Plan 2             |
| - 1988 | - Plan 3               | - Plan 4             |
| - 1989 | - Plan 5               | - Plan 6             |

- Recursos Legales:

- \* Determinación del curso como de interés para el Ministerio de Salud, para permitir la financiación de los gastos.
- \* Autorización desde el nivel central para la capacitación de los médicos generalistas.

- Recursos Financieros:

- \* A proveer por el Ministerio de Salud.
- \* Gastos de traslado.
- \* Viáticos.
- \* Impresiones.
- \* Comunicaciones escritas.

- Evaluación:

- \* El curso se aprobará con la asistencia al 100% de las // clases teóricas, y con el cumplimiento de las tareas /// prácticas encomendadas, que significarán el resto de las horas.
- \* Se tomará examen, y sólo a su aprobación se otorgará la condición de Aprobado. En caso contrario, se certificará la asistencia solamente. De no aprobarse, se solicitará la redacción de una monografía, que deberá ser aprobada.

- Programa:

- \* Módulo I:    Introducción general a la Salud Mental.  
                  Niveles de prevención en Salud Mental.
- \* Módulo II:   Semiología Psiquiátrica. Síndromes psiquiátricos más frecuentes. La entrevista.
- \* Módulo III:  Tratamientos en Psiquiatría. Seguimiento de casos. Información estadística. Investigación epidemiológica.

- \* Módulo IV: Emergencias sanitarias en Salud Mental. Las modalidades de derivación.

- Observaciones:

- \* Textos recomendados: Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria. Serie Paltex OMS/OPS.
- \* Programa para la Identificación y el tratamiento de // problemas de Salud Mental. Essex y Gosling OMS/OPS.
- \* Se gestionará ante la Delegación Argentina para la provisión de los textos necesarios.
- \* Se gestionará ante la Dirección Nacional de Salud Mental ayuda financiera para la ejecución del presente // proyecto.

6 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -

#### 6.1. Sobre la Provincia:

- BAS CARLOS, FERRARI CARLOS, RODRIGUEZ BLANCA, "Actividades de Subsistencia de las Comunidades Aborígenes", Consejo Federal/ de Inversiones, Bs.As.
- CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 1980, "Serie B, Características Generales", Instituto Nacional de Estadísticas y / Censos, octubre de 1982.
- CENSO NACIONAL DE POBLACION Y VIVIENDA 1980, "Serie B, Características Generales", Pcia. de Formosa, Instituto Nacional / de Estadísticas y Censos, febrero de 1982.
- CENSO NACIONAL DEL ABORIGEN, Secretaría de Desarrollo, Poder/ Ejecutivo de Formosa, año 1970.
- CENTRO EDITOR DE AMERICA LATINA, "Atlas Total de la República Argentina: Provincia de Formosa: aspectos físicos, demográficos y políticos", Bs.As. 1981.
- FLOOD CARLOS ALBERTO, "Estudio Socioeconómico de los Minifundios de la Provincia de Formosa", Bs.As. 1982.
- FOSCHIATTI DEL ORTO ANA MARIA, "El Proceso de Poblamiento en/ el Noreste Argentino: análisis de crecimiento", Cuadernos de/ Geo-Historia Regional año 1982.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, "Encuesta Permanente de Hogares", INDEC octubre 1982.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, "La Pobreza en / la Argentina", INDEC julio 1984.
- JUNTA DE ESTUDIOS HISTORICOS Y GEOGRAFICOS DE FORMOSA, "Revista N° 1, Año 1, Graficart, Formosa 1982.

- JUNTA DE ESTUDIOS HISTORICOS Y GEOGRAFICOS DE FORMOSA, Revis  
ta N<sup>º</sup> 2, Año 2, El Tiempo S.A., Formosa 1983.
- MIRANDA BORELLI JOSE, "Etno-Historia del Chaco", Edit.Región  
Chaco.
- MIGUEL DE LOS RIOS Y COLABORADORES, "Estructura Ocupacional/  
y Dinámica Educativa de los Aborígenes de la Provincia de //  
Formosa", Consejo Nacional de Ciencia y Técnica (CONICET), /  
Bs.As. 1982.
- NOGUES CARLOS, SEGURA ESTELA, LAPALMA ANTONIO; "Aspectos So-  
cioculturales del Proyecto de Desarrollo Económico y Social/  
de Ingeniero Juárez, Pcia. de Formosa", Instituto de Desarro  
llo y Promoción Humana, Bs.As. 1983.
- PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, "Constitución/  
de la Provincia de Formosa", Imprenta del Congreso de la Na-  
ción 1983.
- SECRETARIA DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO, "Diagnóstico Provin  
cial de Formosa", Formosa 1979.
- SECRETARIA DE PLANEAMIENTO Y DESARROLLO, "Diagnóstico Provin  
cial 1980", Formosa 1980.
- SUBSECRETARIA DE ORDENAMIENTO AMBIENTAL, "Programa de Evalua  
ción Ambiental: diagnóstico ambiental de la Provincia de For  
mosa", Bs.As. 1980.

## 6.2. Sobre Salud:

- BELMARTINO SUSANA y BLOCH CARLOS, "Reflexiones sobre Participación Popular en Salud", ref., Cuadernos Médicos Sociales/ N° 27, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, marzo 1984.
- BELTRAMINO SUSANA y BLOCH CARLOS, "Participar", Revista Salud y Sociedad, Año 2 N° 9 y 10, Córdoba, octubre 1985.
- CODAZZI AGUIRRE J.A., "La Medicina de los Aborígenes en la República Argentina", Primer Congreso de Historia de la Medicina Argentina, Bs.As., noviembre 1968.
- CASTELLANOS PEDRO L., "Principales Problemas de Salud en las Areas Marginales", Cuadernos Médicos Sociales N° 29 y 30, // Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica/ de Rosario, noviembre de 1984.
- ESCUDERO JOSE C., "Puede erradicarse la desnutrición", Revista Salud y Sociedad, Año 1 N° 5, Córdoba, abril 1984.
- FERRARA, ACEBAL, PAGANINI, "Diagnóstico de Salud de la Comunidad", Medicina de la Comunidad, INTERMEDICA 1972.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, "Programa de Prevención y Recuperación Nutricional de la Familia de Alto Riesgo Social", Formosa 1984.
- GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, "Plan Trienal 1985-1987: Sector Salud", Formosa 1985.
- LOPEZ PIACENTINI C., "Apuntes para una Historia de la Medicina Aborigen en el Chaco", Segundo Congreso Nacional de Historia de la Medicina Argentina, Córdoba 1970.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, "Diagnóstico de Salud, Provincia de Formosa", Dirección de Planeamiento Sanitario, octubre 1984.

- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, "Lineamientos para un / Plan General de Salud", Secretaría de Salud, Bs.As. 1984.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, "La Prioridad Social de la Infancia", Bs.As. 1985.
- MENENDEZ EDUARDO L., "El Problema del Alcoholismo y la Crisis del Modelo Médico Hegemónico", Cuadernos Médicos Sociales N° 28, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, junio de 1984.
- MENENDEZ EDUARDO L., Cuadernos Médicos Sociales N° 21, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, julio de 1982.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE, "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud: Tablas Básicas Región 5, Provincia de Formosa", Bs.As. 1980.
- MERCER HUGO, "Investigación Social aplicada a Salud: Argentina, 1976/84", Secretaría de Ciencia y Técnica, agosto 1985.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Atención Primaria de Salud", Alma-Ata, URSS 1978.
- PIS DIEZ GUSTAVO, "La Medicina Tradicional en Oreste DI LULLO", Revista Quirón, Volumen 14 N° 2, abril/junio 1983.
- SABULSKY JACOBO, "Desnutrición su Perfil Biológico y Social", Revista Salud y Sociedad, Año 1 N° 2, Córdoba, octubre 1982.
- TESTA MARIO, "Tendencias en Planificación", Mineo 1985.
- TESTA MARIO, "Atención Primaria o Primitiva de Salud", Mineo 1985.
- TESTA MARIO, "Práctica Médica y Recursos Humanos", Revista / Salud y Sociedad, Año 1 N° 6, Córdoba, junio 1984.
- VELLARD JEEHAN A., "La Medicina Indígena Americana", Revista Quirón, Volumen 2 Año 2, mayo/agosto 1971.

### 6.3. Sobre Salud Mental:

- ALARCON R., CAETANO R., "Informe sobre la Asesoría en Salud Mental, Provincia de Chaco", Organización Panamericana de la Salud, agosto/setiembre 1981.
- ASZKENAZI MARCELA, CASULLO MARIA, "Psicopatología en Poblaciones Argentinas", Revista Acta, Volumen XXX, N° 1, Bs.As. marzo 1984.
- CASULLO MARIA M., ASZKENAZI MARCELA, "Prevalencias de Patologías Mentales en la Argentina 1979/1983", Programas de Investigaciones Sobre Epidemiología Psiquiátrica, CONICET, 1985.
- CASULLO MARIA, "Epidemiología Psiquiátrica en Argentina", Revista Acta, Volumen XXVI, N° 4, diciembre 1980.
- CLIMENT C.E., DE ARANGO M., "Salud Mental en América Latina" Revista Acta, Volumen XXVII N° 4 y 5, Bs.As. setiembre/noviembre 1981.
- CLIMENT C.E., DE ARANGO M., "Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria", Serie PALTEX N° 1, Organización Panamericana de la Salud, 1983.
- CAPLAN G., "Principios de Psiquiatría Preventiva", Edit. Paidós 1980.
- DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL, "Informe de la Comisión de Estudios sobre: Residencias Médicas en Psiquiatría", Ministerio de Salud y Acción Social, Bs.As. 1984.
- DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL, "Lineamientos para el funcionamiento de Servicios de Salud Mental y Atención Psiquiátrica", Ministerio de Salud y Acción Social, Bs.As. 1985

- DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL, "Normas de Prestaciones/ en Salud Mental", Ministerio de Salud y Acción Social, Bs.As. 1985.
- DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL, "Residencias en Salud Mental", Secretaría Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 1985.
- DOMINGUEZ V., FERRO R., SIMONETTI A., "Salud Mental y Crisis" Revista Salud y Sociedad Año 2 N° 7 y 8, junio 1985, Córdoba
- ESSEX B., GOSLING H., "Programa para la Identificación y el/ Tratamiento de Problemas de Salud Mental", Organización Mundial de la Salud, 1983.
- GOLDENBERG MAURICIO, "Informe Final sobre la Asesoría en Salud Mental al Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente / de Argentina", Organización Panamericana de la Salud, enero/ 1984.
- GRUPO DE ESTUDIO DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Atención de la Salud Mental en los Países en Desarrollo: Análisis Crítico de los Resultados de las Investigaciones", OMS, Ginebra 1984.
- GOLDENBERG M., LUBCHANSKY I., "Salud Mental", Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Abraam Sonis, y colaboradores, Editorial El Ateneo, Bs.As. 1983, 3ª Edición.
- MARIATEGUI J., "Psiquiatría Folklórica", Revista Acta, Volumen XXVI N° 2, Bs.As.
- MORA MEDINA MARIA E., "Prevalencia de Trastornos Mentales y/ Factores de Riesgo en una Población de Práctica Médica General", Revista Acta, Volumen XXXI, N° 1, Bs.As. marzo 1985.

- MARIATEGUI J., ADIS CASTRO G., "Epidemiología Psiquiátrica / en América Latina", Bs.As. 1970.
- MARCONI J., "Salud Mental en América Latina", Revista Acta / Psiquiatría - Psicología de América Latina, Volumen XXII, Nº2 junio 1976.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE, "Enfoques Terapéuticos Básicos de los Principales Cuadros Psiquiátricos", / Bs.As. 1981.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo", Informe Técnico Nº 564, 1975.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Epidemiología de los Trastornos de Salud Mental" Informe Técnico Nº 185, 1960.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Organización de Servicio/ de Higiene Mental", Informe Técnico Nº 298, 1965.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Grupo de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental" Publicación Científica Nº 210, 1970.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, "Dimensiones Sociales de la Salud Mental", Servicio de Publicaciones y Documenta- / ción, Oficina de Publicaciones Biomédicas de Salud 1983.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, "Trastornos Mentales: Glo- sario y Guía para su Clasificación", CIE Novena Edición 1980.
- SHULAMIT RAMON, "Psiquiatría Democrática: análisis de un ser- vicio de Salud Mental en una Comunidad Italiana", Cuadernos/ Médicos Sociales Nº 27, Centro de Estudios Sanitarios y So- / ciales, Asociación Médica de Rosario, marzo 1984.