

01M.411
2262
II

42549

SEGUNDO INFORME

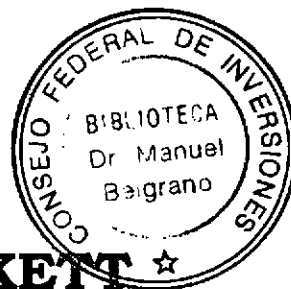
DIAGNÓSTICO Y ESTUDIO DE ALTERNATIVAS PARA LA CONCRECIÓN DE INVERSIONES EN EL SECTOR DE SALUD PÚBLICA EN LA PROVINCIA DE MISIONES

FOCALIZADO EN LA PROBLEMÁTICA
DE ENFERMEDADES TROPICALES

(ref:expte.CFI n°4018)

RESPONSABLE:

LIC. FERNANDO S. LOCKETT



DIRIGIDO A:

**CONSEJO FEDERAL
DE INVERSIONES**

OCTUBRE DE 1999

INDICE

- **Tareas 5, 6 y 8:** Desarrollo de entrevistas y relevamientos. Resultados tarea 5. Necesidades percibidas y no percibidas de la población local en materia de salud pública
- **Tarea 7:** Posibilidades y amenazas de cada zona y capacidad de reacción, ante una situación de alerta epidémica
- **Tareas 9 y 10:** Esquemas de acción según posibilidades de ejecución por parte de la comunidad y sus organizaciones. Oportunidades de coordinación entre el sector salud y otras áreas e instituciones gubernamentales y ONG

Tareas 5 6 y 8

5 .DESARROLLO DE ENTREVISTAS Y RELEVAMIENTOS

6. EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE TAREA 5

8. IDENTIFICAR NECESIDADES PERCIBIDAS Y NO PERCIBIDAS DE LA POBLACIÓN LOCAL EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.

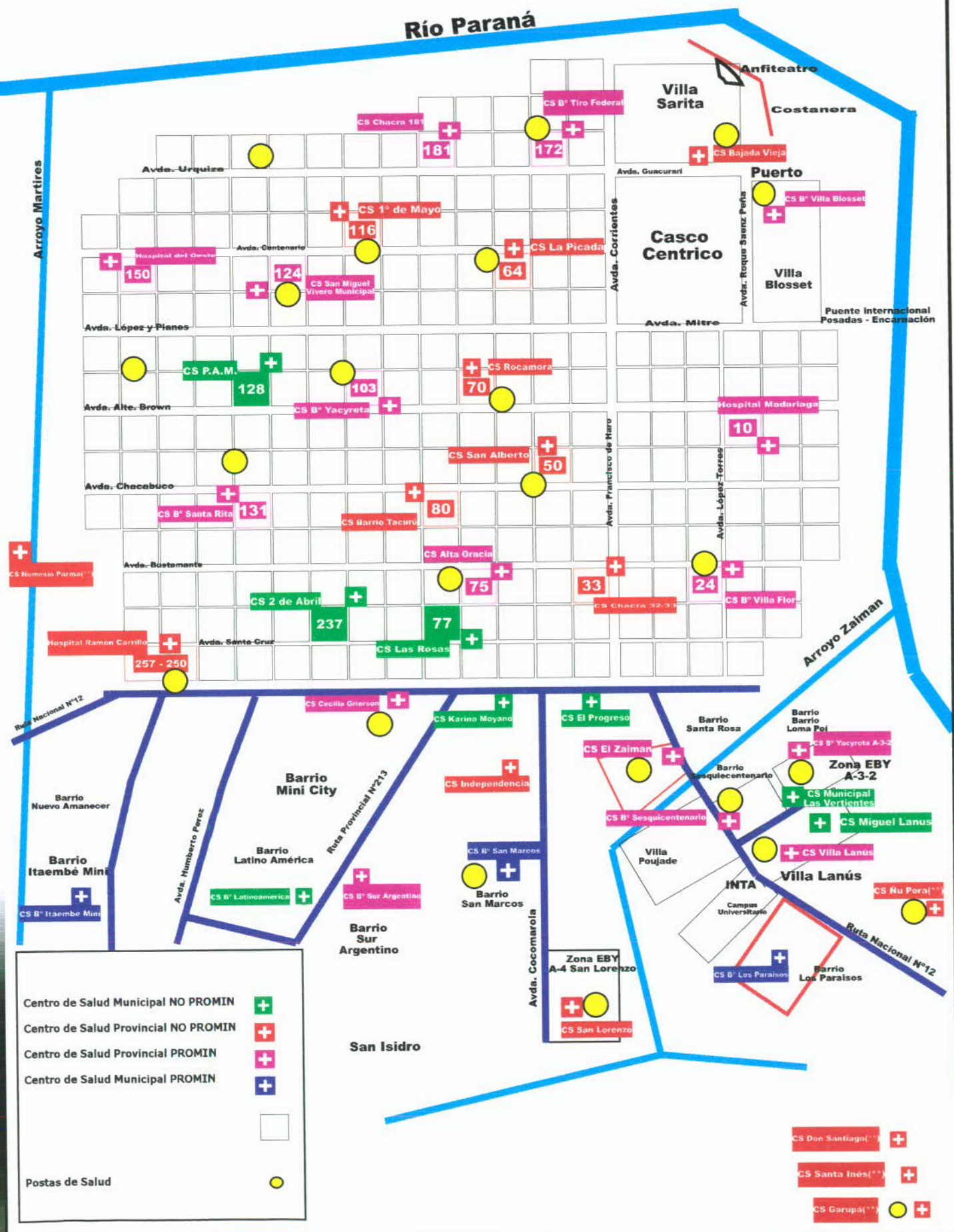
Cumpliendo con las tareas propuestas, se realizaron los talleres participativos para levantar información primaria sobre los principales problemas que enfrenta la población, así como experiencias comunitarias positivas y negativas tenidas en relación con la temática salud.

El taller comunitario fué nuestra técnica primaria para la colecta de datos sobre las condiciones de vida entre sectores populares de la ciudad quienes -por su nivel económico y social- dependen sustancialmente de los servicios brindados desde el sistema de salud pública local.

Por muchas razones bastante conocidas, en parte mostradas en el informe nº 1, la mayor parte de esta población se integra con familias extensivamente distribuidas en el ejido urbano, cuyo perfil de carencialidad muestra sistemáticamente su mayor peso en el rango de hogares con NBI y por debajo de la línea de pobreza. El nivel de pobreza extrema es alcanzado fácilmente por una elevada proporción de familias¹.

¹ Si atendemos a datos puntuales que recortan el estrato, estudios recientes mostraron que la mitad de las familias declaran ingresos que no alcanzan a \$30 mensuales por persona, con un menor de hasta 4 años cada dos familias y la mitad de los grupos cuenta solamente con un perceptor de ingresos; solo el 12% cuenta con obra social para algún miembro del grupo y el resto es usuario habitual de los servicios públicos de salud (Monitoreo de Programa de Relocalizaciones de EBY, 1999.)

Ubicación de los Centros de Salud



La modalidad de trabajo –según lo pautado metodológicamente en Informe 1- consistió en la realización de Talleres por zonas (en algunos participaron más de un Barrio), para luego terminar con un encuentro integrado con referentes seleccionados (los más activos) de los diferentes lugares. Previamente, según las pautas del plan de trabajo se observaron documentos antecedentes para que la selección de barrios abarcara todo el ámbito geográfico de la Ciudad, con el recaudo de representar diferentes condiciones socio-ambientales y de experiencia organizacional colectiva en la temática de referencia. Para esto, con una guía de registro se realizaron visitas previas a las diferentes comunidades utilizando técnicas de observación y entrevistas a informantes claves, relevamiento in situ de características habitacionales y ambientales y chequeo de experiencias colectivas.

Entre los actores principales que intervinieron en los talleres están:

Las organizaciones sociales y representantes legítimos de los nucleamientos escogidos (ej: CV formales); grupos poblacionales – menos formalizados- que plantean necesidades y problemas de salud específicos (con énfasis en la asistencia); equipos de salud que desarrollan acciones en atención primaria establecidos localmente en los barrios; y actores individuales; residentes barriales o con asiento en instituciones públicas y privadas (escuela, iglesia, centros de salud) que actúan en el campo de la salud u otras tareas de promoción a nivel barrial

Estos grupos y actores individuales interactúan en sus barrios, algunos lograron compartir responsabilidades y diversas funciones según sus capacidades y características particulares orientados a mejorar las condiciones de vida.

ASUNTOS PRINCIPALES TRATADOS

1. Identificación y ordenamiento de los problemas y oportunidades del barrio (como se definen los problemas / posibles soluciones);
2. recordatorio y discusión de experiencias específicas en acciones sanitarias / ambientales;
3. grados y modos de participación experimentada (dentro de las organizaciones barriales OB) y entre OB e instituciones gubernamentales u ONG intervinientes; balances de logros;
4. balances de vínculos intra-barrial y con instituciones intervinientes;
5. Salud individual/familiar y salud colectiva
6. Discusiones sobre cambios posibles para mejorar calidad de vida

Coherentes con los objetivos del estudio, optamos por estrategias de sondeo encuadrados en modelos participativos. Por ello, la colecta de información se centró en procedimientos que permitieran a través de sus resultados, aportar información descriptiva valiosa sobre las condiciones de vida de la población que inciden en la salud individual y colectiva su calidad en materia sanitaria pero teniendo como eje la perspectiva focalizada que se hace de los problemas desde la mirada de la comunidad.

El modo operante en cada TC estructurado en torno a los objetivos iniciales fue constituirse en grupo de trabajo, analizar experiencias, sentimientos, ideas, actitudes y comportamientos relacionados con

la salud; especificar tanto los acuerdos como las diferencias en las maneras de concebirla, y elaborar un resumen del encuentro.

Reflexionando sobre lo accedido en los talleres, reconstruimos aproximativamente su desarrollo y logros.

Se compiló y se bajó la información resultante de las observaciones preliminares en terreno y se comparó con la visión que los asistentes tenían sobre cada tópico. Esto facilitó una valoración general de recursos de la comunidad y discusión sobre los indicadores de salud en el barrio y en la ciudad.

Se recuperaron relatos sobre experiencias y se imaginaron escenarios para ver como debería ser el barrio y la vida en la ciudad para que la calidad de vida mejore. Se conversó y conciliaron opiniones acerca de las prioridades sentidas; usando acercamientos sucesivos se habló de educación, vivienda, trabajo, transporte, ambiente, salud y calidad de vida estableciendo nexos entre estos factores. Se construyó una visión de contexto y se analizaron los temas de este modo.

Se devolvió a los asistentes una reflexión sobre la capacidad de la comunidad de dirigirse problemas complejos tales como las políticas públicas y los servicios que afectan la comunidad; esto significó un interesante avance para que pensarán en ellos como parte de la ciudad y no solo como pequeña comunidad barrial.

Se diferenciaron los intereses en términos temáticos y cada grupo de interés mostro a los demás sus inquietudes y enfoque además de los modos en que busca superar las dificultades y concretar acciones hasta emprender proyectos; se mencionaron iniciativas con ONG y G. Aquí surgió la cuestión de la verticalidad de los proyectos y de la limitación para instalar acciones -con organismos del estado

especialmente- desde la iniciativa popular. Esto llevó a la discusión sobre la forma de relacionarse y se rozó la política y el poder.

Desde aquí se pudo pasara a pensar en salidas de una manera diferente; la atomización fue percibida y se pensaron modos de integración para ver la forma de arribar a trabajos conjuntos entre los grupos que operan en cada barrio y, eventualmente coordinar con otras vecindades.

Específicamente surgió el concepto de que la salud es un bien de todos y que es compartido; que hay aspectos sustanciales de la vida en común que son determinantes de la salud individual en la idea de la responsabilidad de los vecinos para mejorar o crear un ambiente más sano , estar *sano* tiene que ver con los otros... Este trabajo, de cierto modo, reconstruyó colectivamente el entorno común. No es poco.

La coordinación de los TC, en algún caso derivó la mirada hacia la dificultad de realizar el concepto de solidaridad en la construcción de la vida colectiva.

Finalmente, también con la intervención del coordinador, se pudo pensar –no sin dificultad- en la idea de cambio instalando el problema de la dicotomía salud/individual vs salud/ colectiva y de cuanto depende ésta última de la primera. En algun momento se vió un desplazamiento desde la concepción un tanto rígida de que los problemas y riesgos para la salud están afuera, en las circunstancias externas y que solo si ellas cambian mejorará la salud. Se comenzó a pensar que esto está muy ligado con el cambio personal de ideas, de hábitos, de cómo el mejoramiento de la calidad de vida, de la salud misma se enlaza con las formas de pensar, con las predisposiciones a actuar de cierto modo, con las conductas cotidianas en la determinación de la salud de las personas. Aunque en sus comienzos, quedó picando el precepto de unir la salud del

individuo *con* la salud colectiva, el enlace de lo personal con lo grupal , lo social y lo político.

TALLERES INDIVIDUALES

A continuación, se reseñan los problemas y causas mencionadas en cada Taller Comunitario . Se detallan los problemas y necesidades percibidas como más urgentes (por orden de prioridad) mencionados por los participantes:

BARRIOS	PROBLEMAS	CAUSAS ATRIBUIDAS
SESQUICENTENARIO LAS VERTIENTES 6 DE SETIEMBRE	Agua (infraestructura) Basura (Servicio) Adicciones: alcoholismo, drogadicción. Enfermedades respiratorias (invierno) Enfermedades de la piel. Granos. Sarna.(verano)	Alto crecimiento poblacional en últimos años. Agua potable insuficiente y discontinua (no están conectados a SAMSA – poseen perforaciones). Deficiente (discontinuo) servicio de recolección. Falta de educación en la gente. Vecinos de otros barrios tiran basura en horarios inapropiados. Mucha gente desocupada (principalmente jóvenes). Ausencia de espacios verdes. Los Centros de Salud cercanos (Sesquicentenario y A.3.2.) no cubren la demanda. Falta de cuidado de los niños por parte de los padres.
SAN LORENZO	Dificultad en la integración de los sectores del barrio Falta de Infraestructura y equipamiento indispensable Acceso a la ruta en mejores condiciones-Insuficiente Agua potable, Ampliación Salita de Salud, Destacamento Policial y Ambulancia Enfermedades espiratorias, bronquiales	Es una barrio de relocalizados de EBY y del Gobierno Pcial.con problemas de aislamiento y poca atención municipal . Líderes y grupos con desacuerdos. Proviene de diferentes lugares de la ciudad. Ambientes húmedos, Viviendas abiertas.

BARRIOS	PROBLEMAS	CAUSAS ATRIBUIDAS
PARQUE ADAM	<p>Enfermedades provocadas por contaminación ambiental basurales, contaminación de arroyo, (diarrea, pediculosis, granos,)</p> <p>Desnutrición Enfermedades vías respiratorias,</p> <p>Adicciones: alcoholismo, drogas</p> <p>Madres Adolescentes</p>	<p>No poseen servicio de recolección</p> <p>Empresa recolectora de residuos sépticos descargan y contaminan arroyo cercano</p> <p>La gente no sabe eliminar las basuras cuando no hay recolección municipal</p> <p>Deficiente alimentación.</p> <p>Mucha exposición a la humedad</p> <p>Falta de trabajo</p> <p>Sin hábitos de cuidado.</p> <p>Promiscuidad.</p>
ITAEMBÉ MINÍ	<p>Dispersión de esfuerzos vecinales.</p> <p>Aislamiento</p> <p>Basura (Servicio)</p> <p>Agua (Infraestructura)</p> <p>Enfermedades respiratorias (invierno) Diarreas.</p> <p>Enfermedades epidérmicas (granos-sarna)</p> <p>Inseguridad</p> <p>Drogas y alcoholismo</p>	<p>Es un barrio alejado de población humilde relocalizada de varios lugares de Posadas. Muy poblado.</p> <p>Subdividio, aún se identifican por sus lugares de origen</p> <p>No hay teléfono.</p> <p>Escaso medio de transporte</p> <p>Deficiente servicio municipal.</p> <p>Falta de educación en la gente.</p> <p>Agua potable deficiente.</p> <p>Cuando hace calor el servicio se corta y la gente acarrea de donde puede.</p> <p>Los Centros de Salud cercanos no cubren la demanda.</p> <p>La gente se baña en el arroyo que está muy contaminado.</p> <p>Mucha gente desocupada.</p> <p>Muchos jóvenes especialmente.</p>

BARRIOS	PROBLEMAS	CAUSAS ATRIBUIDAS
SAN LORENZO	<p>Dificultad en la integración de los sectores del barrio</p> <p>Falta de Infraestructura y equipamiento indispensable</p> <p>Acceso a la ruta en mejores condiciones-Insuficiente Agua potable, Ampliación Salita de Salud, Destacamento Policial y Ambulancia</p> <p>Enfermedades respiratorias, bronquiales</p>	<p>Es un barrio de relocalizados de EBY y del Gobierno Pcial.con problemas de aislamiento y poca atención municipal .</p> <p>Líderes y grupos con desacuerdos. Proviene de diferentes lugares de la ciudad.</p> <p>Ambientes húmedos, Viviendas abiertas.</p>
SANTA RITA	<p>Falta de cohesión vecinal</p> <p>Desnutrición</p> <p>Alimentación deficiente.</p> <p>Faltan comedores</p> <p>Contaminación ambiental (basurales, cloacas).</p> <p>Inseguridad</p> <p>Madres adolescentes</p> <p>Droga – Alcoholismo</p>	<p>Es un barrio extendido que tiene dificultades para establecer vínculos y redes vecinales continuas. Hay grupos dispuestos pero permanecen atomizados por la "falta de comunicación entre vecinos" ..</p> <p>Mencionan competencias y disensos políticos.</p> <p>Los vecinos concurrentes toman conciencia de que este problema de recursos dispersos los debilita en sus logros</p> <p>Falta de trabajo.</p> <p>Recursos insuficientes</p> <p>Falta capacitación alimentaria.</p> <p>Falta de educación desde las familias y Escuela.</p> <p>Falta de medios (basureros).</p> <p>Falta de educación.</p> <p>Ausencia de un puesto policial.</p> <p>Falta de tiempo de los padres para atender a sus hijos.</p> <p>Falta de trabajo para los jóvenes (tiempo ocioso).</p> <p>Carencia de lugares deportivos y recreativos para jóvenes.</p>

TALLER INTEGRADO

La experiencia del taller integrado juntando a los representantes de los diferentes barrios, se realizó en una jornada continua de trabajo grupal que permitió comparar y profundizar las diferentes cuestiones sanitarias y organizativas que se dan en los barrios. Se destacó el comentario y satisfacción por la *novedosa* posibilidad de intercambiar opiniones y experiencias entre barriadas con buena apertura al diálogo. Por derivación, durante buena parte del encuentro los participantes se indagaron mutuamente sobre las asociaciones de vecinos voluntarios –representadas o no en la reunión- que operan en los diferentes barrios, además de detectar ONG o G con los que en cada lugar se vinculan para diferentes fines.

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS Y ESPECÍFICAS DE SALUD

BARRIO	ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EXISTENTES	REPRESENTANTES BARRRIALES ASISTENTES A TALLERES	EXPERIENCIAS DE SALUD REALIZADAS EN CADA BARRIO
PARQUE ADAM	Comision Vecinal Comision de madres Centro Comunitario Comedor Comunitario PROAME ¹ - ONG"Casa de la Mujer" Priférico Nº 17 CDI ² Consejo Barrrial	Miembros de: Comision Vecinal Grupo de Madres Promotoras de salud del Comedor Comunitario y Vecinos que participan del Centro Comunitario Total de Asistentes: 15	Capacitacion a Promotoras de salud. Articulación, Salud Pública, Universidad y Comisión Vecinal: Programa ETS Seguimiento del embarazo, parto y control de niños (Centro Comunitario-Proame) Inicios de acciones para conformar un Consejo Barrial de Salud.

¹ PROAME: Programa de Atencion a Menores en circunstancias Difíciles

² CDI: Centro de Desarrollo Infantil, PROMiN

BARRIO	ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EXISTENTES	REPRESENTANTES BARRIALES ASISTENTES A TALLERES	EXPERIENCIAS DE SALUD REALIZADAS EN CADA BARRIO
SAN LORENZO	Comision Vecinal Centro de Salud (Convenio Ministerio S Pública-EBY) Comedor Comunitario Posta de Salud Escuela N° Club de Abuelos	Miembros de: Comision Vecinal Centro de Salud Posta de Salud Club de Abuelos Director y Docentes Escuela Total de Asistentes: 12	Postas de salud: Charlas de prevención- Cuidado ambiental Comedor Comunitario- Centro de Salud: jornadas barriales sobre planificación familiar Creación de una cooperativa de agua en el sector antiguo
LAS VERTIENTES	Comision Vecinal Comedor Comunitario Comision de Capilla Centro de Salud Municipal	Miembros de: ComisionVecinal Total de Asistentes: 9	Mejoramiento infraestructura del Centro de Salud Municipal.
SANTA RITA	Centro de Salud Grupo de "Medicina Alternativa" de Pastoral de Salud CDI-Asociación Santa Rita Comedor Comunitario Escuela Primaria Grupo Solidario de base	Miembros de: Centro de Salud Consejo Barrial de Salud CDI Grupo Solidario Pastoral de Salud Ex Presidente ComisionVecinal Comedor Comunitario Escuela Primaria Total de Asistentes: 12	Jornadas Comunitaria sobre ETS , Control de vacunación(Promovido por Escuela y Consejo barrial) Tratamiento de la basura: Grupo solidario de base Centro de salud:Huertas orgánicas familiares. Pastoral de salud: Cocina alternativa
SESQUICENTENARIO	Comision Vecinal Asociación Civil Comision de madres Grupos de Postas Comision de capilla Comedor Comunitario Centro de Salud CDI ONG"Jardin de Los Niños" Escuela (Cooperadora)	Miembros de: ComisionVecinal Comision de madres Grupos de Postas Comision de capilla Comedor Comunitario Total de Asistentes: 10	Capacitación de Promotoras de Salud Del Programa de Postas. Jornada Barrial sobre: ETS y Planificación Familiar Grupo de Postas organizan actividades recolección de fondos p/compra de medicamentos

EXPERIENCIAS COMUNITARIAS Y ESPECÍFICAS DE SALUD

(continua)

NOMBRE DE BARRIO	ORGANIZACIONES COMUNITARIAS EXISTENTES	REPRESENTANTES BARRIALES	EXPERIENCIAS DE SALUD REALIZADAS EN CADA BARRIO
6 DE SEPTIEMBRE	Comision Vecinal Asociación Civil Comedor Comunitario Grupo de madres	Miembros de: ComisionVecinal Asociación Civil Grupo de madres <i>Total de Asistentes: 7</i>	Formación de Promotoras de Salud (FOPAR) Promoción de Tratamiento de la Basura y Control de vacunación Construcción de una Salita (no funciona por falta de personal)
ITAEMBÉ MINI	Comision Vecinal Escuela Centro de Salud Municipal CDI Comision de Capilla Comedor Comunitario Animadores Comunitarios	Miembros de: Centro de Salud Municipal CDI Comision de Capilla Comedor Comunitario Escuela Animadores Comunitarios <i>Total de Asistentes: 9</i>	Capacitacion de Promotores Socio-ambientales y Salud (Proyecto de Animadores Comunitario-Secretaría de Desarrollo Soc. Nación) Promoción de clasificación y reciclaje y de la basura

LAS ORGANIZACIONES Y SUS REDES

La organización clásica de vecinos predominante en la ciudad es la Comisión Vecinal, cuya constitución y representatividad está encuadrada institucionalmente en la Municipalidad de Posadas, con una Dirección específica que verifica el cumplimiento de las normativas básicas en cuanto a reclutamiento y elección de dirigentes. Las CV practican un amplio abanico de actividades de servicio: mejoramiento de la infraestructura barrial, búsqueda de soluciones para resolver carencias tales como agua potable, recolección de residuos o transporte público y seguridad, gestiones y

trabajos conjuntos con las escuelas, recreación y deportes (festivales, kermeses, torneos), gestiones por el, mantenimiento de calles terradas, obtención y gestión de cupos de los programas oficiales dadores de trabajo (Plan Trabajar, por ejemplo) y muchas más. Por esta variedad de cuestiones que atienden el éxito y el fracaso en su accionar es muy heterogéneo. Es frecuente que muchas iniciativas, proyectos, obtención de recursos y demás se ligen con los intereses de las estructuras político-partidarias que operan a nivel local y es fuente de rencillas entre grupos o personas que disputan liderazgos barriales. Pero, a veces por esta razón pero más aún por el arraigo que tienen en los barrios constituyen una institución de peso en la vida local que es difícil soslayar cuando se desea trabajar en las barriadas de la ciudad.

Además de la ineludible comisión vecinal, un clásico esquema organizativo se reproduce en los barrios: una persona o un grupo de voluntarios se nuclea alrededor de algún interés comunitario y moviliza recursos de diverso orden para realizarlo. La salud, el deporte, la escuela, la seguridad pública, festejos familiares y fechas patrias, comedor comunitario (casi siempre en torno del o la responsable del comedor infantil o comunitario). Existen otras de radio de influencia o temáticas más específicas relacionadas a tareas de asistencia social y pastoral religiosa. , Cáritas es mencionada por su presencia.

Este es el abanico recurrente. Es normal que cada grupo de interés así constituido y devenido en Comisión ad-hoc para el rubro adquiera perfil propio. A veces, estas actividades son direccionadas desde las Comisiones Vecinales (=subcomisiones); pero en su variedad, es común que la mayor parte de quienes trabajan en esta práctica de voluntariado tienda a la autonomía. Por ello, suelen haber varios grupos atomizados en las vecindades, dado que no es frecuente que mantengan reuniones conjuntas para intercambiar

experiencias o analizar intereses comunes del barrio y menos para coordinar acciones. Por lo general, esto se da tan solo cuando interviene alguna institución (G u ONG) externa que los convoca. Los participantes en el taller integrado reconocieron que las relaciones intra y extra-barriales deben ser reforzadas.

Si bien solamente las CV están obligadas a elegir autoridades en forma pautada por la comuna local, los otros voluntariados -por iniciativa de sus propios promotores- buscan institucionalizarse con algún mecanismo electivo. En los barrios, los vecinos diferencian entre el liderazgo representativo y el oportunista .

LOS GRUPOS DE SALUD

Específicamente con relación a la cuestión sanitaria; en muchos barrios –además de los escogidos para el estudio- hay grupos ad-hoc de vecinos inquietos por la salud. Invariablemente el eje de las acciones es la obtención de recursos para mejorar servicios o edificios de las *salitas* barriales; el sanitarismo ambiental es inquietud de algunos pero está aun distante en sus prioridades.

Las excepciones, es decir aquellos que instalaron la inquietud ambiental, o en higiene y nutrición, por caso, surgen de la interacción con organizaciones G u ONG. Lo habitual es que este contacto y coordinaciones encuadre en algún proyecto que cuenta con recursos financieros propios o estructura de soporte (la ONG Casa de la Mujer , el INTA que promueve las huertas familiares orgánicas (Programa PRO-HUERTA).

Recientemente se implementó una experiencia piloto para formar un **CONSEJO BARRIAL DE SALUD** a través de la constitución inicial de un grupo solidario cuyas acciones se operan desde un subprograma del PROMIN nucleado en torno del Centro de Desarrollo Infantil del

Barrio Santa Rita donde se iniciaron actividades tendiente a articular todas las actividades de las organizaciones del barrio y relacionarlas con la problemática de la salud (es uno de los casos analizados en este documento).

Las experiencias organizativas en torno a la temática sanitaria son heterogéneas. No hay un modelo estandarizado, como el de las CV, por ejemplo. En los barrios, estos grupos y los que trabajan con relación a la educación pública, suelen ser los más activos y férreos en sus convicciones y voluntad de acción.

En todos los casos reunidos en los TC, sus miembros interactúan con los responsables de centros de Salud sirviendo de soporte en la gestión de recursos privados y también públicos; de hecho son el soporte barrial de los CS. Es paradójico, pero los vecinos gestionan ante el MSP recursos para los CS que dependen de ese organismo rector. Sucede! Así por ejemplo, estas organizaciones son las encargadas de juntar firmas y peticionar la provisión de medicamentos e instrumental para la atención de los pacientes y gestionar recursos para el mantenimiento o ampliación edilicia de los CS o de su equipamiento. Estas gestiones -mencionaron los asistentes a los TC- pueden ser arduas y demandan suficiente tiempo y movilización como para desalentar otras iniciativas.

La forma de expresarse es ilustrativa de esta rutina local: la gente dice: *nosotros conseguimos* que nos den un nebulizador, una enfermera más, una ampliación de turnos, medicamentos.... y rematan: *es una lucha!!* . Este trajinar les da experiencia y autoridad para opinar sobre los servicios y los organismos prestadores. Tan importante es esta actividad, que en los TC reclamaron la preparación (capacitarse, dicen) de los integrantes de las comisiones de salud para *gestionar mejor* en.... los circuitos burocráticos y políticos de los ministerios y secretarías!! . Por ello, no sorprende que se formen frentes comunes con los médicos y

enfermeras afectados al CS barrial con quienes además por prescripción de APS o PROMIN –según el caso- mantienen reuniones periódicas para evaluar la marcha del servicio. También colaboran para realizar reuniones y talleres educativos destinados a informar a la población sobre enfermedades y modos de prevención.

Desde sus dichos, se infiere claramente que pretenden la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción y la educación, buscando el compromiso de las autoridades para que las acciones se determinen con los diversos actores de modo concertado para ser más coherentes y útiles a las estrategias de promoción de la salud.

Los talleres confirman también la fragmentación de los servicios de salud y que la pesquisa institucional mostró. De modo sencillo, los señalamientos de la gente apuntan al centro del problema cuando dicen: *para cada cosa hay que ir a uno distinto...*

En este menester tienen acumulado un buen capital: reconocen los espacios donde deben moverse y los vínculos que deben tramarse para obtener lo que buscan. Es la forma en que, a su modo, incrementan su capital social.

A la hora de valorar discriminan entre los programas del Ministerio de Salud Pública; así por ejemplo, el Subprograma de Postas y los de PROMIN (en los barrios en que funciona) están bien acreditados desde la percepción de los vecinos que otros programas como son los de provisión de medicamentos o de leche para consumo infantil (Maternidad e Infancia).

En un orden más general y como balance del andar, la gente se refiere a la endeblez y dispersión de algunos programas oficiales (municipales, provinciales o nacionales) recaídos en los barrios que se disparan a partir de estas organizaciones de voluntarios

autónomos, cuyo principal recurso es su capacidad de movilización y activismo. Cuando estas iniciativas se estancan por causas institucionales, los grupos de base deben afrontar ante sus vecinos parte de la responsabilidad por la frustración. Algunos participantes de las reuniones recuerdan experiencias en que las agencias oficiales con proyectos comunitarios aplicados en los barrios, antes que afirmar la participación integrada de las organizaciones locales ya operantes en el barrio, tienden a funcionar en forma paralela a o se articulan con la dinámica de las divisiones internas y entre partidos políticos. Sobre este punto, las opiniones son disímiles.

Algunos representantes de grupos vecinales no ven con gusto la dinámica de funcionamiento de los partidos políticos involucrada con la gestión de los programas sociales aplicados en los barrios. La acción política -como es razonable- no concilia opiniones, pero todos reconocen que es fuente potencial de conflictos y que hace más difícil la tarea de integración comunitaria. Pero *saben* que con frecuencia es la vía más rápida de provechos, especialmente cuando se trata de atraer servicios o conseguir trabajo.

En los barrios Sesquicentenario, Santa Rita y Parque Adam, se mueven varios grupos que logran trabajar juntos en varios proyectos simultáneos y complementarios. Se están dando experiencias interesantes con intervención de entidades ONG y G concurrentes que lograron diseñar proyectos multipropósito de amplia cobertura comunitaria (ver estudio de caso de Parque Adam y Santa Rita).

En las vecindades más activas, no solo crece la conciencia de que el problema de la salud no se acaba en la demanda de más y mejores servicios del MSP, porque hay factores medio- ambientales, culturales y laborales múltiples y enlazados que vulneran la salud. Este enlace que parece obvio, no lo es tanto; solo cuando emprenden acciones colectivas aprenden a reconocer las tramas y a

detectar que cosas pueden hacerse desde la propia iniciativa vecinal.

Existe un buen capital social en los barrios que aún con dificultades luchan por mejorar sus condiciones de vida. Es un recurso valioso para la realización de acciones mancomunadas entre Organismos Públicos, Privados y organizaciones de base a los fines de encarar proyectos de salud en un nivel superior a las restringidas metas en torno a las cuales son convocados actualmente.

ENTREVISTAS A FUNCIONARIOS DEL AREA DE SALUD

Para el desarrollo de las entrevistas se seleccionaron referentes de las principales áreas del Ministerio de Salud de la Provincia, entendiendo que ellas conforman el núcleo del modelo de atención de la salud en la ciudad de Posadas:

Dirección de Epidemiología

APS . Zona IV de Salud

APS : Departamento de Maternidad e Infancia y el

APS: Sub-Programa de Postas de Salud

PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición).

A grandes rasgos se describen las funciones que cumplen en el organigrama Ministerial:

*Dirección de Epidemiología*²,

Integra el sistema nacional de vigilancia epidemiológica y es el área técnica responsable de la colecta de datos, el monitoreo y la evaluación de la ejecución de los programas epidemiológicos que tienen que ver con las distintas enfermedades y patologías emergentes y reemergentes que afectan a los misioneros; puede ser considerada como esencial e insustituible del sistema de salud de la provincia ya que es a través de esta área que podemos conocer de que nos enfermamos y en que situación de salud nos encontramos..

La herramienta fundamental del sistema de vigilancia epidemiológica esta dada por la planilla C2 de notificación semanal.

2 La epidemiología es una disciplina cuyo objetivo es el estudio descriptivo y analítico de la salud-enfermedad como fenómeno no solamente biológico sino también social. "Epidemiología de San Martín, Martín y Carrasco", 1986

APS - Zona IV de Salud

Dirige las actividades asistenciales en los centros de salud, de maternidad e infancia, de saneamiento ambiental, salud mental, educación sanitaria e inmunizaciones, es decir que propende a la integralidad de la atención de la población, comprendiendo las actividades de promoción, prevención y de educación para la salud; Dirige el plantel de agentes Sanitarios que operan en los barrios de la ciudad. La Dirección de la IV zona desempeña un rol de tipo administrativo, en tanto que la coordinación de A.P.S. cumple un rol de tipo operativo para asegurar las actividades de atención de la salud en los centros de salud que dependen de dicha zona.

APS -Maternidad e Infancia, a su vez, destinado a las mujeres embarazadas y al niño hasta los 5 años de edad, el eje principal de este programa esta dado por la dación de leche a la población beneficiaria (financiado por la Nación), estimulación de la lactancia materna, control de crecimiento y desarrollo, control y atención de las enfermedades prevalentes (diarrea, infecciones respiratorias agudas, etc.).

APS -Postas de Salud

Es un sub-programa de Maternidad e Infancia que organiza y administra la tarea de un numeroso grupo de voluntarias para el desarrollo de actividades comunitarias preventivas y de primeros auxilios en los barrios de la ciudad de Posadas.

PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición).

Es un programa del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, destinado a la mujer embarazada y al niño -con apoyo y financiamiento del BIRF- cuya sede física es el Ministerio de Salud de la Provincia. Involucra y comprende en sus acciones a los Ministerios de Educación, de Bienestar Social y a la Municipalidad

de Posadas (para el sub-proyecto Posadas) estructurados en una Unidad Ejecutora Provincial. En el caso de la capital, es importante resaltar que el modelo de atención de la salud ha sufrido notables cambios a partir de la implementación y de la incorporación de los distintos instrumentos y modelos de gestión que son propiciados por el PROMIN.

ENCUADRE INSTITUCIONAL

Las entrevistas insinúan que entre los funcionarios profesionales la apreciación de la organización del sistema de salud no es coincidente. Desde la apreciación abierta y crítica de algunos, la descripción se desplaza en otros hacia el enunciado formal de metas, procedimientos y resultados. Como era razonable esperar, hubo cautela en el tratamiento de los temas. El momento de la encuesta resultó lamentablemente inoportuno, pues coincidió con etapas de transición política. Es por ello, que aplicamos especial cuidado y demoramos un tanto para elaborar conclusiones.

No se observa claramente que esté dentro de las estrategias actuales del sistema de salud local un pasaje hacia el establecimiento de la necesaria interrelación de los diversos aspectos que influyen en la salud con la intervención comprometida de todos los sectores, tanto políticos, como económicos, culturales, sociales y medioambientales, enlazados en una estrategia vincular que tienda a consolidar una comunidad sana, que, para ser sustentable, demanda este escenario.

No obstante, el balance intrainstitucional, muestra que hay simientes para instaurar un replanteo de la cultura organizacional que rige hoy, donde aún está funcionalmente consolidado un modelo operativo donde predomina la orientación médico-asistencial que a pesar de

los diversos diseños de reestructuración funcional se mantuvo fragmentario y verticalizado

Hay intentos sectoriales en APS y más sistemáticos en el PROMIN, de reorientación de los servicios de atención sanitaria con el objetivo de promover la salud en el sentido que proponemos. Se perciben actividades que se orientan hacia el apoyo a las personas para desarrollar su habilidad de mantener y mejorar su salud y el refuerzo de la acción comunitaria promoviendo la participación ampliada.

La experiencia directa con los informantes institucionales y estudios antecedentes muestra que el sistema de salud lidera tímidamente la construcción de este proceso, sin profundizar en la apertura de canales para incorporar a las instituciones y miembros de la comunidad hasta el nivel de las decisiones sobre el futuro sanitario de la ciudad.

Incluso, internamente, los cambios que se perciben permanecen encapsulados sectorialmente, hay poco espacio para el intercambio y para la reflexión de consuno ante un entorno cada vez más cambiante cuyo principal motor está en el crecimiento demográfico de la ciudad con el tendal de secuelas de difícil contención que provoca.

Con respecto al problema de las estadísticas, las reflexiones desde la Dirección de Epidemiología esclarecen bastante el tema, y los recaudos para resolver las falencias actuales:

Una de las normas más claras y sobre la que menos discusión existe en nuestro país se refiere a la colecta de datos, al igual que el monitoreo y evaluación de la ejecución de los diversos programas epidemiológicos (...) La actualización es periódica y obligada por los avances informáticos y de comunicaciones, como así también por la aparición de patologías emergentes y reemergentes en la región (...) Los datos reunidos actualmente y que se desagregan hasta el nivel de Departamento político Provincial, actualmente están teñidos de sesgos y enmascaramientos no definidos, por lo que par el

año 2000 y aprovechando el censo nacional dicha información deberá ser desagregada hasta el nivel del municipio (...) Los datos son suficientes para la toma de decisionesy se distribuyen periódicamente entre el personal (...) Los operadores locales no procesan información Solo registran la información desagregada por unidad (Paloteo); todos estos datos son consolidados, tabulados y analizados en cada escalón subsiguiente (....) Trimestralmente se imprime el Boletín Epidemiológico y de cobertura de Inmunizaciones desagregado por Departamento (...) Nos queda como deuda una mayor celeridad en la recepción de la información que será resuelta seguramente, con la implementación del Programa Vigi-A, para informatizarlo en red a partir del año 2000 (Marzo - Abril) y con financiación del Banco Mundial.³

Resumimos algunos extractos de las entrevistas, para pasar luego al comentario integrado (tabla resumen en páginas siguientes)

CONCLUSIONES

Existiría en general para los distintos programas un plan de acción y de objetivos a alcanzar desde el punto de vista formal y específicamente en algunos casos se implementan según pautas fijadas desde el gobierno nacional que lo financia.

En cambio en otros se trabaja en la apoyatura para la concreción de las metas fijadas, como en el caso de A.P.S. si bien se remarcan los límites referidos a la escasez de recursos con los que se cuenta y en otros la permanente negociación que deben realizar para llevar adelante los programas.

Las actividades que se realizan obviamente son registradas pero se advierte laxitud en las instancias de monitoreo y evaluación ajustadas debido a que los desempeños y los resultados –aun

³ Entrevista al Director de Epidemiología
Oa de la Pcia. de Misiones, noviembre de 1999.

dentro del esquema médico-asistencial predominante- no pueden contrastarse sobre la marcha con los datos estadísticos de salud consolidados por el atraso en los procesamientos; específicamente en APS-Zona IV de Salud se menciona que maneja estadísticas de un año atrás y reclama la informatización : *el proceso se va de las manos no se pueden generar bases con datos de los CS.* En el PROMIN se destaca : *solamente en aproximadamente el 30% de los centros de salud se puede recabar la información...* Para obtener una visión estructural de la comunidad atendida en materia sanitaria la optimización de este recurso es imprescindible. Pero el déficit estaría pronto a ser resuelto con la implementación prevista del Programa Vigi-A, para informatizarlo en red a partir del año 2000 (Marzo - Abril) y con financiación del Banco Mundial⁴

Respecto de la cantidad de recursos humanos disponibles, no hay coincidencia en la apreciación; mientras desde APS –Zona IV (=3 subzonas: Area Oeste (con cabecera en Hospital Zona Oeste); Area Hospital Madariaga (comprende hasta el Barrio Ñu Pora); Area Hospital Carrillo (Itaembé Mini). Advierten sobre una escasez generalizada en todas las profesiones (ver entrevista).

Aquí, con relación a la tarea estrictamente vinculada a la promoción de la salud y desarrollo de la prevención se instala un dato cuantitativo que muestra la precariedad en que se opera en esta temática: distribuídos en esas tres zonas, trabajan solamente 24 agentes sanitarios con relación directa del médico a cargo del centro de salud barrial. Cada agente opera en un radio de alrededor de 15 manzanas, tomando como centro de referencia el periférico correspondiente de la zona. Hay que tener en cuenta que en los últimos años, por falta de recursos, el plantel de agentes sanitarios no se ha incrementado y esto implica que se tienda a agregar

⁴ entrevista al Director de Epidemiología

manzanas o zonas al agente más próximo al lugar, lo que generalmente sucede en los casos de asentamientos recientes. Concretamente, para esta importante tarea de resguardo hay menos de un (1) agente sanitario en terreno por cada centro de atención en la ciudad.

Desde el PROMIN, en cambio, se considera que el número de médicos es suficiente pero se recalca que el personal de enfermería, agentes sanitarios y administrativos para manejo de datos es insuficiente. Con relación a las tareas de promoción comunitaria asociadas al desarrollo de programas, solamente APS (en Maternidad e Infancia y el subprograma de Postas) y PROMIN (para el proyecto de desarrollo de Consejos Barriales) cuentan con pocos profesionales de disciplinas del campo social integrados al equipo médico.

Desde lo conceptual, también se observa el consenso generalizado de que la capacitación permanente de los agentes del sistema es sustancial y es un instrumento de cambio, no obstante ello nos queda el interrogante acerca de que grado de profundidad tienen los cambios operados en los últimos años. La evaluación del desempeño del personal es una cuestión que sustenta algunas incertidumbres ya que solamente en una de las áreas seleccionadas se ha podido apreciar que existan indicadores de tipo cuali o cuantitativo acerca del desempeño del personal. La Dirección de Epidemiología administraría indicadores de eficiencia y eficacia, según fórmulas de medición clásicas de metas/logros.

Se percibe una falta de extensión e integración de las experiencias y de la información entre sectores del sistema : esto quiere decir que cada programa o dependencia funciona como un área estanca –ya se dijo antes- , existe escasa o nula interacción y se subordina a las inquietudes y predisposición de los responsables que demandan decisiones sustantivas sobre el problema: *mejorando las redes para*

el trabajo intersectorial que hoy está restringido por áreas, se respondió, cuando se inquirió sobre como mejorar los servicios sanitarios de la ciudad; o bien: los operadores de los distintos programas tienen la percepción de que hay desorden...

Los diversos sectores consultados muestran que, internamente, intercambian experiencias y concluyen en modo más o menos sistemático sobre el estado de situación de las acciones a su cargo. En APS , tanto en la coordinación de Zona IV como en el subprograma de Postas, se convoca periódicamente a los vecinos usuarios del sistema para apreciar su evaluación de los servicios, sus inquietudes y necesidades, además de recibir adiestramiento preventivo; uno de los mayores inconvenientes señalados es la escasez de recursos (en particular medicamentos de primer nivel de atención), lo que dificulta la tarea ya que la demanda social no puede ser satisfecha. De alguna manera, esto ha incidido en el redireccionamiento de las funciones de las promotoras, orientándolas más a tareas de promoción y prevención que de asistencia. Observación: esta acotación es paradójica porque surge de la entrevista que por defecto de la provista de medios asistenciales, las promotoras son redireccionadas hacia lo que debería estar en la primera línea de su actividad.

Con menos frecuencia, participan de reuniones en los CS otros referentes barriales ligados a instituciones -como maestros por ejemplo o miembros de ONG que operan localmente-; del mismo modo, la experiencia de PROMIN con los Consejos Barriales iniciada este año apunta en la misma dirección pero con un enfoque más amplio (ver en estudio de caso).

La educación para la salud es uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva. Se la puede definir como *el proceso educativo que permite adquirir conocimientos sobre los problemas de salud y sobre comportamientos útiles,*

responsabilizando a los individuos y/o grupos en la defensa de su propia salud y la de otros. La educación implica el despliegue de diversas estrategias comunicativas. Pero, para ser efectiva, su organización y puesta en práctica es de ingerencia altamente profesionalizada, es decir que su éxito está muy ligado al empleo de métodos y técnicas especializadas. En otra parte de este informe ya explayamos sobre el problema de la comunicación y sus formas.

En APS y sus programas y en Epidemiología se declara la realización periódica de encuentros y talleres en los centros de salud y en escuelas -especialmente- donde se adiestra sobre saneamiento ambiental, vacunaciones, controles femeninos, nutrición, etc : *si, se realizan reuniones especialmente en escuelas y a veces con vecinos talleres, charlas,etc.....los distintos niveles de funcionarios participan en estas actividades. la pauta es la realización de encuentros desde los centros de salud a cargo del personal médico..... pero se destaca que tienen limitaciones: hay pocos recursos para realizar tareas continuas y sistemáticas de comunicación...(APS).*

Desde el PROMIN, se trabaja directamente con los padres de niños adscritos a los 25 Centros de Desarrollo Infantil (CDI) desplegados en la ciudad.

En cuanto a la utilización de medios de comunicación para la divulgación de temas sanitarios, todas las areas consultadas coinciden en la ausencia de una dependencia central especializada y coordinadora. Cada sector organiza y diseña sus mensajes, campañas, medios a emplear .

RESUMEN DE ENTREVISTAS FUNCIONARIOS DE SALUD

ENTREVISTADOR	APS	MATERNIDAD E INFANCIA (APS)	POSTAS DE SALUD	PROMIN
¿Existen procedimientos para medir el desempeño personal además de las metas? (características y maneras de actuar de los encargados de la ejecución del programa)	solamente las reuniones periódicas en los mismos CS,		el personal se halla motivado y la demanda de la población es permanente.	Como el trabajo es permanente y en equipo con reportes continuos, es posible conocer el desempeño personal.
Con referencia a las metas del programa; qué evaluación personal hace acerca del número de agentes médicos, enfermeras y paramédicos (de SP) que operan en la Capital?	faltan, médicos, paramédicos y enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, encargados de farmacias bariales de APS, agentes sanitarios	Como apreciación se estima que son suficientes para la atención del Programa	En lo que respecta al Sub.Programa existen actualmente 48 promotoras de salud que desarrollan su tarea en los distintos barrios de la ciudad.	cuanto al número de profesionales médicos es suficiente, no así en cuanto enfermeras y agentes sanitarios.
Qué apreciación general tiene acerca de la efectividad de las acciones que desarrollan?	dentro de las limitaciones, son buenas	Considera que son efectivas y positivas	las acciones encaradas en la mayoría de los casos son sumamente positivas.	.....
¿Cuáles son los principales reportes que recibe del personal sanitario en lo referente a respuestas de la población ante las indicaciones/propuestas de prevención?	informes mensuales de los as que trabajan en zonas de villas. (se refiere a los agentes sanitarios)	Existe un trabajo permanente y conjunto con los responsables del Programa de APS que permite ir conociendo las necesidades y demandas de la población beneficiaria.	Los reportes e informes surgen de los resúmenes elaborados por las Promotoras juntamente con los informes que se realizan en cada taller efectuado.	.....
ENUNCIE los cambios que serían necesarios para mejorar el desempeño de los agentes agentes médicos, enfermeras y paramédicos (incremento en el n°, capacitación, distribución, cambios funcionales, inserción institucional, etc) .		Existe unanimidad en cuanto a que la capacitación permanente es el mejor instrumento de cambio y mejoramiento.	La capacitación permanente de los agentes y promotoras es una actividad que no se descuida y que siempre esta presente.	Los cambios necesarios tienen que ver con la capacitación en servicio de los agentes y como se consigno anteriormente incrementar el número de enfermeras y agentes sanitarios.
¿Qué estrategias aplica usted para comprender mejor la situación real de los operadores?	supervisión de servicios reuniones en cada CS recepción de opiniones, quejas, etc. de la comunidad atendida en cada centro	No se requirió	.....	Desde el punto de vista personal se podría inferir de que los operadores de los distintos programas tienen la percepción de que hay <u>desorden</u>
¿Los datos reunidos por el personal sanitario u otros medios satisfacen las necesidades de información para evaluar el programa en curso? INDAGAR LIMITACIONES Y MEJORAS POSIBLES	es insuficiente, reclama la informatización, <i>el proceso se va de las manos...</i> no se pueden generar bases de datos en cada CS	Con la información obtenida se disponen de suficientes elementos para el análisis del programa y para la toma de decisiones.	Los informes obtenidos son suficientes para la evaluación del Programa	Los datos que son reunidos satisfacen a medias las necesidades ya que como la recolección se realiza con base sistémica, solamente en aproximadamente el 30% de los centros de salud se puede recabar la información por falta de personal especializado para la tarea.

ENTREVISTADOR	APS	MATERNIDAD E INFANCIA (APS)	POSTAS DE SALUD	PROMIN
¿Que actualización tienen los datos que maneja el responsable del programa?	el atraso (un año atrás y escasez de los datos procesados por el dto. de estadísticas : se limita al n° de consultas inmunizaciones prestaciones de enfermería		Los datos son actualizados y anualmente (este año en el mes de Noviembre) se efectúa la evaluación de las distintas actividades.	Con la HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR, implementada en los centros del PROMIN los datos se actualizan mensualmente.
¿Estos datos disponibles son suficientes para tomar decisiones sobre la marcha en tiempo y forma?	no		Con estos datos se pueden tomar decisiones y diseñar o coordinar distintas acciones que puedan ser importantes para la comunidad.	Los datos disponibles generalmente son suficientes.
Se distribuyen entre el personal del programa informes sobre la evaluación? Periodicidad, Medio	no		.....	Si; existen reuniones mensuales, se producen boletines y además se edita una revista con una reseña de las actividades realizadas.
INDAGAR sobre reuniones de evaluación interna, quienes intervienen, periodicidad que intercambio estamental se promueve en ellas,etc.	reuniones de equipo en cada cs solamente ; se invita a vecinos (no se mencionan reuniones entre equipos de diferentes CS)		En las reuniones intervienen las promotoras y los responsables del sub.programa, se coordinan los encuentros a través de la Lic. Miño y en la práctica no existen mayores dificultades para se concreción.	Las reuniones a las que se hizo referencia mas arriba sirven también para efectuar evaluaciones internas.
¿Qué procesamientos de rutina están fijados para los datos provenientes de los operadores?	planillas diarias de atenciones medicas pediatria y ginecoobstetria y clinica planilla de denuncia "c" prestaciones de enfermeria vacunaciones reportes de agentes sanitarios informe mensual		.....
¿Existen datos, reunidos por los operadores que no se hayan tabulado y analizado? ¿Cuáles son las limitaciones para este logro?	atraso general para la elaboración de indicadores		.....
Cuál es el último documento editado con datos sobre el desarrollo del programa? Que nivel de desagregacion de la informacion tiene ese documento?	informes para Convenio MSP/EBY (Yacyreta) resúmenes estadísticos atrasados		El último documento se refiere a las acciones desarrolladas durante el año 98 y está proximo a efectuarse el documento del año 99 en noviembre del año en curso.}	Existen procedimientos claros para la colecta de datos, con monitoreo y evaluación permanentes.

ENTREVISTADOR	APS	MATERNIDAD E INFANCIA (APS)	POSTAS DE SALUD	PROMIN
¿Sabe que tipo de coordinación real hay entre médicos, enfermeras, personal paramédico (AS) en los centros sanitarios?	reuniones intragrupo de cada centro de salud. capacitaciones periodicas (no se informa sobre interacciones <u>entre</u> los diferentes cs)		Las acciones son coordinadas en distintos niveles, cuando se requiere de algún tipo de servicio que pueda brindar el centro de salud, intervienen las promotoras refiriendo al paciente al centro y a su vez si no se puede solucionar en ese medio se lo refiere al Hospital o Centro Regional de Referencia, pero basicamente depende del criterio, del sentido común y de la lógica de los operadores, ya que no existen normas escritas que protocolaricen todos los pasos a seguir.	Como el trabajo es permanente y en equipo con reportes continuos, es posible conocer el desempeño personal.
¿Existe una dependencia central que coordine todo lo referente al desarrollo de las comunicaciones en materia de salud (publicidad y noticias) emanadas de este Ministerio?	documentos y campañas varias de educación para la salud comunicaciones específicas del promin para zona capital no hay un area específica de comunicacion		No existe una dependencia central que coordine las comunicaciones en materia de salud.	No. Cada area realiza su propia tarea de comunicación
¿Y del área bajo su responsabilidad directa? ¿ Hay un plan de acción comunicativo específico? es continua o coyuntural? SONDEAR)	Coyunturalmente, no sistemático radio.tv		Existen diferentes tipos de comunicaciones que son elaboradas en el Departamento de maternidad e infancia, que habitualmente es coyuntural.	.....
ENUNCIAR las principales estrategias/acciones/modos que se desarrollan en el campo de la comunicación vinculadas con los programas a su cargo.	desde APS hacia la comunidad talleres educativos de salud videos, charlas (nutrición, saneamiento ambiental, controles, vacunas, etc)			
¿Como aprecia la tarea que se realiza en este campo? Qué dificultades observa?	es limitada, hay pocos recursos para realizar tareas continuas y sistematicas de comunicacion			
¿Qué acciones específicas se llevan adelante desde los programas a su cargo en materia de educación sanitaria ?			Se realiza en forma continua sobre todo en forma de talleres con temas que interesan o demanda la comunidad (ej. E.T.S, lactancia , etc.)	
¿Cuales son las principales acciones educativas que tiene comprobadas que han mostrado <u>efectividad</u> para sustentar la salud de la población?	destaca logros en materia de consulta temprana sobre casos de diarrea infantil (no se evidencia evaluacion de resultados)		Los talleres, ya que han demostrado que ante temas de interés, estos quedan incorporados al conocimiento de la población.	

ENTREVISTADOR	APS	MATERNIDAD E INFANCIA (APS)	POSTAS DE SALUD	PROMIN
el gobierno espacio gratuito en los medios para la difusión del programa? (	si		No sabe	
¿Hay programas de comunicación a los maestros de escuela, autoridades locales, líderes comunitarios y otras personas/ organizaciones de influencia?	se realizan tareas conjuntas no sistemáticas. (no se evalúa )		.....
¿Dispone de estudios sobre la situación en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a la prevención de la salud?	No		No se dispone de indicadores cuantitativos	Estudios para el PROMIN desde la Fac.Hum.YCsSs de la UNaM
¿De qué manera se obtiene información sobre las reacciones, respuestas, actitudes, opiniones, demandas positivas o negativas de la población?	no se realizan prospecciones sobre el tema. solamente los registros de libros en CS donde la gente hace sus comentarios sobre el servicio			En las reuniones de equipo
En el programa a su cargo hay prescripciones referidas a la participación comunitaria para llevar adelante los objetivos?	si, se realizan reuniones especialmente en escuelas y a veces con vecinos (talleres, charlas,etc.)		Las reuniones entre operadores y organizaciones comunitarias son una constante	Si. Están en marcha proyectos piloto de creación de Consejos Barriales de Salud
En caso de responder afirmativamente: precisar el nivel de operadores con quienes donde se verifican tales encuentros y la periodicidad.	los distintos niveles de funcionarios participan en estas actividades. la pauta es la realización de encuentros desde los centros de salud a cargo del personal médico			
¿Tiene identificadas organizaciones sociales -no oficiales- que concurren en apoyo del programa? ¿Tiene relación directa con alguna?	menciona MAFRE (ong) con acciones conjuntas en b° sesquicentenario; apadrina el cs n°7 . opinión favorable. contacto frecuente para diseñar acciones. PROAME (proyecto Parque Adam) finalizó			
¿Se ha generado un espacio institucional para canalizar las acciones y propuestas de estas organizaciones? DESCRIBIR	Solo en los CS			A partir de los CB
¿Cuáles son los principales beneficios/logros que ha observado en las relaciones con estas organizaciones?	que la gente de los barrios se involucre con las propuestas de APS y con los CS			
¿Y las principales limitaciones?¿cómo podría mejorarse?	mejorando las redes para el trabajo intersectorial, hoy restringido por areas.			

EXPERIENCIAS BARRIALES EN PROYECTOS PARTICIPATIVOS : PARQUE ADAM Y SANTA RITA

Los proyectos implementados en los barrios Santa Rita en 1999 (y derivados posteriores) como en el Parque Adam durante cuatro años –y en fase finalización–, son buenas experiencias de acción participativa en un enfoque de desarrollo comunitario, que se ubican en un estadio intermedio, transicional pero dentro de lo factible actualmente. Son proyectos que arrancan desde la iniciativa de ONG y G (Casa de la Mujer y PROMIN) pero con una propuesta abierta a la construcción-reconstrucción del proceso desde los resultados y desde las nuevas visiones e iniciativas emergentes desde la gente participante. Ambos se ejecutan en barrios carenciados de la ciudad y se estructuran en torno a un amplio abanico de actividades comunitarias. Se trata de trabajos interdisciplinarios multipropósitos de promoción comunitaria integral que convocan a numerosas personas voluntarias y grupos vecinales. Con algunas variantes, los dos proyectos se enroscan dentro del modelo vertical desde el punto de vista de su origen en instituciones y bajados a los barrios como propuesta. Pero solo en esto, pues como forma de trabajo constituyen una propuesta sumamente motivadora y de alto grado de participación vecinal en las decisiones y orientación de los cursos de acción. Su característica central, en este sentido, es la de encararse como procesos abiertos que se reconstruyen de modo permanente durante su ejecución. Responde a un mecanismo de retroalimentación que deja experiencias muy ricas en la gente por cuanto además de la resolución de problemas específicos de sus barriadas, van cimentando fortalezas y potencialidades que se despiertan en la práctica.

ESTUDIO DE CASO 1

PROYECTO ADOLESCENTES Y NIÑAS MADRES.

DURACIÓN: cuatro años; en fase de finalización.

Forma parte del Proyecto de "Mujer y Salud" conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública de la Provincia, SIDA-LUSIDA," Fué elaborado por la O.N.G. "Casa de la Mujer. El equipo ejecutor del proyecto fué financiado con fondos del BID y se integró con Trabajadores Sociales, tres médicos especialistas, un psicopedagogo y un profesor de educación física, ademas de alumnos de Trabajo Social de la UNaM .

El Parque Adam, está ubicado a unos 3 km. del centro de Posadas, Es un asentamiento humilde muy cercana a la Rotonda de acceso a la ciudad donde las empresas de transporte contratan peones para carga y descarga de mercaderías. Las casas son precarias: paredes de madera, pisos de tierra y/o de ladrillos y techos de chapa de cartón, letrinas, calles de tierra con zanjas abiertas, aguas estancadas y microbasurales; el agua potable es de canilas públicas, La iglesia católica "Caacupé puso en funcionamiento una escuela secundaria con cursos nocturnos en oficios para adultos. Mantiene un comedor comunitario para de 300 personas diarias. Un grupo de jóvenes provee apoyos alimenticios, vestimenta, y ayudas familiares.

Salud : Algunas de las patologías que se presentan como preponderantes en esta comunidad están relacionadas directamente con enfermedades propias de la pobreza. Entre ellas están la bronconeumonía, deficiencia de la nutrición, septicemia, meningoencefalitis y diarrea. Para la atención sanitaria, la población asiste al Centro de Salud de Villa Flor que dista 700 m. aproximadamente.

El objetivo principal definido al inicio fué la promoción de la disminución del embarazo adolescente, aunque en el devenir de las acciones definidas en el mismo, y ante necesidades barriales que fueron surgiendo, se incorporaron nuevas metas sobre la marcha conforme con la metodología participativa que caracterizó el proyecto . La metodología implementada adopta diferentes estrategias, según el aspecto que se trabaja. No obstante, responden a una misma concepción participativa y de promoción de la autogestión . En diversos escenarios se fueron concretando dinámicamente actividades previstas y emergentes: Talleres de discusión y elaboración de propuestas, encuentros grupales de contención , visitas domiciliarias de captación, capacitaciones varias, atención en consultorios con enfoques preventivos sobre embarazos, prácticas en huertas familiares, actividades recreativas con niños y jóvenes, etc.. Ha habido una combinación de éstas modalidades casi en forma permanente durante la ejecución del Proyecto.

COMPONENTES Y ACTIVIDADES PERMANENTES

- Asistencia y control medico en consultorio (visitas domiciliarias o recorrido barrial)
- Alimentacion y control a niños desnutridos
- Atencion y control embarazo, parto, lactancia
- Educacion sexual
- Educacion para la salud, talleres sobre seguimiento de embarazo parto y lactancia
- Apoyo escolar
- Actividades recreativas, deportivas y artísticas: (talleres de trabajos en vidrio, talleres de cesteria, talleres de cocina educacion física, talleres de teatro)

- Prevision social y promocion de derechos
- Talleres de capacitación de promotoras

Promotoras comunitarias = Mujeres capacitadas por el Proyecto en atención primaria de enfermería y primeros auxilios, atención a los menores que asisten al comedor comunitario para el almuerzo y la merienda, actividades preventivas, campañas de control del embarazo, vacunación, invitaciones para eventos , talleres de capacitación en cestería y trabajo en vidrio. Se atienden casos de madres adolescentes, madres carenciadas por abandono del jefe de familia, violencia familiar, discapacitados, niños maltratados, ancianos abandonados, niños enfermos, adolescentes y jóvenes que solicitaron asesoramiento, jóvenes involucrados en casos delictivos y drogadependientes.

El logro mayor ha sido la organización comunitaria en tanto creación de espacios de participación de los pobladores y toma de decisiones respecto a las alternativas de superación de sus situaciones-problemas. Se consiguió disminuir la situación de riesgo de los menores y adolescentes, desterrando la desnutrición en las madres adolescentes embarazadas, fortaleciendo nutricionalmente a niños, capacitando a hombres y mujeres del barrio en gestión y organización comunitaria, realizando capacitaciones en artes y oficios, induciendo cambios alimentarios y desarrollo de huertas familiares,etc

Actualmente, y terminando la última etapa del Proyecto, se consolida el fortalecimiento institucional de las organizaciones promovidas a los fines de sustentar la autogestión. Las Organizaciones de Base viven un proceso de fortalecimiento de la red de relaciones entre grupos formados dentro de la comunidad y con Organizaciones similares cercanas, O.N.G. y Organismos del estado, tanto en el área educativa (Escuela), de salud (Centro de Salud y PROMIN)

como Municipalidad y Ministerio de Bienestar Social, Mujer y Juventud.

ESTUDIO DE CASO 2

PROYECTO PROMIN: "Educacion y promocion de la salud", subproyecto Posadas

El Proyecto surge de la U.C.P. (Unidad Central de Programas) para comenzar a desarrollar una línea de trabajo desde el PROMIN que promueva la participación comunitaria en el proceso de transformación de la modalidad del servicio de atención en los efectores bajo el Programa (n=18 en Posadas). En la U.E.P. (Unidad Ejecutora Provincial), se consideró oportuno realizar una primera experiencia con carácter de "piloto" para luego y como producto de una evaluación estudiar la posibilidad de su reproducción en el resto de las comunidades atendidas.

Se seleccionó el B° Santa Rita como el lugar más apropiado para comenzar porque ésta se encuadraba mejor en los criterios seleccionados, ya que tenía varios elementos facilitadores para la ejecución del Proyecto.

Se asignaron recursos humanos técnicos y con experiencia en la promoción comunitaria que en un primer momento plantearon un Taller participativo comunitario a los fines de hacer una aproximación diagnóstica sobre las problemáticas más sentidas de la comunidad en la temática salud. Para dicho Taller fueron invitados todas las organizaciones de base existentes en un radio de 8 cuabras alrededor del Centro de Salud, así como todas las O.N.G. e instituciones del Estado que operaban en la zona.

Dicho Taller se realiza en el mes de Marzo arrojando la información de que la problemática de la basura era la situación más compleja que atravesaba dicha comunidad. Además, en el mismo Taller se logra conformar un grupo de base con vecinos que participaban en diferentes organizaciones e instituciones.

Desde el PROMIN, en tanto, se buscaba en el mediano y largo plazo conformar un Consejo Barrial de Salud en la comunidad a los fines de que éste pudiera canalizar toda la problemática sanitaria. Sería un espacio de participación y organización comunitaria, de trabajo mancomunado, colectivo y de racionalización de recursos existentes en el Barrio.

El grupo de base logra crear su sentimiento de pertenencia e identidad propia dentro de la comunidad y se autodefine como Grupo Solidario de Salud, elabora una cartilla sobre la problemática de la basura que era su mayor inquietud inicial y promueve y difunde propuestas de cómo mejorar la situación.

Paralelamente y en articulación con el Centro de Salud, el Centro de Desarrollo Infantil (C.D.I.), la Escuela y la Iglesia Católica (Pastoral de la Salud de la Capilla del Barrio) deciden conformarse como Consejo Barrial de Salud.

Este Consejo realiza diferentes actividades, como ser:

- ⇒ Jornada comunitaria sobre SIDA y sobre Nutrición
- ⇒ Talleres de costura para madres embarazadas y de carpintería para armado de cunas en el Centro de Salud con instructores de la propia comunidad..
- ⇒ Control del cronograma de vacunación de niños.
- ⇒ Captación de adolescentes embarazadas sin control prenatal.

⇒ Articulación con el Programa Pro-Huerta del INTA a los efectos de promover la creación de huertas orgánicas.

⇒ Cuidado de la higiene barrial. Tratamiento de basuras.

Desde el PROMIN, la estrategia metodológica ha sido el de acompañamiento en terreno con la concepción pedagógica de la educación popular y comunicación popular, buscando siempre que los diferentes actores sociales involucrados sean protagonistas centrales de las acciones que se desarrollaban, cumpliendo el técnico del Programa un rol de promotor-educador como así también de guía en los procesos de reflexión sobre la práctica social en desarrollo. El recurso humano técnico especializado en promoción comunitaria, a partir del segundo semestre del corriente año ha venido cumpliendo un rol de capacitador de capacitadores en dos instancias: acompañamiento en terreno y espacios de reflexión sobre la práctica.

El PROMIN, ha podido así multiplicar sus acciones del Proyecto de referencia en diferentes territorios, facilitando la apropiación de la comunidad de los espacios institucionales de salud (Centros de Salud), así como movilizandolos a la comunidad en acciones de autogestión y organización sobre la temática salud

Se realizó una 1º evaluación a mediados de 1999 donde se vio la necesidad de redireccionar y ampliar los territorios de trabajo. Se agregó al proyecto a cinco barrios incorporando capacitadores de salud siendo ellos los responsables de llevar adelante las tareas de promoción en terreno

1. Santa Rita (continuar)
2. Itaembé Mini
3. Bº Yacyretá (A.1)
4. Villa Flor

5. Sesquicentenario

6. Los Paraísos

En lo que lleva de ejecución el Proyecto se han encontrado varios obstáculos relacionados con la desmovilización de la población, escaso involucramiento de los agentes de salud (salvo las Postas de Salud) y reistencias dentro del propio PROMIN respecto a la participación comunitaria en tanto dicha participación significa ocupar espacios de decisión en relación al funcionamiento del efector. El Proyecto sigue su marcha a pesar de todos los obstáculos y se están generando interesantes movidas en algunas comunidades:

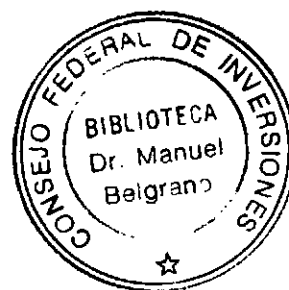
Los Paraísos es un Barrio que queda casi en el límite con el Municipio de Garupá, detrás del Tacurú Golf Club. Su Centro de Salud depende de la Municipalidad. Es un Barrio que no posee agua potable y a partir del desembarco del Proyecto se movilizó a la comunidad en el reclamo por la red de agua, relacionando su falta con las condiciones precarias de salud de algunos de sus vecinos (contaminación, diarrea, desnutrición, etc.). Se presentó una nota a SAMSA solicitando una reunión comunitaria con sus representantes técnicos con más de 400 firmas).

Villa Flor se encuentra en la Chacra 28 y su Centro de Salud cubre las zonas marginalizadas de las Chacras 25 – 26 – 222 y Parque Adam entre otras. En ésta comunidad se realizó un Taller Diagnóstico con diferentes actores sociales (Organizaciones de Base como Comisiones Vecinales, Comedores, Grupos de Madres, Promotoras barriales de salud, Escuela, Centro Promocional del Menor dependiente del Ministerio de Bienestar Social, Guarderías, la Entidad Binacional Yacyretá que atiende a la población afectada, Iglesia Católica, etc.) en la sede del Centro de Salud. A partir del

Taller se comenzó una articulación y trabajo en red entre el Centro de Salud y el resto de los actores centrando sus primeras actividades en la captación de embarazadas para su control prenatal como así también en el intercambio de información sobre la población que cada uno asiste a los fines de no superponer acciones y racionalizar recursos.

Sesquicentenario es una comunidad que se encuentra en la parte sur de la Ciudad luego del A° Zaimán. En dicha comunidad existe una red de organizaciones de base (Comisión Vecinal, comisión de Madres, Grupo de Postas, Escuela, etc.) y desde el Proyecto se está impulsando el involucramiento del Centro de Salud a dicha red.

Yacyretá es una comunidad de relocalizados por la EBY que posee un Centro de Salud con un servicio más completo que los Centros de Salud existentes en la mayoría de los Barrios de Posadas, aunque no llega a ser un C.R.R. (Centro Regional de Referencia) que posee una mayor complejidad en su atención (Bioquímicos, Farmacia, etc.). Desde el Centro se están desarrollando acciones extramuros en la Chacra 128 (B° PAM) a través de charlas educativas al Grupo de Madres sobre nutrición, cronograma de vacunas, prevenciones medio ambientales. Está en elaboración por parte del propio grupo de base de una cartilla sobre hábitos alimentarios. Sobre seis , un profesional médico y los Agentes Sanitarios del Centro se han involucrado en las acciones. Se comenzó a articular con la Iglesia Católica (Parroquia San Cayetano).



Una reciente reunión regional (NEA) del PROMIN destacó como uno de los temas principales que mayor desafío produce al Programa el de la sustentabilidad de los objetivos y de los logros en la transformación en la modalidad del servicio. En éste marco, se vio el trabajo comunitario como una de las alternativas claves para ello, destacándose los avances en el Proyecto de referencia ejecutado en Posadas.

Tarea 7

EVALUAR POSIBILIDADES Y AMENAZAS DE CADA ZONA A PARTIR DE EXPERIENCIAS ANTERIORES Y PONDERAR LA POSIBILIDAD DE REACCION ANTE UNA SITUACION DE ALERTA EPIDÉMICA. ALERTA Y CONTROL

El objeto de las operaciones de control ante emergencias es detener las epidemias o al menos disminuir su intensidad. La mejor preparación para responder a las emergencias epidémicas es un programa eficaz, sostenible y sistemático que apunte a mantener bajos los umbrales de riesgo.

La diversidad de factores de riesgo que se describieron profusamente en el informe nº 1, permite anticipar que ante el escaso avance obtenido en los últimos años en materia de reducción del perfil epidemiológico negativo denunciado por los datos acumulados en materia de indicadores socioeconómicos, ambientales y específicos de salud, las perspectivas de enfrentar con éxito embates epidémicos se limitan a las medidas coyunturales que se prevén en materia sanitaria para tales eventos.

En este apartado enfatizamos la puesta en escena de información relevada en campo en estudios precedentes y referencias específicas recogidas para este trabajo que, a modo de indicadores, permiten tener una idea medianamente clara sobre el estado de la situación sanitaria urbana.

Estas referencias exponen, en gran medida, el riesgo latente en la población (específicamente la más humilde) y la capacidad de

humilde) y la capacidad de respuesta que los organismos de salud tendrían ante una emergencia. El tema 5: Coordinación Intersectorial muestra flaquezas notorias en el esquema operativo global del sistema local de salud incidiendo en la vulnerabilidad epidemiológica de la ciudad.

UMBRALES DE RIESGO

El verano ya instalado en Posadas, anticipa que la tarea preventiva y asistencial será ardua y el control exigirá campañas muy intensivas para lograr resultados aceptables. Entre los sectores carenciados - por las características de los lugares en que viven la temporada estival es muy amenazante.

Es saber positivo que la ciudad se encuentra altamente expuesta a la contaminación de cursos de agua superficiales y subterráneas, especialmente por la carencia de cloacas y los numerosos arroyos urbanos donde se descargan excretas y residuos, además de la proliferación de basurales.

Un reciente proyecto de ley pretende:

“planificar soluciones mínimas para la emergencia sanitaria por la que atravesará la población como consecuencia de la grave crisis que se anuncia en el servicio de agua potable de la ciudad de Posadas (...) Las napas subterráneas están contaminadas y los líquidos cloacales contaminan los arroyos que recorren los numerosos barrios...precocupante, por los niños que juegan en tales aguas El proyecto de ley pretende además ...que el Poder Ejecutivo Provincial acuerde con la Municipalidad y con la empresa concesionarias SAMSApara desarrollar un plan de Acción para la Emergencia Sanitaria. Este incluiría la identificación de áreas y barrios prioritarios, la organización de servicios de emergencia...una campaña pública

de prevención sobre los riesgos (....) la erradicación de basurales clandestinos y el control estricto del uso responsable del agua potable...”¹

Un detallado conteo realizado en 1997 por agentes sociales de la Entidad Binacional Yacyretá en el entorno de una población de alrededor de 3000 familias residentes en zonas afectadas por la represa , mostró el siguiente cuadro de resultados:

Letrinas	2971
Canillas Públicas	101
Micro basurales	82
Macro basurales	13

Fuente: Equipo técnico Area de Relocalizaciones, EBY, abril 1997

El plano adjunto muestra la distribución de los llamados bolsones de pobreza en la ciudad de Posadas.

Sumado a esto, un alto y constante crecimiento poblacional proveniente de migraciones internas hace que los centros de referencia sanitaria no están preparados para contenerlas; hay coincidencia en las menciones de médicos, enfermeras y población sobre la presión de demanda que padecen. Esto hace que los valores de necesidades básicas insatisfechas se vean acentuados sin un horizonte de mejoramiento en tiempo prudencialmente corto.

Por ejemplo, la divulgación de datos sobre los índices de peso y talla (incluidas en informe nº1) están demostrando a las claras que deberán ser intensificadas las políticas de atención de la población de menores recursos, y especialmente las relacionadas con la salud y la vigilancia epidemiológica, porque la ecuación pobreza - enfermedad se ha agudizado.

¹ Diario EL TERRITORIO, 29 de noviembre de 1999

Los indicadores de morbilidad en la ciudad de Posadas, no difieren en general de los de la provincia, pero, "cuando se pretende profundizar el análisis de la información descentralizando la tarea para acercarla a los niveles operativos de las áreas de focalización, es cuando se comprende en su verdadera dimensión la falta de un adecuado programa de vigilancia epidemiológica"²

En la Capital se mantiene un alerta epidemiológico por la presencia del dengue, paludismo y leishmaniasis en zonas cercanas. La Subsecretaría de Salud afirma que la situación se agrava por la condición crítica del Paraguay, donde se habrían detectado brotes muy significativos afectados por el plasmodium, vivax y falciparum.

En este marco y comparando datos habrían caído los casos denunciados de sarampión, diarrea y meningitis. Excluyendo a la diarrea que es una enfermedad socialmente asociada con la pobreza en sus índices más altos, otras patologías con predominio entre indigentes registran aumentos: por ejemplo lepra, tuberculosis, sífilis³ y blenorragia. Este aumento de las venéreas alarma en cuanto al HIV, de difícil detección masiva por estar al margen de los análisis de rutina. En el caso de las bronconeumonías, el reciente inicio de las actividades sobre infecciones respiratorias agudas hace que aún no esté perfeccionado el registro de casos.

En las entrevistas con funcionarios y profesionales de la salud se reiteraron menciones sobre la probable deficiencia en las tasas de incidencia de patologías de denuncia obligatoria especialmente por la información proveniente de la atención privada.

Noticias provenientes del Paraguay, dan cuenta que el Departamento de Itapúa y específicamente la vecina ciudad de

² PROMIN –Proyecto Misiones, Subproyecto POSADAS, Tomo 1 pag. 119

³ últimamente ha cundido el alerta por la sospecha de una elevación en la incidencia de sífilis a nivel urbano, por cuanto se habrían registrado un alza en los valores relativos de casos detectados en el Hospital Madariaga

Encarnación, tendría una de las tasas más altas de incidencia de este mal en el país fronterizo. La respuesta preventiva ante este avance no estaría resultando; este grupo de enfermedades muy asociadas con la pobreza requieren de un trabajo arduo y casi imposible dentro de las actuales pautas de acción social según vimos en el punto anterior. Está claro, que casi la única forma de evitarlas es con el uso del condón. Si bien es verdad que hay razones culturales y actitudinales que lo rechazan, hemos advertido en estudios que realizamos con anterioridad que su uso en los estratos pobres es aún más restringido porque su precio es restrictivo; creemos que esta es una razón de peso para mantener dominante el riesgo.

CAPACIDAD DE RESPUESTA

En todo estudio institucional se encuentran dificultades para encontrar cierto tipo de datos que confirmen cuestiones que están en el conocimiento experiencial de los actores; una de ellas es la reiterada mención por profesionales -internos y externos al MSP- sobre el subregistro de datos epidemiológicos por el incumplimiento de la obligada denuncia de casos. Por las razones que fuere, la medicina privada es la más mentada en esta deficiencia y la oficial es indicada como contribuyente al problema por la mala calidad o atraso en la producción de la información respectiva.

Una de las prioridades en materia epidemiológica es utilizar estratégicamente la identificación de riesgos y daños a la salud mediante la sistematización de la información que permita apoyar la toma de decisiones y orientar las medidas de prevención y control para garantizar la salud de la población, logrando que las acciones que se generen al nivel local se realicen en forma oportuna y eficaz

anticipando los futuros daños a la salud principalmente de los grupos más vulnerables.

Las normativas deseables divulgadas desde la OMS insisten en que las áreas de epidemiología y de estadísticas deben estar directamente vinculadas para actuar de consuno. Redunda contra esta normativa la ponderación negativa que se hace de los sistemas de estadísticas de salud que opera con limitaciones restrictivas de su eficiencia y con generación poco eficaz de resultados en consecuencia. La capacitación arroja dudas y el equipamiento es insuficiente. Los datos se acumulan en planillas de registro que generalmente se procesan con mucho atraso, careciéndose de la indispensable información debidamente procesada para incorporarse al esquema de administración de los sistemas con la celeridad requerida. Las estadísticas confeccionadas de este modo, son más útiles para mirar hacia atrás antes que para decidir sobre la marcha.

Porque es tan importante el buen manejo estadístico ante situaciones de alerta epidémica? ; porque ello permite evaluar la capacidad de respuesta y de contención del problema en las coyunturas. Permite establecer diagnósticos situacionales que evalúen con mayor grado de ajuste el riesgo real a que se encuentra sometida una población. Datos actualizados y bien administrados en su manejo, además, facilitan las decisiones correctas y ayudan a economizar recursos cuantiosos que se vuelcan masivamente en las emergencias respondiendo con campañas de *saturación*.

En el MSP (APS, Epidemiología) y en programas específicos no dependientes como el PROMIN se logran construir actualizaciones, *hacia adentro y para su uso*, produciendo datos cuyos resultados no se ha detectado que sean insumos diligenciados con fluidez hacia el interior del sistema de salud gubernamental. Este es solo un indicador más de la fragmentación operativa del sistema global

No obstante, es preciso aclarar cuestiones sustanciales que darán cuenta del real estado de cosas; especialmente se tendrán en cuenta estudios recientes que facilitan la visión presente.

La situación de emergencia por definición debería generar una movilización articulada de todos los recursos del sistema aplicados a su resolución. Lo que en este estudio y otros precedentes surge a nivel del diagnóstico operativo, es que hay fragmentación y desconexidad, indicativo de un modelo operativo desarticulado que probablemente incida negativamente en la administración eficiente de los recursos e incremente los riesgos.

La percepción de la organización interna del MSP es la de estanqueidad, de verticalidad en su estructuración real – no así en su formalidad-. Se observa poca integración horizontal, incluso hasta desconocimiento por parte de funcionarios de las actividades y la situación en otras áreas; la unificación del sector gubernamental de salud requiere ajustes ineludibles en materia de gestión organizacional. La apertura socializante hacia la comunidad es una misión imposible sino se resuelve este punto con antelación.

No se trata solamente de la capacidad de reacción del sistema sino también del influjo negativo –para responder ante situaciones de emergencia- significado por la carencia de una política sólidamente concertada en materia de educación sanitaria de la población. Se sabe que esta es una de las razones por las cuales en las coyunturas críticas el alerta se potencia y es tan intensa la movilización de recursos para responder con eficacia.

En este marco los esfuerzos pueden sobredimensionarse y quizás sean más costosos; pues se debe atender el problema con un referente poblacional que, en sus estratos inferiores, es aún más vulnerable por las limitaciones que tiene para enfrentar los problemas de salud en lo que éstos tienen de raigambre cultural

conducentes de actitudes y practicas sanitarias cotidianas que los exponen al acoso de las endemias oportunistas. La preocupación por la salud, en la población, es alta pero esto no entraña estar en condiciones socioculturales objetivas ni subjetivas de aplicar mejores cuidados para no enfermar.

Un informe que realizamos en enero de 1997, dice⁴:

Sobre las campañas preventivas, los datos que obtuvimos nos muestran -más adelante- su lado positivo cuando la gente identifica algunas enfermedades como graves que coinciden con aquellas difundidas como peligrosas a través de los medios, pero son muy pocas las respuestas que identifican las causas y, por tanto su forma de prevención. En consecuencia, las enfermedades están allí... cuando deben describir las causas (de las enfermedades) vemos que solo el 38% son respuestas correctas y el 62% restante, lo hace incorrectamente (=11%) o responde que no sabe (=51%). Estas respuestas junto con las obtenidas para las enfermedades contagiosas son alarmantes por cuanto estas últimas solo fueron identificadas por 36 mujeres (...) la meningitis, reconocida como grave por 25 mujeres, ingresa a la categoría de contagiosa con esfuerzo solamente para 3 o 4 entrevistadas (...) Pero, no son citadas las enfermedades que se contraen por el contacto con el agua (no por beberla): las dermatosis varias y las enfermedades broncopulmonares que abundan y están muy relacionadas con un medio permanentemente húmedo o inundable (...) Solo el 36% toma precauciones con el agua para beber. El riesgo es evidente, por cuanto la mayoría se abastece en canillas públicas y, se sabe, en el traslado puede contaminarse fácilmente. Entre las enfermedades contraídas por los niños en el último año, el 20% padeció diarreas o parasitosis (...) El agua estancada y los micro basurales también son notorios en numerosos puntos de los barrios Lasa, Santa Rosa y San José. Los bordes del arroyo no pueden ser vistos por la presencia de malezas y bañados; además, el agua escurre poco por la falta de limpieza del lugar; en la cual los vecinos tienen mucho que ver pues arrojan basuras sin tratar. Las letrinas próximas a las viviendas, en muy malas condiciones, favorecen la proliferación de moscas; la gente dice que aumentaron los mosquitos, cucarachas, ratas y la contaminación de los pozos de agua.

Los microbasurales y basurales no solo se forman con deposiciones de vecinos sino también por otros usan los baldíos alejados para deshacerse de residuos domiciliarios y chatarras proveniente de empresas.

El estudio sobre pobreza urbana en Posadas es actualmente un referente inevitable para acercarse al tema en sentido amplio. Allí se da cuenta de las principales dimensiones que contextúan los asentamientos precarios y se tuvo en cuenta especialmente para el buen mapeo elaborado por agentes sociales relocalizadores de la EBY en 1997. Allí se muestran (actualizados hasta 1997) 42 nucleamientos de pobres detectados en la ciudad, en un área delimitada por el río Paraná (este y norte) y los arroyos Divisa (sur) y Mártires (oeste).

Los asentamientos de familias cercanos a los arroyos o formaciones de agua estancada es particularmente observado en los barrios de San Lorenzo, Sesquicentenario, 6 de Setiembre y Santa Rita. En éste último barrio, persiste una laguna formada por la apertura de una cantera utilizada para extraer piedras destinada a la construcción. A la fecha, se observa una profunda cava llena de agua proveniente del arroyo cercano y sucia. Esta cantera recibe basura de toda la ciudad. A pesar de carteles prohibidores, en verano los menores la usan como piscina natural. Los vehículos cisternas de la Municipalidad de la Ciudad de Posadas utilizan a la cantera anegada como fuente para la provisión de agua destinada al riego de calles terradas de la ciudad. A los arroyos contaminados, o las deposiciones y formaciones de microbasurales, se suma la existencia de malezas, un poco más controladas por los vecinos y el municipio.

Abundando sobre el problema de la educación y la prevención, leemos⁵:

Para orientar las acciones dirigidas a incentivar una procreación responsable, se debe empezar a trabajar con las mujeres desde este enfoque integral, a partir de sus propias experiencias, para afianzar el cuidado de toda su persona (...) al no tratarse adecuadamente este tema, aparecen los problemas emergentes, que se enuncian a continuación donde la ausencia de educación sexual es muy notoria.

Escasa información y desconocimiento acerca de la salud sexual.

Dificultades para el acceso a los servicios de prevención.

Incremento de la maternidad precoz.

Elevados índices de enfermedades de transmisión sexual.

Existencia de mitos y creencias que obstaculizan la atención de la salud.

Estos extractos y otros (abajo) muestran diversas facetas socioculturales que colorean el escenario sanitario de la comunidad local de menores recursos. Muchas de estas cuestiones forman parte de las lecciones aprendidas en los circuitos de la información y están en la experiencia cotidiana de los profesionales de la medicina.

Sin embargo, ante el temor de la diseminación, en emergencias epidémicas el sistema de salud responde enfáticamente en lo inmediato con campañas de inmunización e información intensivas. La gente también responde con alarma y reclama lo único que *sabe*, positivamente, que la protegerá: más medicina.; se observa así el predominio del interés individual centrado en una creciente expectativa frente al poder resolutivo de la medicina .

⁵Programa mujer y salud, proyecto PROCRES, (MBS,MSP,Casa de la Mujer) 1995,pag.6

LA SALUD DESDE LA GENTE

Recuperando una buena información producida casi tres años atrás, se reproducen los dichos de mujeres que fueron entrevistadas para diagnosticar la situación de salud en las zonas afectadas por la represa de Yacyretá en la ciudad de Posadas.⁶

Las menciones siguientes refieren a la percepción que tienen sobre el **lugar de atención médica habitual**, por lo general la *salita* del barrio:

- ⇒ *"medicamento casi no hay ; vacunas: sí, jeringas :sí; gasas y desinfectante si.*
- ⇒ *"Remedio, por ejemplo nunca hay en la salita, se van en el hospital, allí le mandan a Salud Pública que no tiene remedio tampoco... acá la situación es muy crítica. Somos todos muy humildes y no tenemos para comprar remedios".*
- ⇒ *Hay una sola salita, pero hay mucha gente para atenderse de los barrios 6 de Septiembre, Las vertientes, Loma Poí , San Gabriel, hay un solo médico, no alcanzan los turnos .La atención es de lunes a viernes solo de mañana, desde las 8 hs hasta las 11 horas. Hay 2 enfermeras, 1 agente sanitario. No hay dentista"*
- ⇒ *El Dr. de la salita no revisa a los chicos, pregunta que es lo que tiene, y ahí nomás te receta...Atiende apurado, porque de aquí se va al Sesquicentenario.*
- ⇒ *en el Periférico 17 la gente está conforme con la atención...De mañana atiende la Dra D 'A,de tarde el Dr H, los dentistas y la enfermera atienden bien.....agente sanitario había dos, ahora solo quedó Margaritahay bonos para la atención pero son voluntarios..."⁷*
- ⇒ *" nos atendemos en la salita...no están atendiendo...antes de 7 a 12 hs y después de las 2 hasta las 17 hs..un solo médico a la mañana y otro solo para chicos...pero ahora uno solo para todos.."2 enfermeras*

⁶ Situación sanitaria en zonas afectadas por la represa de Yacyretá en Posadas, Monitoreo de Programa de Relocalizaciones, EBY, enero 1997.

⁷ Idem,anterior

una de mañana y otra de tarde y un agente sanitario...nada de medicamentos...”

Los horarios de atención médica son observados, además de la calidad de algunas prestaciones; los vecinos objetan una supuesta superficialidad y actitudes desgastadas de los profesionales que adjudican al exceso de consultas diarias evacuadas.

No obstante, en este punto el balance es favorable. Del mismo informe citado extraemos la opinión de las madres sobre la atención que reciben los niños:

Que aspectos POSITIVOS destacan sobre la atención de los niños?				
MENCIONES	PRIVADO (OS)	CSALUD	HOSPITAL	TOTAL
Destacan buena atención	100%	80%	69%	74%
Les dan remedios	0%	7%	14%	12%
Cercanía	0%	14%	4%	7%
Les dan leche	0%	0%	2%	1%
No tienen que pagar	0%	0%	10%	6%
TOTAL MENCIONES POSITIVAS	100%	100%	100%	100%

El siguiente cuadro es ilustrativo con respecto a la inquietud de este capítulo porque muestra cuales son los **referentes sanitarios alternativos** que están presentes en la población de menores recursos:

ZONA	TOTAL
Agente Sanitario, Posta de Salud	4%
Algun enfermero del barrio	5%
Posta de Salud	2%
Curandero	14%
Otros varios=parientes,vecinos	17%
No hay a quien consultar /No sabe	60%

Las **curas caseras** están muy difundidas. Existe seria y justificada aprensión entre los médicos, por las complicaciones frecuentes que

derivan de tales prácticas; pero uno de los ejes del problema es precisamente la forma en que la población reacciona frente a las enfermedades:

- ⇒ *“el caá ré y las hojas de mandarinas para la diarrea, la salvia para la gripe, un té para colocar sobre la pies...aprendí de escuchar a la gentes...”hay un abuelito y otra señora que vencen...ellos les dicen que vayan también al médico...hay mamás que hierven varios yuyos juntos yo le aconsejo que no lo hagan y me hacen caso, yo curo empacho y todas esas cosas...*
- ⇒ *Para los piojos se hace hervir las hoja de paraísos y se le lava la cabeza...también con vinagre y aceite”.....”yo sé muchas cosas de yuyos, cuando es muy necesario les mando al hospital....mi abuela, mi mamá todos gente brasilera ...(hace referencia a su aprendizaje sobre yuyos)*
- ⇒ *“las señoras que vencen me enseñaron...ahora se fueron del barrio” yo curo cuando el chico llora esta ojeado y el Camby jeré que es cuando el estómago se da vuelta, luego le coloco una faja, yo además les digo que consulte con el médico”*

La visita de **agentes sanitarios** en las viviendas es considerada desde el Ministerio de Salud provincial , desde hace muchos años como una de las principales formas de prevención.

La encuesta a mujeres arrojó el siguiente resultado sobre este punto:

ZONA	TOTAL
Uno o dos meses	10%
Tres a seis meses	7%
Mas de seis meses	25%
Nunca	52%

En otras oportunidades, cada vez que realizamos entrevistas incluyendo esta pregunta los resultados fueron igualmente decepcionantes. Si aceptamos que el contacto cara a cara es vital para obtener logros en materia de prevención con estratos sociales

pobres, la cobertura es francamente deficitaria. Las mayores frecuencias de respuestas positivas están ubicadas en el rango de seis meses o más, donde, se sabe, el recuerdo difuso ocupa un lugar prevaleciente.

Veamos que dice la responsable médica de un centro de salud que se entrevistó en octubre de 1999 para este trabajo y donde se percibe la satisfacción profesional por los resultados de un paciente trabajo de educación sanitaria básica y personalizada⁸

Trabajo aca desde hace 10 años. La gente cuando yo vine a vivir aca, comia muy mal...solo carne hervida y mandioca...Si tiene mucha agua es sopa, si tiene poco agua es guiso...tambien comian pescado porque vivian en la costa. Todos los medicos aca recalcamos, el tema de la comida... Ademas nosotros de darle la leche a las madres les damos estas recomendaciones, entonces los chicos estan mejor. Solo hay que mirar a los chicos para saber cuanto se mejoró. Esta era gente que no comia verduras, ni frutas y eso que son baratas. Comer mas sano...eso dio buenos resultados...hasta hace 2 años la gente tenia huertas...y nosotros inclusive repartiamos semillas...eso se perdio pero la gente aprende... le cuesta pero aprende...despues estan esos casos que ya no cambian mas...Antes la gente venia a la consulta con los perros, ahora aprendio a no traerlos, ademas de tenerlos limpios...bajó mucho la cantidad que tenia sarna y diarreas...ahora son casos aislados en general....Lo principal son los cuadros respiratorios... todavia no se aprendio a manejarse con los cambios de clima... la gente viene, se hace los controles, se vacuna. Se cuida bastante.Se ve que antes no tenian esa costumbre....recalcar el tema de la comida, vestimenta y cuidado general...la gente no es que sea bruta...en realidad no sabe....ignora.

En los talleres que realizamos para este trabajo, también recogimos algunas menciones sobre las **patologías recurrentes**: la diarrea es la más señalada, junto con los granos y distintas infecciones de la piel

⁸ Entrevista a la directora del centro de salud n° 5 , Posadas, octubre de 1999

- ⇒ *“en los niños infecciones, fiebre, granos.....colitis, diarrea”*
- ⇒ *“granos, vómitos y diarrea con fiebre....”..y en los adultos los granos también... enfermedades graves? : niños internados por deshidratación y diarreas muy fuertes*
- ⇒ *“niños con neumonía sí,..neumonía...ese está mucho aquí..” “.*
- ⇒ *“..graves ? neumonías en chicos,..internados ..un niño de 7 meses falleció...”*
- ⇒ *“los chicos desnutridos...yo misma los tengo en el comedor, les falta trabajo a los padres”.*
- ⇒ *“infecciones de la piel piojos, neumonías en los chicos, desnutrición...en 2 de cada 3 casas hay desnutridos ”.*

En la misma línea, **en materia de prevención y vigilancia epidemiológica** la inmunización ocupa el primer lugar en las normativas actuales; al indagarse sobre las **vacunaciones** de menores el resultado fue alarmante, por cuanto ello indica un descuido de los controles post-natales:

GRUPO ETARIO	Con reconocimiento de que no fueron vacunados
Hasta menos 1 año	10%
1 hasta 4 años	4%
5 hasta 13 años	5%

Desde su cobertura formal, la inmunización es reportada como suficiente alcanzando hasta el 90%,.. pero al no haber seguimiento sistemático del cumplimiento del esquema, solo se detectan los casos incompletos cuando la población concurre a los centros asistenciales por consultas (especialmente niños); los estudios focalizados (sondeos) sobre sectores pobres estructurales de la ciudad que aquí se comentaron arrojan valores sospechosos sobre el punto; del mismo modo, la atención primaria de embarazos

registra un número de controles inferiores -como vimos- a los mínimos deseables.

El **control materno infantil** pre y post-natal es una de las medidas preventivas que se erigen como puntales en materia de APS; se recogieron declaraciones de mujeres que por diversas causas sumaron una alta tasa de mortalidad prenatal en sucesivos embarazos: 7% sobre 561 embarazos declarados!.

Otro aspecto llamativo sobre este punto, es que la mayor proporción de mujeres con fetos muertos realizaron sus controles de rutina en el Hospital. Esto no indica que tales controles sean deficientes, pero queda claro que esta asistencia no necesariamente garantiza el éxito de la gestación. En cambio es verdad, que el 45% de estos casos recayeron en quienes realizaron menos controles prenatales que los recomendados o no los hicieron.

Respecto del cuidado de la **salud femenina**, casi el 60% no se había practicado controles ginecológicos en el último año, a pesar de que esta rutina es quizás la más recomendada para las mujeres conjuntamente con de vacunaciones y de lactancia materna. En los talleres también se planteó el problema con consideraciones acerca de las costumbres, los horarios en el Hospital y otras causantes.

El MSP difunde periódicamente por diversos medios comunicativos **información e instrucciones para apoyar el esquema preventivo**. Obviamente, en situaciones de alerta estas campañas se intensifican. Por esta razón, se preguntó a los informantes de los barrios:

¿De que modo se recibe información para la prevención de enfermedades y recaudos sanitarios?

⇒ *en las salitas o Periféricos con motivo de la entrega de leche, reciben indicaciones*

- ⇒ *sobre las vacunas y el control del niño, donde se les exige los carnet o libretas sanitarias.*
- ⇒ *En el hospital le entregaban volantes sobre la diarrea y cólera*
- ⇒ *“por radio sobre meningitis y cólera por TV cólera y SIDA. .los agentes Sanitarios informan mucho sobre las enfermedades...los médicos y odontólogos dan charlas”*
- ⇒ *“por la TV. tema de la diarrea , que es el principal o volantes cuando uno va al hospital*

La mayor parte de los datos recogidos en enero de 1997 coinciden con las menciones surgidas en los talleres de 1999 (para este trabajo); ambas fuentes confirman que la divulgación informativa es insuficiente para producir resultados positivos a nivel de la conducta. Hasta el punto de encontrarse muchas personas que recuerdan los mensajes, pero al indagarse sobre sus prácticas sanitarias cotidianas muestran limitaciones para adoptar las pautas preventivas recomendadas.

Este punto es sumamente delicado por cuanto, los recursos movilizados para la información masiva son significativos, pero al no realizarse, evaluaciones ni monitoreos y menos aún mediciones de impacto es imposible establecer su eficacia, de este modo se arriesga la redundancia de estrategias comunicativas equivocadas. En las entrevistas realizadas con informantes calificados en el MSP surgieron serias dudas respecto al tema, especialmente por el hecho de no existir un área profesionalizada dedicada a este menester. Cada sector o programa, genera sus comunicaciones. En ningún caso se detectaron evaluaciones de las campañas.

Por ejemplo, cuando se recogieron los datos de la encuesta EBY referenciada, la campaña contra el SIDA era relevante; sin embargo la enfermedad cuando fué identificada como grave, la mayoría lo adjudicó a las inyecciones, transfusiones y otras; pero solamente

una de cada tres mujeres mencionó a las relaciones sexuales como vía de contagio⁹

En muchos lugares públicos de la ciudad, en todos los centros de atención sanitaria, por radio y TV, en verano arrecian las recomendaciones respecto del agua para beber. Aquella vez, en verano, preguntamos si era sometida a algún tipo de tratamiento en casa; solo el 36% tomaba precauciones :

Algun tratamiento del agua para beber?			
	AGUA DE RED	POZO, ARROYO RÍO , ALJIBE	TOTAL
CON ALGUN TIPO DE CUIDADOS (lavado de tanque, lavandina, hierven para los niños)	30	6	36
SIN TRATAMIENTO	60	4	64
TOTAL	90	10	100

Entre los estratos pobres de la ciudad – donde se realizó la encuesta de referencia- el agua potable que se consume proviene mayoritariamente de canillas públicas; por ello el cuidado es necesario debido a que está comprobado que el traslado y los recipientes usados son riesgosamente contaminantes.

Hay mucho para explorar en materia de tecnología comunicativa asociada al cambio de actitudes.

⁹La información fue levantada con mujeres encuestadoras.

DATOS ESTADÍSTICOS RECIENTES

Especialmente listada para este informe, se obtuvo información estadística actualizada del MSP que muestra la distribución de patologías atendidas en los distintos centros de salud de la ciudad.

CENTROS DE SALUD SEGÚN PATOLOGÍAS ATENDIDAS
PERIODO ENERO '99 / SETIEMBRE '99 -ZONA CAPITAL

PATOLOGÍAS ATENDIDAS	CENTROS DE SALUD	HOSPITALES	N
Diarreas	31%	69%	100%
Respiratorias leves	40%	60%	100%
Neumonía	6%	94%	100%
Epidermicas	67%	33%	100%
Hepatitis	14%	86%	100%
E.t.s.	0%	100%	100%
Otras	1%	99%	100%
TOTAL	30%	70%	100%

Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas MSP, nov.1999

PATOLOGÍAS ATENDIDAS	CENTROS DE SALUD	HOSPITALES	TOTAL
Diarrea	30%	28%	29%
Respiratorias leves	68%	44%	51%
Neumonía	1%	4%	3%
Epidermicas	0%	0%	0%
Hepatitis	1%	2%	1%
E.t.s.	0%	3%	2%
Otras	1%	19%	14%
Total	100%	100%	100%
	6811	15996	22807

Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas MSP, nov.1999

Estos datos, vistos así, no se alejan en general de los indicadores oficiales de salud de la provincia (de hecho, son las mismas fuentes). Pero, llama la atención la extrema diversidad en los registros comparados entre centros de salud de Posadas con poblaciones usuarias de similares características demográficas y socioeconómicas, surgiendo dudas sobre la confiabilidad de los

datos, sobre los modos de registro, de consolidación, etc. Esta inquietud no es un tema menor .

La diferencia entre valores extremos resumidos en las tablas por centro de salud es excesiva y con el objeto de no aventurar conjeturas (dado que estos datos muy recientes fueron procesados especialmente para este trabajo), consideramos que se debería hacer un estudio y análisis de todo el proceso y de la metodología estadísticas que se utilizan en el MSP pues siendo la principal fuente de información global y puntual para adoptar decisiones no debería existir margen de dudas respecto a la información.

Con esta salvedad, no es oportuno comentar los datos que se consignan en el gráfico y tabla siguientes:

CENTROS . DE SALUD	Respir		Neumonía	Epidermicas	Hepatitis	ETS	Otras	
	Diarrea	Leves						
PERIFERICO Nº 1	60%	33%	1%	1%	2%	0%	4%	100%
PERIFERICO Nº 2	24%	75%	0%	0%	1%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 3	90%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 4	17%	74%	7%	0%	1%	0%	1%	100%
PERIFERICO Nº 5	14%	86%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 6	42%	58%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 7	33%	66%	1%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 8	7%	93%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 9	94%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 10	35%	57%	0%	0%	8%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 11	82%	13%	2%	1%	3%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 12	47%	49%	4%	0%	0%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 13	61%	19%	4%	3%	2%	0%	11%	100%
PERIFERICO Nº 14	0%	70%	0%	15%	0%	0%	15%	100%
PERIFERICO Nº 15	11%	89%	0%	0%	0%	0%		100%
PERIFERICO Nº 16	90%	3%	1%	1%	2%	0%	3%	100%
PERIFERICO Nº 17	98%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	100%
PERIFERICO Nº 19	99%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	100%
PERIFERICO Nº 20	76%	21%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 21	92%	6%	0%	0%	2%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 22	34%	63%	0%	0%	3%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 25	42%	56%	0%	1%	1%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 26	15%	85%	0%	0%	0%	0%		100%
PERIFERICO Nº 28	31%	68%	0%	0%	1%	0%	0%	100%
PERIFERICO Nº 30	46%	54%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
TOTAL EN CSALUD	2038	4634	44	14	40	0	41	6811
HOSPITAL MADARIAGA	11%	25%	2%	0%	0%	10%	51%	100%
HOSPITAL PEDIATRICO	43%	43%	6%	0%	3%	0%	5%	100%
HOSPITAL DEL OESTE	20%	70%	2%	0%	0%	0%	9%	100%
HOSPITAL BALIÑA	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
TOTAL EN HOSPITALES	4552	6986	650	7	246	495	3060	15996
TOTAL EN POSADAS	6590	11620	694	21	286	495	3101	22807

Tareas 9 Y 10

**RECONOCER Y DISEÑAR ESQUEMAS DE ACCIÓN
BASADOS EN LAS POSIBILIDADES DE EJECUCIÓN
POR PARTE DE LA COMUNIDAD Y SUS
ORGANIZACIONES.**

**EVALUAR LAS OPORTUNIDADES Y POSIBILIDADES
DE COORDINACIÓN ENTRE EL SECTOR SALUD CON
OTRAS AREAS e INSTITUCIONES
GUBERNAMENTALES Y ONG**

Los pobladores de los barrios urbanos y periurbanos donde realizamos los TC no se organizan fácilmente; normalmente, son pocos quienes asisten a las reuniones que se convocan y participan en proyectos. Diez a quince personas intervinientes en los talleres comunitarios (TC) es un buen número. Son miembros de grupos de acción comunitaria o asociaciones voluntarias de residentes más o menos organizados en torno a diversos fines comunes, además de maestros, médicos, enfermeras, miembros de iglesias, activistas políticos, y otros.

LOS VECINOS Y SUS POSIBILIDADES

El intercambio y conclusiones grupales en los TC denotaron que se está en el buen camino hacia una toma de conciencia sanitaria que por ahora - un tanto desordenadamente- identifica los múltiples problemas relacionados con la salud: se mencionaron el abastecimiento irregular de agua potable y el descuido con el agua

para beber, la formación de basurales, la contaminación, el olvido o discontinuidad con las inmunizaciones y controles preventivos, la cultura alimentaria y otros. Pero además, el intercambio permitió avanzar sobre la cuestión salud desde una perspectiva más amplia, pues las personas reflexionaron y establecieron vínculos entre su inquietud individual/familiar y las condiciones más contextuantes de la sociedad y sus instituciones. Incluso –aunque en modo aun difuso– pudieron pensar sobre sí, sobre los otros y sobre el entorno como desde una visión de cambio individual y colectivo sobre el proceso de construcción de una comunidad sana y de la compleja trama de relaciones sociales, institucionales y políticas que ingresan a un modelo como éste. Es una base para avanzar en la discusión sobre los vínculos que existen entre estos diversos factores y las circunstancias sociales, culturales y políticas que los determinan y comenzar a encarar la promoción sanitaria desde una perspectiva de desarrollo local con perspectivas sustentables.

EL MODELO PARTICIPATIVO DOMINANTE

Desde los organismos gubernamentales, lo normal es que la convocatoria a la participación vecinal se realice buscando apoyo para implementar proyectos surgidos y diseñados en las áreas de programación, siendo excepcionales los de recorrido inverso, o sea surgidos desde las bases vecinales, que consiguen instalarse institucionalmente. Este proceder no solo es coherente con el modelo vertical dominante en las instituciones gubernamentales de nuestro país y no solo en el sistema de salud.

Este último, agrega en su haber la resistencia al cambio que aún permanece guarnecida en el modelo médico hegemónico que – por otra parte– es más perceptible en el funcionamiento letárgico del sistema institucional, en tanto estructura, que en las percepciones

individuales que encontramos en los profesionales activos en las direcciones y servicios.

Hay muchas causas por las cuales, algunos proyectos convocantes que logran movilizar a la gente se debilitan con el tiempo; una de ellas es la discontinuidad, la irregular presencia de las instituciones externas a los barrios, el fluctuante o frustrante flujo de recursos, etc. y otra causa que no siempre se percibe con claridad, es precisamente, el verticalismo en la definición de metas que caracteriza estas intervenciones y que, sin proponérselo, al limitar la ingerencia de la gente en el nivel de las decisiones fundamentales, genera dependencia y desactiva las motivaciones.

Esta modalidad de convocatoria reduce considerablemente la sustentabilidad de las estrategias participativas pues cuando se organiza a la población para la realización de tareas predefinidas asociadas con programas verticales, la movilización queda acotada sin instalarse una visión amplia que promueva la continuidad del interés y la motivación una vez finalizados los proyectos o cuando se produce la retirada de los organismos promotores. Esto es válido también para la intervención de algunas ONG que actúan puntualmente en los barrios con algunos proyectos.

Por ahora en escala reducida, desde el MSP también se trabaja con enfoques diferentes. En este sentido hay una avanzada en el Programa de Mujer y Salud (APS/ Maternidad e Infancia/ Casa de la Mujer) y desde el PROMIN especialmente este año con sus experiencias piloto de implementar Consejos Barriales de Salud. Precisamente, este es uno de los dos casos que se analizaron como estudios de casos.

PARTICIPACIÓN, INFORMACIÓN y COMUNICACIÓN

La experiencia recogida en los TC y en las entrevistas a funcionarios sugiere que los programas que incluyen la participación de la comunidad y la comunicación sanitaria podrían mejorar su eficacia si se hacen cambios en las maneras en que se definen la participación y la comunicación. Un equívoco enfoque optimista en materia comunicativa, supone que el conocimiento informativo conducirá a la acción y se realizan muchos esfuerzos para que llegue a las personas mediante charlas especiales en escuelas, reuniones informativas, programas de televisión y radio, notas en los diarios, afiches expuestos en lugares públicos y folletos repartidos de puerta en puerta.

En los TC surgió que las campañas informativas, charlas, talleres, radio y tv, habrían logrado aumentar el interés y los conocimientos sobre las enfermedades y modos de prevención, pero flotan dudas sobre su impacto en las actitudes y conducta real con el propósito de obtener reducciones tendenciales *firmes* en las tasas de morbilidad. A pesar que las estadísticas consolidadas disponibles muestran algunas tendencias declinantes según se vió antes, con avances en materia de inmunizaciones, diagnósticos y tratamientos, las encuestas que revisamos plantean dudas sobre las conductas preventivas realmente adquiridas por la población, especialmente por la más vulnerable. Este punto fue un emergente en todos los TC

Está también la creencia de que parte del mejoramiento en la cobertura preventiva tiene que ver con las madres persuadidas que hay asociación entre la obtención de las raciones de leche en los CS y la realización de los controles mensuales y cumplimiento con el plan de vacunación de los hijos. Por defecto: la conciencia preventiva de la población es deficitaria y es necesario el estímulo...Este razonamiento es similar al existente en el ámbito de la educación primaria con respecto al efecto secundario de los

comedores escolares que además sirven de incentivo para reducir la deserción temprana del sistema educativo.

En materia informativa y de inducción de cambios hay mucho voluntarismo en la transmisión de conocimientos (la divulgación masiva de información, los *consejos* personalizados durante la consulta, las charlas educativas), antes que aplicación de métodos sistematizados de educación sanitaria con objetivos educativos definidos y dirigidos a modificar la conducta de las personas.

La idea que el conocimiento es una de las claves para el cambio de comportamientos es solo parcialmente correcta, porque además se requiere de contextos favorables para el desarrollo de prácticas individuales y sociales acordes. Por ello el referente comunitario insoslayable en el esquema educativo –pues de esto se trata- para que redunde en la construcción de una ciudad saludable.

La difusión de información seguirá siendo importante, pero por si sola es insuficiente para lograr la participación y el cambio de actitud de la población. Las encuestas que citamos en este trabajo y las conclusiones de los TC evidencian que las campañas informativas, pueden ser frustrantes en su intento de inducir comportamientos.

Las actividades de desarrollo grupal o de grupos de acción comunitaria, combinadas con el enfoque de comunicación sobre salud pública, pueden fortalecer las estrategias preventivas. Los modos de participación, igualmente deben reposar sobre los problemas localmente definidos y ello solo puede ser efectivo, en consulta con las comunidades para elegir las mejores formas de convertir los programas informativos en comunicativos. Por último, el monitoreo de la intervención, de la participación y del cambio de comportamiento es esencial para arrojar luz sobre las repercusiones..

Concluyendo, la relación entre el gobierno, las organizaciones barriales y los individuos en riesgo tiene que ser redefinida para que las actividades de comunicación sean eficaces.

El sistema local de salud no cuenta todavía con áreas especializadas en la temática de comunicación social; las acciones se desarrollan desde los programas y con metodologías que difícilmente puedan producir los impactos buscados.

Cuando se consideran las características de los posibles futuros de la salud y de los sistemas de atención, es inevitable pensar en las desfavorables condiciones sanitarias en que se encuentra un gran número de personas que viven en la pobreza, en la complejidad de esta realidad y en lo difícil que puede resultar encontrar soluciones adecuadas y oportunas con miras a construir un mejor futuro para todos. Es evidente entonces, que la visión de salud está más allá del alcance y de la capacidad del actual sistema de prestación de estos servicios para darle forma (...) La **visión y la solución** se encuentran, sin embargo, en las mismas comunidades, donde están las semillas del cambio y donde se puede trascender, creando y compartiendo el poder de conocer, crear y gobernar¹.

Imaginarse una situación de alerta epidémica, es - de algún modo- crear un escenario futuro. Puede hacerse a partir de una visión predictiva desde las condiciones actuales -supuesto que estas no mudaran- ; o bien, reflexionar desde el presente proyectando un escenario futuro plausible, al cual es posible arribar con cambios oportunos que permitan ejercer un mejor control sobre los acontecimientos reduciendo su aleatoriedad y desmadre.

¹ Los futuros de salud y la atención a la salud en américa latina y el caribe, OPS, 1992, pag.1

ESCENARIOS DE SALUD PUBLICA Y ACCION COMUNITARIA

Los escenarios tratan de adelantarse a los acontecimientos y dar conocimientos y sensatez política para modificar el curso de los eventos, o de capacitar para actuar con éxito si estos tomaran un rumbo imprevisto.

El concepto de escenarios alternativos para la salud constituye uno de los instrumentos de formulación de políticas en el terreno de la construcción de futuros de salud y de sistemas de atención. La noción de futuros no solo se refiere a un método, sino un proceso holístico y participativo de cambio hacia "una nueva salud pública", por medio del cual se prevén y se configuran valores. Este proceso contribuye a la formulación de modelos de cambio social sin limitar su ámbito de acción a los problemas médicos. Los escenarios y la creación de visiones deben impulsar estrategias de intervención institucional rectora que promueva el concepto de ciudad saludable en el seno de la comunidad local educando sobre los diversos aspectos que influyen en la salud y liderando el proceso de interrelación y necesaria intervención de los sectores políticos, económicos, culturales, sociales y medioambientales.

Si se instala esta concepción, con la vasta experiencia acumulada en los profesionales de carrera local en la salud pública, sumada a los numerosos estudios y diagnósticos generados durante años, se puede afirmar sin hesitar que hay capacidad potencial para controlar estratégicamente los cambios en las numerosas variables identificadas. Tales cambios influirán en el individuo, en la comunidad en su conjunto y en el nivel institucional, *en términos de actitudes, comportamientos, estilos de vida, modificaciones organizativas y administrativas*. En este contexto es ineludible hacer hincapié en la innovación. Es preciso construir una visión compartida, un futuro al que se aspira y diseñar nuevas estrategias de desarrollo en salud para lograrla. Se trata de imaginar futuros, de

formar una visión de lo que se desea para la ciudad y aunar estrategias y actividades para lograrlo. Este concepto implica que el futuro dependerá definitivamente de las decisiones compartidas y participativas que se hagan hoy., lo cual exige equilibrar intereses colectivos e individuales de los diversos actores involucrados.

CAMBIO INSTITUCIONAL Y ESTRATEGIA PARTICIPATIVA

En esta inteligencia y para lograr una participación eficiente y eficaz de la población es insoslayable la capacitación intranstitucional y de la comunidad externa en torno a estos valores .

La apertura de la gente está latente e, intuitivamente –la más de las veces- vislumbran el camino y lo demandan; la respuesta institucional es aún escasa, discontinua y ocasional.

Dentro de este marco, pensar estratégicamente para planificar y administrar la salud a nivel local, equivale a concebir modelos participativos ciertos, que están alejados de los convencionales y economicistas que hoy se practican, donde las comunidades intervienen o son reclutadas –con las excepciones ya anotadas-² tan solo como apoyo para los programas, antes que como interlocutores y protagonistas corresponsables de las decisiones. Si no se cuenta con una mentalidad innovadora y convencida de la necesidad de apertura hacia la comunidad, no es dable esperar cambios significativos en escenarios futuros.

El sistema institucional vigente de salud y la comunidad de referencia constituyen dos campos confluyentes; en ambos, la posibilidad de cambios gira en torno a diversas variables actitudinales de los actores involucrados. Como en otras cuestiones

² Experiencias PROMIN 1999 = Consejo de Salud barrial y Postas de Salud (APS)

de la vida socio-institucional de las comunidades, también en el campo de la salud pública las interacciones entre actores sociales conllevan relaciones de poder y por tanto la dirección de los procesos tienen mucho que ver con la política. Mientras unos pueden tomar decisiones sobre la vida de las comunidades; a los otros les queda el derecho de reclamar un espacio para tomar parte en ellas. En un escenario de lucha, este proceso puede derivar hacia conflictos y antagonismos; en un escenario de reflexión democrática y de vocación de cambio, el modo de lograrlo está en la convicción que los responsables institucionales tengan para conceder espacios de poder. De compartir el poder, sin eufemismos.

Abordando el tema desde esta perspectiva, el cambio es de fondo y más aún, si tenemos en cuenta que en los organismos de gobierno que deciden sobre políticas sanitarias coexisten funcionarios *de carrera y políticos*, que no siempre comparten posiciones actuales y menos todavía, futuras. Por ello, el trazado de escenarios futuros depende de decisiones trascendentales en el orden político. Hoy, para referirse a estas cuestiones se habla de *políticas de estado*. Sí!

En Misiones existen numerosos estudios diagnósticos, con origen en consultorías o generados desde adentro de los mismos organismos que desde el examen de los hechos, *reflejan* el problema. Pero pocas veces se enfatiza o se incluye en el modelo el carácter político que tienen las soluciones. Este modo, antes que un defecto, es casi una convención, un estilo de los diagnósticos y proyectos institucionales que -a pesar de su calidad como productos profesionales- pocas veces se traducen en decisiones políticas ciertas que los lleven a la práctica.

En este campo, en el de las decisiones, si no hay un cambio sustantivo, es difícil imaginar con convicción escenarios

transicionales que apunten a construir una comunidad sana en el pleno sentido que esta propuesta tiene.

COORDINACION INTERSECTORIAL

Para lograr un impacto positivo en las acciones de salud se requiere como primer medida la *“identificación de los problemas”*, normalmente se hacen diagnósticos situacionales pobres y muchas veces limitados únicamente a sus aspectos descriptivos. Otro aspecto a tener en cuenta es que grado de repercusión tendrá la detección de dichos problemas a nivel de la estructura y funciones organizacionales de las instituciones de salud, que generalmente – Misiones no es una excepción- se hallan organizadas por Programas. Para ilustrar dicha situación se puede utilizar la expresión conocida de que *“la sociedad tiene problemas y las instituciones de salud tienen programas”*^{3[1]}, esta cita resalta la incoherencia entre las necesidades de la población y la forma en que las instituciones se organizan para atenderlas; no se trata aquí de menoscabar la importancia de los programas de salud sino que se deberían buscar las alternativas propuestas por el planeamiento estratégico situacional ya que, por ejemplo, si se trabaja con el problema “diarrea infantil”, en la misma estarán implicadas actividades de saneamiento, de vivienda, de nutrición, de educación entre otros de allí la importancia de la dimensión intersectorial en los sistemas de salud y del grado de articulación que se pueda alcanzar

Como ya hiciéramos referencia, a nivel local se observa una fragmentación del sistema de salud que debilita la posibilidad cierta de llevar adelante políticas integradas y coordinadas de salud, mas allá de la buena voluntad, vocación y predisposición de funcionarios

^{3[1]} Cuadernos Médico Sociales N.54 año 1990

y agentes del sector salud y de otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Por ejemplo: no se detectó que exista fluidez de gestión coordinada entre el MSP y la Municipalidad de Posadas para atender la salud de la ciudad.

Los problemas de salud por ser complejos requieren del esfuerzo mancomunado y de la coordinación de las acciones que se han de llevar adelante si se pretende encarar con eficacia y eficiencia el abordaje de la problemática y que estas produzcan un impacto positivo en los niveles de salud de una población.

La intersectorialidad ampliada y el planeamiento estratégico se constituyen en armas fundamentales para el abordaje y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud.

En las entrevistas realizadas con funcionarios se percibió, sin embargo, un sustrato importante para concebir una estrategia superadora desde esta perspectiva.

Es importante rescatar el concepto de sistemas locales de salud, como una propuesta de reorientación físico-funcional de las unidades de servicio en un espacio dado; porque es ahí donde se manifiestan las estructuras del poder local, las redes solidarias existentes, las alianzas y los conflictos entre los diversos actores (individuales, grupales o institucionales); de la interrelación entre los diversos actores sociales (ONG, instituciones gubernamentales, etc) de los compromisos y responsabilidades que asuman cada uno de ellos se podrán lograr acciones que conduzcan a mejorar la atención de la salud.

Este es un tema que será profundizado en el próximo informe. En tanto presentamos un resumen de los convenios formales vigentes entre el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones y organismos gubernamentales y no gubernamentales.



PROVINCIA DE MISIONES

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA


POSADAS,

Lic. Fernando S. Lockett
Director Proyecto
Diagnostico y Estudio de Alternativas para la concreción
de inversiones en el sector de salud Publica en la Provincia de Misiones
(Consejo Federal de Inversiones, 1999)

Adjunto a la presente hágole llegar información
referente a los convenios suscriptos por este Ministerio de Salud Pública y Diversas
Instituciones y organismos.-

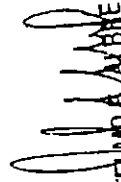
Atentamente.-

DESPACHO. df. EMF. TEA -


Dr. TELMO E. ALBRECHT
Ministro de Salud Pública
PROVINCIA DE MISIONES


CONVENIOS VIGENTES AL AÑO 1999. -

ENTIDAD BINANCIONAL YACYRETA	Plan Sanitario para Embalse de Yacyretá	Programa de Vigilancia epidemiológica Programa de Paludismo, fiebre Amarilla Programa de Esquistosomiasis Programa de Atención Primaria de la Salud	1995-2000
	Trasferencia de Inmuebles de Viviendas Colectivas del Conjunto Habitacional A.3.2	Salón comunitario y Centro Gerontológico dependiente de la Unidad Geriátrica Villa Lanús	Comodato hasta transferencia definitiva Cesión Gratuita
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION	PROSOFA Programa de Desarrollo Social en Areas Fronterizas del Noroeste y Noreste Argentino con Necesidades Básicas Insatisfechas	Asistencia Financiera para ejecución, refacción general y refuncionalización de Unidades Sanitarias de Puerto Iguazú y Puerto Libertad por Resolución N° 2719/99 de la Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación.	1999
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION	Programa de Reforma y Modernización del Sector Salud Atención Primaria de la Salud financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Dcto. 783/99.-	Reforma y Modernización del Sector Salud Atención Primaria de la Salud (AR-120) para la implementación del Proyecto de Atención Primaria de la Salud	
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION	Asignación de Recursos del Area de Educación para la Salud		1999
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES Y UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE DE CORRIENTES	Cooperación Recíproca Para Tareas Técnicas Científicas y Académicas		
CLUB DE LEONES DE POSADAS-HOSPITAL "DR. RAMÓN MADARIAGA" de AUTOGESTIÓN	Para la realización de esfuerzos comunes y coordinados en materia de Salud, Educación y Asistencia Social	Destinada a Personas Indigentes de la Provincia de Misiones. -	1998


 Dr. TEODORO ALBARRACÍN
 Ministro de Salud Pública
 Provincia de Misiones

CONVENIOS VIGENTES AL AÑO 1999. -


ORGANISMO	PROGRAMA	OBJETIVOS	VIGENCIA
MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN DE LA NACIÓN	PROGRAMA MATERNO INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición De Leche Entera y Fortificada - Capacitación Del Personal Profesional Y Técnico Del Equipo De Salud Materno Infanto Juvenil y para implementar campañas de difusión. - Adquisición de elementos para la Red de Informática. - Actividades de prevención, promoción y protección de la Salud de la Madre y el niño 	1958-1999
	EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS		1993/1998
	FORTALECIMIENTO DE LA A.P.S. EN COMUNIDADES ABORÍGENES	Capacitación en servicio de promotores de salud aborígenes	1996/1999
	CONTROL DE DIVERSAS PATOLOGÍAS	Asegurar la continuidad de las acciones en el punto Inmunizaciones	1996/1998
	LUCHA CONTRA EL AEDES AEGYPTI	Prevenir la instalación y/o dispersión en nuestra Provincia de las Enfermedades "Dengue y Fiebre Amarilla"	1995/1997
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION	PROGRAMA DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS	Atención integral en la Provincia de Misiones a pacientes beneficiarios del programa Federal de Pensiones No Contributivas por un monto total para el ejercicio 1999 de \$ 4.192.578,00	1996-1999



Dr. TELMO E. ALBRECHT
Ministro de Salud Pública
Provincia de Misiones

CONVENIOS VIGENTES AL AÑO 1999. -

INSTITUTO T.A.C. NOSIGLIA S.R.L.	Tomografía Computada y Resonancia Magnética	Destinada a pacientes carceriados \$ 6800 mensuales.	
CENTRO ONCOLÓGICO DE MISIONES	Servicios de Terapia Radiante	Destinada a pacientes oncológicos indigentes, hasta un monto mensual total de \$ 15.000.-	1999
CAMARA DE OPTICOS DE MISIONES	Programa "Por la Gente Todo"	Provisión de anteojos a personas carenciadas.	1998
MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE NACION - MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DE LA MUJER Y LA JUVENTUD, Asociación Gremial Odontológica de Mnes. y la Casa de la mujer	Programa de Capacitación a Promotoras de Salud Bucal en la Provincia		1999
INSTITUTO SUPERIOR DEL PROFESORADO "ANTONIO RUIZ DE MONTTOYA"	Desarrollo de tareas de diagnostico e investigación Entomológica		1999


DR. TELMO E. ALBRECHT
 Ministro de Salud Pública
 Provincia de Misiones