

O/M. 411
L 26d
III

49550



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

(ref:expte.CFI n°4018/99)

**CONSEJO FEDERAL
DE INVERSIONES**

RESPONSABLE:

LIC. FERNANDO S. LOCKETT
Posadas, Misiones

CONTENIDOS

- **Fundamentacion y justificación**
- **Primer informe parcial. La ciudad de Posadas. Metodología . Conclusiones preliminares**
- **Segundo informe parcial. Resultados de entrevistas y talleres participativos.**
- **INFORME FINAL**

DIAGNOSTICO Y ESTUDIO DEL ALTERNATIVAS PARA
LA CONCRECION DE INVERSIONES EN EL SECTOR
DE SALUD PUBLICA EN LA PROVINCIA DE MISIONES

FOCALIZADO EN LA PROBLEMATICA DE
ENFERMEDADES TROPICALES

Fundamentación y justificación del proyecto

La planificación gubernamental en materia de salud pública se corresponde con las normativas internacionales; las mismas, recomiendan para su implementación la intervención de la población, pero esta prescripción es muy poco practicada.

La planificación central en materia de salud, por lo general formalmente correcta, encuentra escaso margen para las innovaciones en un contexto amplio y complejo donde concurren la cultura institucional, estrechez de recursos, contexto político, intereses, etc.

En Misiones no se ha explorado aun sobre las condiciones locales para abrir -hasta el nivel de las decisiones- un proceso de articulación funcional de vínculos entre actores del heterogéneo escenario de la salud pública (comunidad, gobierno, ONG, etc.) quienes por diferentes razones se ven restringidos o llanamente impedidos para emprendimientos de consuno. Este modo, *per se*, requiere equilibrio y capacidad de negociación pues la primera tarea es la explicitación y conciliación/confluencia de intereses.

Es casi inevitable que la percepción de problemas controvierda en su semblanza, gravitación y soluciones. Pero hay razonable consenso en que los sistemas de salud necesitan replantearse

estrategias para el logro de sus objetivos político institucionales. La reordenación de los programas epidemiológicos y de atención primaria hacia un enfoque integrado de prevención, asistencia y control basado en la comunidad requiere esfuerzo; pero sobre todo una cultura institucional permeable y dispuesta a las innovaciones.

Uno de los elementos básicos de la intervención institucional reside en la capacidad del sistema para absorber por retroalimentación y mejoramiento toda información sobre su estructura, funcionamiento y resultados. En consonancia con las recomendaciones de la OMS, entre las variadas dimensiones a evaluar se jerarquiza la eficiencia y eficacia de las acciones encaradas por las carteras sanitarias específicas. En este marco, reviste un rol significativo la comprensión a través de investigaciones operativas o evaluativas del papel que juegan los beneficiarios de los programas.

Más allá de su especificidad, el extracto siguiente sintetiza este enfoque:

"Para permitir la adopción de medidas inmediatas de prevención y control (...) un sistema de vigilancia debe ser sencillo en su estructura y operación, representativa de la población que sirve, aceptable para los usuarios, flexible para posibilitar la incorporación de nueva información y oportuno para la recopilación y el análisis de datos"

"En la actualidad se tiende a la descentralización, tanto a nivel central como local. Se busca una mayor colaboración con otros sectores de salud, la cooperación con otras esferas gubernamentales y con organizaciones no gubernamentales (ONG),

y la participación de la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación de las actividades..”¹.

Como hipótesis de trabajo se han planteado las siguientes premisas:

- ✓ La atención primaria y la epidemiología son pilares fundamentales de los sistemas de salud.
- ✓ La atención primaria -con limitaciones- se focaliza sustancialmente en los sectores mas carenciados; la epidemiología sería mas abarcativa en tanto la incidencia de transmisores tiende a ser socialmente menos discriminante en sus alcances.
- ✓ Las condiciones económicas, ambientales, socioculturales y demográficas regionales contextualizan la amenazante persistencia de vectores epidemiológicos y patologías que periódicamente se traducen en brotes de enfermedades endémicas y no endémicas.
- ✓ A partir del análisis de numerosos indicadores escasamente sistematizados, se percibe una discontinuidad en las acciones que se encararan en materia epidemiológica, las que en la mayoría de los casos combinan la entomología, la vigilancia y la instalación de campañas coyunturales de lucha contra los vectores².
- ✓ En cuanto a las campañas -donde predominan las tácticas informativas, de inmunización y desinfección ambiental química-

¹ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; Publicación Científica no 548

² En los primeros meses de 1999, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones ha recurrido a una estrategia paramilitar de control de vectores, movilizandando a las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las que junto con personal médico realizaron una operación de destrucción de vectores del dengue. Más recientemente, en el mes de mayo se busco introducir una estrategia diferente: la movilización de alumnos y docentes de colegios con ofertas de EGB3 y Polimodal de la provincia de Misiones.

hay casi ausencia de monitoreos y evaluaciones, generalmente limitadas a las notificaciones obtenidas desde los efectores gubernamentales. En epidemiología se sospecha la presencia no deseada de subregistro de afectados o de zonas de riesgo indeterminadas.

- ✓ A esto se agrega el contexto geográfico que enmarca dichas políticas, como ser la cercanía a regiones denominadas endémicas y con las cuales se mantiene un flujo nada despreciable de transacción poblacional, o, como es el caso de Posadas, con marcados índices de carencias socioambientales que obligan a movilizar recursos de profilaxis socio cultural continua para la población en general, y en especial, para aquellos sectores en alto riesgo o ya afectado por epidemias.
- ✓ La débil articulación entre los estamentos institucionales del sistema de salud pública gravitarían sobre algunas limitaciones funcionales en los programas, con tendencia a cíclicos desbordes ante una dura realidad social agravada por el crecimiento incesante de la población urbana y nuevos asentamientos precarios con indicios severos de creciente pobreza y consecuente vulnerabilidad.
- ✓ Por último, se considera que la casi nula apertura hacia la participación y protagonismo comunitario en el desarrollo del sistema es correlativa del perfil medicalista que lo caracteriza. Este rasgo limita una comprensión más crítica de la mediación social y cultural indispensable para la retroalimentación de un sistema diligente de salud.

El enfoque diagnóstico buscará que las descripciones arribadas muestren lo más ajustadamente posible el estado de cosas aquí y ahora, reconociendo el escenario en que se actúa. De este modo se diseñaran conclusiones que muestren además, los pasos que

habrían que dar con mejores probabilidades de funcionar real y prácticamente

El sistema debe permitir un intercambio fluido de información entre los diferentes programas y protagonistas (ej: gobierno, ONG, comunidad) de modo de arribar a productos informatizados que reflejen las definiciones y percepciones de los actores sobre sus problemas y prioridades.

En esta inteligencia, es imprescindible la disposición de base de datos actualizadas y accesibles que además derive hacia una red para el intercambio y divulgación de información (v.gr.:materiales educativos, promoción por los medios informativos, la introducción de conceptos sanitarios en los programas escolares, la capacitación de los maestros, de líderes vecinales, ONG, etc.). Se estudiarán desde el proyecto las condiciones existentes para el mejor desarrollo de un modelo operativo con estas características, que incluya la factibilidad de implementar una red informática.

Es sabido que las situaciones de emergencia sanitaria (proliferas en los últimos años: sarampión, cólera, meningitis, dengue) generan gastos muy altos, que podrían reducirse en caso de tener una población preparada y comprometida para afrontarlas; dejando de ser sujetos subordinados y dependientes de la inmunización preventiva masiva, acciones de ayuda o de campañas mass-mediáticas. P/ej: la intervención activa de la población en el saneamiento ambiental es crucial para mantener bajas densidades de vectores y reducir la desinfección química cara, riesgosa y limitada³.

El diagnóstico derivará en propuestas viables para instalar espacios reflexivos y motivacionales entre autoridades sanitarias y

³ El Ministerio de Ecología de la Pcia. De Misiones acaba de ingresar a un programa piloto de Educación Ambiental junto a las provincias de Mendoza, Córdoba y Bs.As. organizado por la Secretaría de Recursos Renovables y Desarrollo Sustentable de la Nación

beneficiarios para alentar un compromiso mutuo de movilización innovadora, continua y crítica de los programas de epidemiología social y atención primaria. Así el estudio, en sí mismo, se constituirá, también, en parte del indispensable y ausente feedback desde la población sobre la estructura, funcionamiento y resultados de los servicios de salud.

Objetivos

Generales

Contribuir a mejorar el servicio de salud pública en la ciudad de Posadas y elevar así la calidad de vida de su población en un escenario de comunidad sana.

Aportar conocimientos para mejorar la accesibilidad y fortalecimiento del sistema local de salud diagnosticando sobre el potencial de participación de la población de Posadas y su contraparte, la receptividad institucional, para diseñar estrategias de integración en la programación y ejecución de políticas sanitarias.

Específicos:

Determinar, en cada zona cuales son las principales patologías registradas y las características sociodemográficas, económicas y culturales de la población, servicios, instituciones, organizaciones que operan, factores de riesgo ambientales, epidemiológicos.

Establecer las necesidades percibidas y no percibidas de la población local en materia de salud pública, a fin de diseñar esquemas de acción basados en la comunidad para su ejecución y ser social y culturalmente aceptables.

Detectar a las personas o grupos que demuestren aptitud o interés eventual en el desarrollo de prácticas y acciones sanitarias en una perspectiva de integración y coordinación, indagando sobre experiencias y facilitadores en las diferentes zonas bajo estudio.

Evaluar la capacidad potencial de cada zona para reaccionar ante una situación de alerta epidémica a partir de experiencias anteriores.

Verificar las experiencias y el potencial de coordinación entre el sector salud con otras áreas/instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

Evaluar los resultados convocando a un foro de amplio espectro de representatividad, buscando conclusiones que destaquen acuerdos y disensos sobre la problemática estudiada.

Metodología

Para este estudio básicamente descriptivo, sus objetivos determinan la conveniencia de aplicar una metodología pluralista, convinando técnicas cualitativas (observación, entrevistas focalizadas, talleres) y cuantitativas. Para la colecta, análisis de información y formulación de propuestas, además de la recopilación documental y chequeo de experiencias locales y foráneas, se trabajará con entrevistas, encuestas, observaciones, talleres, etc. La articulación metodológica prevé redireccionar el curso del estudio en función de los avances.

Plan de tareas

La primera tarea consistirá en revisar la bibliografía teórica existente sobre el tema y los antecedentes que hubieran sobre experiencias en materia de proyectos afines y chequearla con los datos

secundarios que disponemos sobre la ciudad de Posadas. Con esta evaluación primaria se organiza la base de datos inicial. Con objetivos exploratorios se elabora un primer diseño metodológico para relevar información primaria (cuali-cuantitativa) desde cuestionarios estructurados y entrevistas a informantes institucionales y barriales. Las entrevistas, observaciones y registros serán procesados a fin de deslindar aquellos aspectos que se perfilen como áreas de interés substanciales para servir a los objetivos

Además permitirá evaluar la respuesta de la población e instituciones para ajustar la metodología de continuidad. Luego de cumplida la segunda etapa de campo se procesarán los datos finales para el análisis. El informe se someterá a un panel de expertos y miembros de la comunidad local afines al tema, para avanzar en las propuestas conclusivas.

PLAN DE TAREAS	
1	Identificación y análisis documentación antecedentes. Bibliografía. Revisión/selección/registro datos secundarios.
2	Elaboración de una base de datos referencial.
3	Primer ajuste teórico y metodológico. Acotación del universo y definición de unidades de análisis y de medición: individuos/ organizaciones/ otros. Selección de variables, categorías e indicadores.
4	Diseño y organización de la recolección de datos: entrevistas, cuestionarios, observaciones, talleres participativos con objetivos exploratorios.
5	Instructivos y adiestramiento de personal de campo
6	<i>Trabajo de campo. Etapa 1:</i> Pruebas y ajuste de instrumentos de recolección de datos. Entrevistas. Observaciones/registros/relevamientos.
7	Procesamiento. Primera evaluación de resultados. Retroalimentación. Estrategia de continuación.
8	<i>Trabajo de campo. Etapa 2:</i> Recolección final de datos.
9	Procesamiento y análisis de resultados.
10	Elaboración de propuestas según los objetivos.

Plazo de ejecución del proyecto

Para la ejecución del proyecto se estima un total de seis (6) meses a partir de su aprobación. Durante el desarrollo del proyecto se producirán dos (2) Informes de Avance en el 2º y 4º mes y un (1) Informe Final en el 6º mes.

Cronograma de informes

<u>INFORME</u>	<u>TAREAS</u>	<u>MES</u>
1º parcial	1 a 3	2º
2º parcial	4 a 7	4º
final	8 a 10	6º

LA CIUDAD DE POSADAS

La ciudad de Posadas se encuentra ubicada en el extremo suroeste de la provincia de Misiones. La capital provincial se integra además con los municipios de Garupá y Fachinal, dentro del Departamento Capital.

Casi totalmente rodeada por el río Paraná, que demarca la frontera internacional con el Paraguay y limita su casco más antiguo por tres de sus lados (Este, Norte y parcialmente el Oeste), se extiende luego en abanico por las márgenes del Paraná. Posadas se encuentra edificada sobre un terreno de pendientes leves excepto en los cauces de sus arroyos (Zaimán, Vicario y Mártires junto con afluentes menores) que la atraviesan conformando una red hídrica de escaso caudal, y que básicamente conforma la red de evacuación de aguas pluviales, con un alto grado de contaminación por efluentes domiciliarios y -en menor medida- industriales.

Una breve descripción de las condiciones demográficas nos brindará un panorama general de la situación actual de Posadas:

La población estimada para toda la provincia 1997 fue de 928.076 habitantes, con una densidad poblacional de más del doble que la nacional. El censo poblacional de 1991 determinó para el Gran Posadas un total de 218.685 habitantes.

El municipio posadeño registraba para el año 1991 una densidad poblacional de 664 hab.x km² y representaba el 26,08% del total de la población provincial. Según proyecciones confiables, rondaría en 1999 los 280.000 habitantes, aumentando así su densidad hasta 776.4 habitantes por km² (también aumentó el área urbanizada).

En el último período intercensal (1980-1991) la población de Posadas experimentó un aumento del 52,2%. En 1980 registraba

143.889, y a fines de 1991 llegó a los 219.083 habitantes. El incremento en cifras totales ha sido de 75.194 habitantes, con un porcentaje de crecimiento anual de 4,75% y una tasa anual de crecimiento de 38,9%. Cifra que al proyectarse ascendería para el año 1999, aproximadamente, a la cifra de 280.000 habitantes mencionada.

El porcentaje de crecimiento registrado en los últimos años obedece principalmente a la combinación de una tasa de crecimiento vegetativo relativamente alta y el aporte inmigratorio tanto interno como externo. En la década 80-90 se generaron numerosos asentamientos barriales: aquellos planificados por diferentes instituciones (Municipalidad-PAM-; FONAVI; EBY; IPRODHA); otros que a partir de iniciativa privada conformaron barrios residenciales, y además los que se fueron gestando por desplazamientos provisorios de población de escasos recursos (Loma Poí; Chacra 96; 101; 141). Este proceso ha provocado una redefinición del espacio urbano, con una mayor concentración de población en ciertas áreas, que requieren de un reordenamiento de los servicios comunales.³La ocupación y complejización del espacio urbano de la ciudad ha generado una trama bastante irregular y desequilibrada, que no siempre pudo ajustarse a las pautas fijadas por la planificación oficial. La forma actual de la ciudad es un resultado directo de las necesidades de localización y relocalización de población.

El aporte migratorio generado por la crisis de la economía agraria provincial contribuyó ampliamente a la duplicación de la población en Posadas entre el período 1970-1980. Este proceso, sumado a la ejecución de emprendimientos energéticos (Yacyretá), a la influencia de población de otras provincias y al alto índice de crecimiento vegetativo local, determinaron desplazamientos,

relocalizaciones y colonización de nuevas áreas. El poblamiento urbano se ha ido extendiendo a los largo de tres ejes principales de crecimiento: zona oeste, zona centro sur y zona sur.

Zona oeste: la expansión de la ciudad en los últimos 20 años se ha desarrollado fundamentalmente con un eje de dirección oeste, en buena medida dinamizado a partir de los complejos habitacionales de la denominada Península IPRODHA, y las viviendas construidas por la EBY, FONAVI y la municipalidad de Posadas (Chacra 128). El impulso dado por estos planes ha generado un aumento significativo de la cantidad de población y, paralelamente, mayor cobertura en infraestructura y servicios urbanos, cumpliéndose en parte las propuestas planteadas en el Plan Posadas (1972). De todos modos, la franja costera ha quedado aún más relegada, y en ella encontramos un conjunto de asentamientos en los que predominan los niveles económicos bajos. Según los datos arrojados por el Censo Nacional de Población y Vivienda, reside en esta zona el 51% del total de población registrada para la ciudad de Posadas.

Eje Centro Sur: hasta hace una década esta zona se hallaba escasamente habitada, produciéndose en los últimos años un proceso de poblamiento que tendió a localizar barrios en áreas desprovistas de servicios e infraestructura mínima. En la mayoría de los asentamientos predominan los sectores socio-económicos bajos, fenómeno que dio lugar al surgimiento de un considerable número de barrios precarios (villas miseria) siguiendo una orientación sudoeste y alejándose cada vez más del casco céntrico.

Eje Sur: Esta zona, eje de un desarrollo privilegiado gracias al Plan Posadas (1972) está densamente poblada. Combina sectores residenciales, habitados por población de clase media, con áreas comerciales sobre avenidas pavimentadas, y ya saliendo por la ruta 12 algunos aserraderos y el mercado Central de Frutas y Verduras.

Esta concentración de actividades económicas muy diversas generó un incremento en la demanda de fuerza de trabajo, que promovió el asentamiento de población en busca de fuentes de trabajo (Barrio Centenario, Loma Poí, Villa Lanús, Lasa, Parque Adam).

El crecimiento y complejización de la trama urbana responde a un conjunto de estrategias residenciales de los diferentes sectores sociales que constituyen la población de la ciudad. El antiguo casco céntrico, concentrador de las diferentes funciones urbanas (en detrimento del uso residencial), ha sufrido modificaciones relacionadas al traslado de sectores medios y altos, que fueron ubicándose en nuevas urbanizaciones residenciales (La Eugenia, Guazupí, La Cumbre, Chacra184).

El resto del ejido urbano se ve sujeto a procesos de ocupación/valorización/desplazamiento de unos sectores sociales por otros. Las zonas más alejadas, más desvalorizadas (carentes de infraestructura y servicios), han sido ocupadas por aquellos sectores sociales que al no poder acceder al mercado urbano de bienes inmuebles se han localizado espontáneamente, generando conjuntos vecinales marginales (barrios San Marcos, San Onofre, San Lorenzo y otros), ya sea en tierras privadas o fiscales (municipales, provinciales y nacionales).

Las inmobiliarias han jugado un papel importante en la promoción de los nuevos barrios residenciales que se ubican progresivamente en áreas ocupadas con anterioridad por sectores más pobres. La valorización de estos terrenos en diferentes zonas conduce a la conformación de asentamientos que expresan heterogeneidad en el nivel socio-económico de sus habitantes (por ejemplo Guazupí, Chacra 148, etc). Debido a diversas estrategias de desplazamiento, los antiguos ocupantes se han ubicado en terrenos menos valorizados, en zonas aledañas. La vecindad entre estos sectores

de diferente nivel posibilita ocasiones de empleo en la zona, mediante relaciones de prestación de servicios domésticos ("changas" en la construcción, jardinería, limpieza, venta callejera, etc.).

La multiplicidad de los factores mencionados ha influido en la extensión y complejización de la trama urbana, redefiniendo tendencias de crecimiento y áreas de localización. La distribución histórica de la población, medida en función de las densidades habitacionales correspondientes a los censos nacionales de Población y Vivienda 1970, 1980 y 1991 evidencian los resultados de este proceso.

En Misiones además, tal como ocurre en otras provincias del norte, la proporción de población de menores de 15 años supera la tercera parte de la población general, y sólo un 5 % tiene 65 o más años. Después de la provincia de Formosa, Misiones presentó en los últimos años las tasas de natalidad más altas del país (26,9 por mil en 1996, *datos del Ministerio de Salud y Acción Social, Serie 5*).

Misiones comparte con las provincias de la región altas tasas de mortalidad general, que oscilan en alrededor de 8 por mil. En 1995 las tasas de mortalidad infantil (23,2 por mil) y materna (7,9 por diez mil) se encontraban en valores algo menores que los de la región, pero por encima de las tasas nacionales.

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

Depto. Capital

AÑO	NAC. VIVOS	TOTALES			TASAS			
		DEFUNC			NATAL	MORT		
		GENERAL	INFANTIL	MAT.		GRAL	INFANT	MAT
1987	5964	1286	190	3	31,0	6,7	31,8	0,5
1988	5958	1171	175	2	29,7	5,8	23,3	0,3
1989	6038	1235	180	4	29,0	5,9	28,8	0,7
1990								
1991	6642	1196	163	6	30,4	5,5	24,5	0,9
1992	6298	1311	143	3	27,8	5,8	22,7	0,5
1993	6187	1383	188	3	5,9	5,9	30,3	0,5

Fte: Indicadores Sociales de Misiones, PROMIN, año 1995

El patrón de mortalidad en la provincia es similar al del resto de las del nordeste argentino. Un alto porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas que supera el 10%, y casi un 13% de las muertes con causas mal definidas. El cáncer es responsable de un 13% de las muertes, y las cardiovasculares generan el 24%. El peso de los accidentes en la mortalidad general es un poco más alto que en las provincias vecinas, alcanzando un porcentaje superior al 8%.

Las tasas de incidencia de tuberculosis han descendido progresivamente de 55 por cien mil en 1980 a 30 por cien mil en 1996. Sin embargo la incidencia de meningitis tuberculosa se ha mantenido estable, (*Morbilidad por TBC, Inst. Coni, 1996*). Los envenenamientos por animales ponzoñosos son un problema característico de la provincia, y entre los años 1994 a 1996 se han notificado alrededor de 600 casos por año.

En cuanto a otras endemias, se notificaron una serie de casos vinculados con la epidemia de sarampión del sur del Brasil de 1997, detectados en la segunda mitad de ese año en menores de 1 a 4

años y en adultos menores de 40 años, lo que hace prever la posibilidad de la extensión de la epidemia hacia la Argentina.

La provincia contaba en 1992 con un total de 977 médicos, lo que representa aproximadamente un médico por cada 800 habitantes, (*Abramzón 1993*). En 1995 se contaba con 122 establecimientos con internación y 321 sin internación, (*MSAS, 1995*). De ellos el sector oficial contaba con 37 hospitales y 180 centros de atención ambulatoria. Estos servicios se encuentran distribuidos en los 17 departamentos de la provincia. Siin embargo, la utilización de estos servicios difiere notablemente de un departamento a otro, (*Perspectiva Epidemiológica - Argentina 1996*). Diferentes grados de complejidad y tipos de servicios en los diferentes hospitales dan como resultado el traslado de los pacientes para demandar servicios fuera de su área de residencia.

Este aspecto repercute especialmente en Posadas, donde se encuentran los servicios de mayor complejidad y formación del recurso médico (residencia en Medicina General), con una de las tasas de egresos más alta de toda la provincia y una relación consulta/egreso más baja, como consecuencia de que pobladores de otros departamentos van a internarse en su establecimiento.

A la demanda sobre el sector oficial de aproximadamente un 50% de la población que no cuenta con cobertura social, se agrega un porcentaje variable de población que sí la tiene, marco que determinó que un **número creciente de hospitales en la provincia haya comenzado a arancelar sus servicios**, lo que permite un recupero financiero, en especial por la atención de la población con cobertura.

A estos factores de atención sanitaria se los debe refeenciar con la cantidad y la capacidad adquisitiva de la población demandante. El

departamento Capital, que como dijéramos consideramos una unidad a los efectos del diagnóstico incluyendo a los municipios de Posadas, Garupá y Fachinal, muestra indicadores sociales que reseñamos a continuación, para favorecer el análisis posterior:

Esta baja tasa de desocupación probablemente se ha incrementado en los últimos años, a partir de la desregulación del cultivo de la yerba y la caída de los precios de productos del agro en general, lo que produjo un crecimiento del flujo migratorio interno campo-ciudad y un ensanchamiento del cordón de pobreza en torno de las ciudades más grandes de la provincia de Misiones, especialmente Posadas.

La tasa de nacimientos y defunciones que hemos detallado más arriba marca un crecimiento vegetativo bastante similar al de otras ciudad del Nordeste argentino, pero si junto a este análisis incluimos el creciente flujo de migración interna campo-ciudad, se determina una evolución de la población en el Departamento Capital que sobresale en el conjunto de provincias vecinas, determinando una particularidad propia de Posadas y centros urbanos aledaños. Sin embargo, este fenómeno no es nuevo, y ya desde la década del 70 el Gran Posadas –como ya dijéramos- viene mostrando un crecimiento poblacional significativo

Los registros estadísticos datos están señalando un crecimiento vertiginoso de la ciudad de Posadas, aunque menor que en otras localidades misioneras como San Vicente y Jardín América, que se colocaron al tope de las que más habían crecido en el decenio 80/90 según el Censo Nacional del 91. Sin embargo, las dimensiones de la ciudad capital hacen que este crecimiento –al duplicar su población en el lapso de 20 años- impacte directamente en todos los servicios comunales y provinciales existentes. Las

proyecciones que hablan en 1999 de 62 mil habitantes más que en 1991, verdaderamente demuestran que ese ritmo se agudizó.

Si tomamos en cuenta que Misiones constituyó hasta hace muy poco tiempo una de las pocas provincias argentinas que contaban con alto índice de población rural (casi un 40% hace 30 años) y que el proceso de urbanización se vio –como vimos- claramente incrementado en las últimas décadas a partir de la desregulación económica, se puede esperar sin duda que esa incidencia en la calidad y cantidad de los servicios producirá un impacto negativo aún mayor.

A la creciente presión demográfica observada en el Departamento se le debe sumar una crónica carencia de infraestructura para el saneamiento básico, que trae aparejada una progresiva contaminación ambiental. Esta problemática, en los barrios donde se ha demostrado más aguda (sur de Posadas y márgenes del Mártires), convierte al medio ambiente en un hábitat inseguro para las personas que allí viven, traducéndose en una menor calidad de vida en general y en una disminución de los niveles de salud en particular.

Los asentamientos periféricos en la interfase urbano-rural de Posadas han ocupado lugares despoblados o muy poco poblados, degradando áreas naturales que rodeaban a la ciudad y produciendo cambios ambientales de relevancia que se agravaron ante la imposibilidad presupuestaria de llegar a atenderlos en tiempo y forma con servicios sanitarios confiables.

Esta problemática, llevada a escala de la vivienda particular y su entorno, produjo el deterioro de la calidad del agua consuntiva por defectos en el saneamiento de la propia eliminación domiciliaria al carecer de cloacas, por falta de desagües pluviales adecuados y por

una recolección de residuos deficiente, que al ser enterrados o arrojados en terrenos baldíos acaban contaminando por lixiviación en mayor proporción que las mismas excretas.

Este deterioro ambiental impacta directamente en los sectores de menores recursos, con una ecuación negativa diferencial que retorna como enfermedades, poniendo en crisis a un sistema de salud ya de por sí muy frágil.

La histórica carencia en el Gran Posadas de infraestructura de recolección y cloacas se ve así aumentada casi geométricamente año tras año. La ausencia de planificación en el pasado se está pagando ahora a un alto costo, y sólo pensar en lo que habrá que romper para alcanzar un mínimo de barrios servidos por las colectoras deja en claro que los contribuyentes volverán a pagar por pavimentos y veredas parte de lo que ya se creía amortizado, sin contar con las obras de instalación al interior de las viviendas particulares.

A los efectos de un análisis desde la perspectiva de la salud, es importante detallar las características por familia y hogar en el Departamento Capital, así como la población con necesidades básicas insatisfechas que fueron determinadas durante el último censo nacional, que –aunque desactualizadas– sirven de base para un análisis posterior de los sectores con mayor demanda en cuanto a salud, a partir de los datos que reseñamos en el siguiente cuadro:

FAMILIAS Y HOGARES (Año 1991, Depto. Capital)

Viviendas:	58.797	Población:	218.685
Viv. Part:	52.208	Población en viv.part.:	216.622
Nº de hogares en viv.:	55.20	Un hogar:	50.115
Hogar nuclear:	6	Hogar extendido:	11.440
Hogar compuesto:	34.987	Multipers. No familiar:	793
Población nbi:	1.778	% del total:	23,99
	52.466		

Fte: Indicadores Sociales de Misiones, PROMIN, año 1995

Este indicador del 91 con casi un cuarto de la población de los tres municipios con sus necesidades básicas insatisfechas está señalando carencias que hacen a un buen desempeño de la atención sanitaria y la prevención, ya que en general se trata de una población sin cobertura social que puebla los sectores más afectados por epidemias, derivadas de los problemas mencionados.

PRINCIPALES PATOLOGÍAS REGISTRADAS EN LA CIUDAD DE POSADAS

La principal causa de enfermedades endémicas es la pobreza. Si realizáramos una superposición por mapeo de los sectores urbanos y periurbanos de menores ingresos con los puntos donde se han detectado patologías, veríamos que ambos coinciden casi en su totalidad y que muy pocos casos quedan fuera del radio de la pobreza.

Por lo tanto, antes de entrar específicamente al objetivo de este capítulo, resulta conveniente señalar algunas características del problema de la pobreza en el Departamento Capital de Misiones.

Un aspecto muy importante es la información resumida resultante del Censo de talla de escolares de primer grado, convenio Unicef-Gobierno de Misiones sobre nutrición, ya que cualquier aumento en los índices de pobreza va a dar como resultado un aumento de este indicador. Posadas se encontraba en 1994 en un nivel bajo respecto de la provincia, pero en 1997 este censo demostró que el Departamento Capital comenzaba a ingresar en una situación de alerta. Este alerta estuvo determinado por el hecho de que mientras en 1994 la tasa de criticidad era de 15.0 en el departamento, en 1997 ya ascendía a 17.4.

Esta mayor incidencia negativa es posible que tenga que ver con el incremento en el número de familias pobres urbanas, que se produce por la mencionada tendencia creciente de la migración rural-urbana en los últimos años, y no por un descenso de la calidad de vida de la población tradicionalmente asentada en la periferia.

Al mismo tiempo, se comprobó que algunos de estos bolsones comenzaban a desaparecer en algunos sectores críticos, por las

características ambientales, habitacionales y de servicios que se les brindó, como es el caso de los pobladores de las zonas afectada por la EBY, cuando se relocalizó gente que vivía en condiciones paupérrimas, trasladándola a barrios con casi todos los servicios básicos cubiertos.

En otras zonas vemos que aumenta rápidamente la densidad en áreas accesibles a los asentamientos intrusivos. Es una hipótesis a verificar que el impacto negativo en los índices de pobreza devenga de este crecimiento y no de un descenso de los niveles generales de desempeño social, pero entendemos que se trata de una presunción con cierto fundamento, en tanto proporcionalmente los pobres urbanos son hoy muchos más que cinco años atrás y la caída en la producción no justifica la totalidad de esos índices.

Pero más allá de estas hipótesis sobre el origen del incremento en los datos negativos, lo cierto es que los índices de peso y talla 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.

Siguiendo con la orientación establecida de relacionar pobreza y enfermedad, podemos decir que en 1980 la proporción de hogares con NBI fue del 39,2% y en 1991 del 30%. En Posadas, en 1991, la proporción de población en hogares con NBI era del 32%, bajando al 23 % en 1995 según datos del Promin, con un muestreo tomado antes de la actual crisis económica, que ciertamente debe haber impactado negativamente en esas cifras.

Dentro de estos sectores con NBI, uno de los riesgo más alto de infección se da en el acarreo de agua para beber, ya sea desde

cisternas, camiones tanque municipales o desde canillas públicas. El porcentaje de población posadeña que contaba con servicios de agua potable domiciliaria en 1997 era solamente del 35%. Otro riesgo de consideración es la insuficiencia cloacal de Posadas, que resulta casi atávica. El porcentaje de población con acceso a servicio de red cloacal no supera un ridículo 0,40%.

Si tomamos la proporción de población que cuenta con servicios de agua potable domiciliaria y acceso a la red cloacal en toda la Provincia, vemos que era de sólo el 7,35% para ese mismo año. Esto señala un atraso de Misiones en cuanto a infraestructura de este tipo.

Estudios de toda índole han mostrado 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 (ver detalle en capítulo 2). A esto se agrega su carácter de ciudad ribereña del Paraná, sometida al menos a dos inundaciones anuales que azotan los bajíos urbanos donde reside aún gran cantidad de población.

El reciente informe de la EBY (ver cuadro más abajo) da cuenta de la notificación negativa de casos de cólera, dengue, paludismo en el departamento y decrecimiento de las diarreas en Posadas; pero por otro lado hemos visto informes que incluyen casos de estas enfermedades. Por otro lado, la deficiencia peso/ talla verificada entre escolares de primer grado exhibe aumento de la desnutrición. En enero de 1997, un sondeo en hogares de pobres urbanos -en plena campaña anticólera- detectó que sólo el 36% de las madres hervían el agua, usaban lavandina para purificarla o lavaban los tanques. Del total censado, además, sólo el 18% mencionó al cólera

entre las enfermedades transmitidas por el agua, y el 53% informó que nunca había sido visitado por agentes sanitarios.

Respecto del vigilancia epidemiológica, a partir de los datos aportados por el Informe del Ministerio de Salud Pública de Misiones para la Entidad Binacional Yacyretá, que abarca los años 1995, 1996 y 1997, señalaba los siguientes índices:

PATOLOGIAS BAJO ESTUDIO SISTEMATICO	1994/97 EN CAPITAL
Fiebre tifoidea y paratifoidea	sin casos notificados
Febriles exantemáticas agudas	>
Sarampion	<
Diarreas	>
Hepatitis	<
Dengue	sin casos notificados
Esquistosomiasis	sin casos notificados
Cólera	sin casos notificados
Fiebre amarilla	sin casos notificados
Paludismo	sin casos notificados

Como vemos, hasta ese año (1997) no se habían verificado (lo cual no quiere decir que no se hayan producido) casos de las patologías con mayor riesgo de brote.

Se hace mención en estas mediciones efectuadas para el período 94/97 a una disminución de casos de hepatitis y a un aumento de las diarreas en niños menores de cuatro años, pero esto puede ser señalado como una probable distorsión debido a cambios en la metodología de registro (*cambios artificiales*), pues hay mayor sensibilidad para identificar patologías y gérmenes. Al mejorar la metodología se modifican los datos comparativos.

Otro tema que se destaca en este informe, donde se puede percibir la situación general, es el riesgo por la vecindad con Paraguay, país con el cual muchas veces se verifican diferentes estrategias de

prevención a pesar de los convenios firmados. El caso específico al cual se hace mención es la ya mencionada onda de sarampión que en 1997 se inició en San Pablo y descendió al Paraguay por Ciudad del Este, llegando hasta Encarnación y amenazando directamente a Posadas. Vinculados a la epidemia de sarampión del sur del Brasil de 1997, se notificaron en la segunda mitad de ese año una serie de casos en menores de 1 a 4 años y en adultos menores de 40 años que hacen prever la posibilidad de la extensión de la epidemia a la Argentina.

Además del sarampión, en cuanto a rubeola observamos que se produjo un notable incremento entre 1995 y 1997. Probablemente este incremento esté relacionado a las mismas causas del sarampión, porque además de las fuentes locales de riesgo se agregó en el marcado incremento del flujo de tránsito entre Posadas y Encarnación. Incluso cabe mencionar que ni siquiera en épocas de epidemia se han operado controles estrictos sobre las personas que cruzan el puente internacional. Estos han sido laxos o inexistentes en materia sanitaria.

Se informa en este trabajo que durante la onda epidémica de 1997 Paraguay no adoptó como política una campaña de prevención masiva, a pesar de que Misiones ofreció su apoyo para desarrollar una práctica extensiva en el país vecino, incluso con recursos argentinos. Sin embargo esta propuesta no fue aceptada por Paraguay.

Esta falta de coordinación sanitaria se vio agravada porque en Posadas, donde en 1995 y 1996 la cobertura de vacunación antisarampionosa para niños de hasta 1 año había sido muy alta (más del 90%), en 1997 se produjo un marcado descenso y sólo se vacunó el 63% de la totalidad de los niños. Este agravante hizo que el mencionado informe anticipara muchos más casos para 1998.

El siguiente señalamiento también sirve para determinar los agravantes de riesgo instalados en la ciudad de Posadas: "La presencia de influenza y enfermedades pulmonares es muy variable en el período estudiado, pero se debe considerar como un problema de vigilancia epidemiológica de significativa importancia si se tiene en cuenta el aumento progresivo de las mismas ya que representan el 25% de los egresos del Hospital Provincial de Pediatría para el año 1991. Más aun, si se agregan como variables las deficiencias del sistema de información estadística (...), en líneas generales podemos decir que la persistencia de enfermedades inmunoprevenibles es manifiesta, motivo que demuestra defectos en la cobertura de la población infantil en lo que hace a la vacunación específica, pues de realizarse efectivamente la vacunación, las patologías deberían estar bajo control" (Fuente: Prediagnóstico ambiental y de salud de la ciudad de Posadas, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, AECI/OPS).

El patrón de la mortalidad de la provincia es similar al del resto de las provincias del noreste argentino. Un alto porcentaje de muertes por enfermedades infecciosas que supera el 10%, y casi un 13% de las muertes con causas mal definidas. Los envenenamientos por animales ponzoñosos son un problema característico de la provincia. Durante los años 1994 a 1996 la provincia ha notificado alrededor de 600 casos por año. El cáncer es responsable de un 13% de las muertes, y las cardiovasculares generan el 24%. El peso de los accidentes en la mortalidad general es un poco más alto que en las provincias vecinas, alcanzando un porcentaje superior al 8%.

Las tasas de mortalidad general, natalidad, mortalidad materna y mortalidad infantil (ver cuadros incorporados en el capítulo Introducción) también resultan buenos indicadores para el dimensionamiento de los niveles de salud en una población. La tasa

general en este ítem, dentro del departamento Capital de Misiones, es inferior a la media del país. Esto es adjudicable a que Misiones cuenta con una población más joven; por la misma razón la natalidad se mantiene elevada, ya que la población joven progresiva se corresponde con una mayor fertilidad.

Misiones comparte con las provincias de la región altas tasas de mortalidad general ajustadas que oscilan alrededor de 8 por mil. En 1995 las tasas de mortalidad infantil (23,2 por mil) y materna (7,9 por diez mil) se encontraban en valores algo menores que los de la región pero por encima de las tasas nacionales. Después de la provincia de Formosa, Misiones presentó en los últimos años las tasas de natalidad más altas del país (26,9 por mil en 1996), (*MSAS Serie 5*).

En el departamento Capital se observa entonces y especialmente un descenso de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil, cifras que a través del tiempo presentan una tendencia decreciente que las acerca a la tasa nacional (cerca del 22%).

Como ya vimos, el gráfico 8 de "Misiones: indicadores sociales", Promin, 1995, muestra entre 1980 y 1994 para toda la provincia una abrupta caída de la mortalidad infantil. Pero también es dable observar -aunque en menor medida- que desciende la mortalidad neonatal precoz, y acusa mayor descenso la mortalidad post-neonatal (hasta menos de 1 año de edad).

En cuanto a la atención de la salud, el Gobierno Provincial atiende esta problemática a través del Ministerio de Salud Pública, que de acuerdo con la última modificación introducida (Poder Ejecutivo de la Provincia de Misiones, Decreto N°1535 del 17/09/1997) se halla estructurado en tres subsecretarías administrativas, y geográficamente en cuatro zonas sanitarias. En lo referente a la

pertinencia de la investigación para el presente informe, cabe destacar que es en el ámbito de la Subsecretaría de Salud donde se encuentran la mayor parte de los espacios institucionales que tienen asignada las misiones y funciones de inserción en salud comunitaria.

Establecimientos de Salud en Posadas: actualmente, en la Zona Capital se encuentran el Hospital General de Area "Ramón Madariaga", el Hospital "Ramón Carrillo" (Neuropsiquiátrico) y el Hospital "Baliña" (Enfermedades Infectocontagiosas), además de 29 centros de atención primaria distribuidos en el ejido urbano.

Se estima que los servicios públicos de atención y aquellos prestados por la medicina privada a través de las obras sociales cubren en partes iguales el 50% de la población. No obstante, la carga que soporta el sistema oficial se incrementó mucho en los últimos años.

Situación epidemiológica: en lo que respecta a las patologías registradas en la Provincia de Misiones desde el año 1992, el número de afectados ha disminuido en enfermedades tales como sarampión, diarrea y meningitis. Las patologías mencionadas se han presentado como brotes epidémicos en diferentes etapas entre 1992 y 1997, cuando se ejecutaron campañas de vacunación y prevención intensiva. En el caso de meningitis y hepatitis, la inmunización aún no es sistemática. Algo similar está ocurriendo actualmente con la vacunación anti-gripe virósica, cuya administración se restringe sólo a afiliados a obras sociales. Muy diferente es la curva de evolución que se observa para los casos registrados de lepra, tuberculosis, sífilis y blenorragia. En cuanto a tuberculosis y lepra, los centros de salud especializados adolecen de un déficit presupuestario crónico que lleva a que sus mismas autoridades reconozcan que las instituciones sólo puede afrontar

aproximadamente el 50% de los pacientes en términos de tratamiento. Todo lo restante queda bajo la responsabilidad del afectado, aunque no así en cuanto a los medicamentos que son gratuitos y provistos por el Ministerio de Salud Pública .

En el caso concreto de la tuberculosis, en la Argentina se verifica actualmente un nuevo pico de agravamiento de la enfermedad relacionado directamente con el incremento de la pobreza. Este aspecto se agudiza además por la creciente combinación de esta enfermedad con el virus del HIV, que genera inmunodeficiencia para resistirla. Además, se ha comprobado la aparición de cepas del mal resistentes a las drogas usadas tradicionalmente.

Las tasas de incidencia de tuberculosis han descendido progresivamente de 55 por cien mil en 1980 a 30 por cien mil en 1996, sin embargo la incidencia de meningitis tuberculosa se ha mantenido estable, (*Morbilidad por TBC, Inst. Coni, 1996*).

Estadísticamente, los datos epidemiológicos de Misiones se aproximan en general a la media nacional, a pesar de lo cual la provincia está clasificada como integrante de la denominada "área endémica", situación que comparte con cuatro provincias más.

Lo que se puede afirmar es que a pesar de no haber sido censados casos específicos en el departamento Capital, existe un alerta epidemiológico por la presencia de dengue, paludismo y leishmaniasis en zonas cercanas al Gran Posadas. 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.

PROBLEMAS Y RIESGOS ESPECÍFICOS DE SALUD

Como ya dijimos, las causas de la mortalidad en Misiones son semejantes al del resto de las provincias del nordeste argentino. Las muertes por enfermedades infecciosas superan el 10%, y en cuanto a la mortalidad infantil se estima que más del 50% de sus causas pudieron estar en condiciones de ser evitadas.

La morbilidad general nos muestra una alta prevalencia de patología respiratoria, gastrointestinal, aumento significativo de chagas o tasas altas de enfermedades infectocontagiosas. En el último decenio se han notificado en la provincia distintas patologías tales como blenorragias, sífilis, tuberculosis, coqueluche, diarreas, sarampión, meningitis, hepatitis entre otras.

En líneas generales podemos afirmar que la persistencia de enfermedades inmunoprevenibles demuestra defectos en la cobertura de la población infantil en lo que hace a la vacunación específica ya que, de realizarse efectivamente la inmunización, las patologías deberían estar bajo control. El sarampión por ejemplo se mantuvo con cifras elevadas a pesar de las diversas campañas de vacunación, notándose un mejoramiento de los índices a partir de 1994. En cuanto a la hepatitis, es una de las pocas patologías que no representa un gran problema para la provincia. En los últimos años se viene observando un franco descenso en la incidencia. No ocurre lo mismo con las diarreas, que sí constituyen un serio problema sanitario para la provincia y especialmente para el Departamento Capital.

La Tasa de mortalidad infantil ha descendido progresivamente, desde el 31,5 por mil en 1987 hasta el 24 por mil en 1998; Entre las

causas de la mortalidad infantil post-neonatal se encuentran principalmente las diarreas y las infecciones respiratorias, en tanto que la tasa de mortalidad neonatal esta causada principalmente por la falta de acceso a los servicios de salud de la mujer embarazada con falta de controles adecuados durante la gestación. "Se estima que el 50% de las muertes son evitables, que aproximadamente el 30% de las defunciones infantiles ocurren sin atención profesional (1990) y que el 7% de los nacimientos carecen de atención médica" ProMIN¹.

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE NATALIDAD, MORTALIDAD

Y CRECIMIENTO VEGETATIVO EN LA PROVINCIA 1990-1999

Año	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Crecim. Vegetativo
1990	31,4	5,9	26,0
1991	34,0	5,6	28,4
1992	31,8	5,7	26,1
1993	29,5	5,7	23,8
1994			
1995			
1996			
1997			
1998	29,2	5,6	23,6
1999			

*Por mil nacidos vivos

Fuente ProMIN-Proyecto Misiones, SubProyecto POSADAS, Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones

La Tasa de natalidad en tanto, a pesar de un descenso en la curva producida en el año 1993, continúa siendo una de las mas elevadas del país.

¹ ProMIN-Proyecto Misiones, Subproyecto POSADAS
Tomo 1-Diagnóstico, pag 112

Los indicadores de morbimortalidad 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 lo que significa que la vigilancia epidemiológica carece de confiabilidad al no existir una adecuada sistematización en tiempo real para dicho proceso, este hecho debería ser tenido muy en cuenta por las autoridades sanitarias provinciales y nacionales, ya que adquiere un valor estratégico por la conformación geopolítica de la provincia y su estrecha y fluida vinculación fronteriza con los países vecinos de Paraguay y Brasil, con los cuales se tienen más de 1100 km de fronteras internacionales.

MORBILIDAD

Como ya vimos, la morbilidad general se presenta con alta prevalencia de patología respiratoria, gastrointestinal, hepatitis y accidentes, aumento significativo de chagas y tasas altas de enfermedades infectocontagiosas. Según datos de la Dirección de Epidemiología de la Provincia y de acuerdo con cifras comparativas con el año 1997, los datos más significativos nos indican que la tasa de incidencia de la rubeola ha descendido del 2.7 por mil en 1997 a 1.09 por mil en 1999, en tanto el sarampión que tenía una tasa de 2.04 por mil en el año 97 pasó a 0 de incidencia en el 1er semestre del año 98.

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

Un comentario aparte merecen los casos de hepatitis, ya que mientras en el año 1997 hubieron 3 casos registrados de hepatitis "A" y 3 de hepatitis s/e, con una tasa de incidencia de 0.11 para cada una de ellas, en el 1er semestre del 99 ya se habían registrado 96 casos de Hepatitis "A" y 86 de Hepatitis s/e, con una tasa de incidencia para cada una de ellas de 6.98 y de 6.25 respectivamente, pero con la aclaración por parte de la dirección del área de que se trataron de casos notificados en distintos centros de la provincia, de efectores tanto público como privado

Esta situación sin lugar a dudas despierta ciertas dudas respecto de los sistema de control y registro por parte del personal involucrado en la tarea de vigilancia epidemiológica.

Por último, y siempre referido a las patologías gastrointestinales, observamos que la diarrea en niños de 0 a 4 años constituye el grupo mas importante a tener en cuenta. En el año 1997 se registraron 7976 casos de diarrea en niños de 0 a 4 años, en tanto que en el 1er semestre del año 1999 ya se llevan registrados 4486 casos, con una incidencia de 326,3 por diez mil habitantes, mientras que en el año 1997 fue de 295,35 por diez mil.

FACTORES DE RIESGO

A los efectos de determinar los factores de riesgo en materia de salud en la Provincia de Misiones, decidimos abocarnos a analizar la problemática en la ciudad Capital de Posadas por diversos factores:

Según un estudio efectuado sobre **“La Pobreza en la ciudad de Posadas”**, se estimó que en 1988 el 56,9% de los hogares de la ciudad de Posadas vivían en situación de pobreza, y que ello comprendía a 118.000 personas representando aproximadamente al 64,1% de la población total estimada para ese entonces (183.546 hab.)

Esta población con crecimiento explosivo en los últimos 20 años, devino en un proceso desordenado y sin planificación, con la consecuente dificultad en la obtención de los servicios urbanos mínimos indispensables para una adecuada calidad de vida (ver capítulo respectivo).

Esta situación de explosivo crecimiento se produjo principalmente de espaldas del río Paraná, con la formación de polos de asentamiento alejados de la zona céntrica, alguno de los cuales se produjeron en la ribera de arroyos altamente contaminados (tanto porque sirven de vertiente de los líquidos cloacales, como también por ser sumidero de residuos sólidos).

La situación planteada se agrava a su vez por la infraestructura de servicios básicos precarios e insuficientes, como ser disposición de agua potable, redes cloacales, recolección y disposición final de basura, carencia de vivienda digna. Esto hace que a pesar de que los valores de necesidades básicas insatisfechas aparecen descendiendo en los últimos muestreos, existan muchos factores

negativos de calidad que se ven acentuados sin un horizonte de mejoramiento en tiempo prudencialmente corto.

Estos elementos se conjugan lo suficiente como para considerar a dichas zonas como las de mayores riesgos para las condiciones de salud de sus habitantes, dada la precariedad del medio: vivienda inadecuada (hacinamiento, precariedad, etc.), falta de colectores cloacales, agua potable y manejo de los residuos urbanos.

Otro elemento que constituye a potenciar el riesgo en dichos asentamientos está constituido por los factores climáticos en la región, ya que el agua actúa como soporte de diversos vectores, sumado al efecto que se produce con el crecimiento del río Paraná y el desborde de los arroyos que inundan los hogares de los pobladores de dichas zonas.

En cuanto a la represa hidroeléctrica de Yacyretá (que no puede escapar del presente análisis), no puede considerarse como causante de todos los problemas ambientales y sanitarios de la ciudad, pero sí es importante señalar que la falta de cumplimiento de las obras y de todas las medidas necesarias para atenuar el impacto en los aspectos más críticos puede potenciar los problemas ya existentes.

En lo que hace a la disposición e infraestructura de los servicios de salud -principalmente efectores públicos- no existiría una gran demanda insatisfecha, pero sí en cambio se observa un marcado déficit en lo que hace a la estrategia de salud pública para llevar adelante las actividades de promoción de la salud, prevención y vigilancia epidemiológica, actividades necesarias e indispensables en toda sociedad que pretende mejorar la calidad de vida de sus habitantes:

PROVINCIA DE MISIONES: PATOLOGIAS

Nº de casos y tasa de incidencia por 10 mil h.

GRUPO DE PATOLOGIAS	1998		1999 (1º semestre)	
	Casos	Tasa Incid.	Casos	Tasa Incid.
GASTROINTESTINALES	10.442	107,83	11.044	114,05
Diarreas en < 5 años	6.794	70,16	7.346	75,86
Diarreas en 5 y + años	3.324	34,33	3.274	33,81
Diarreas s/ e edad	3	0,003	0	0,00
Hepatitis "A"	76	0,78	25	0,26
F. Tifoidea	0	0,00	0	0,00
Cólera	0	0,00	0	0,00
Intoxicación Alimentaria	73	0,75	71	0,73
INMUNOPREVENIBLES	423	4,37	232	2,40
Parotiditis	192	1,98	95	0,98
Rubeola	39	0,40	26	0,27
Sarampión	85	0,88	1	0,01
Coqueluche	9	0,09	6	0,06
Difteria	1	0,01	0	0,00
Tétanos	0	0,00	1	0,00
Parálisis Flaccidas < 15 años	0	0,00	1	0,01
Tbc. Sin Especificar	80	0,83	49	0,51
Hepatitis "B"	8	0,08	9	0,09
Meningoencefalitis	9	0,09	44	0,45
RESPIRATORIAS	13.757	142,07	12.479	128,87
Neumonias	1.202	12,41	797	8,23
Influenza	12.555	129,65	11.682	120,64
E.T.S.	416	4,30	370	3,82
Supuraciones Gonocócicas	233	2,41	179	8,23
Sífilis 1 y 2	40	0,41	48	0,50
Sífilis Congénitas	36	0,37	0	0,00
Sífilis s/e	104	1,07	141	1,46
Chancro Blando	3	0,03	2	0,02
ENV. ANIM. PONZOÑOSO	389	4,02	365	3,77
Ofidismo	97	1,00	62	0,64
Pers. Mord. x Anim. Sosp. Rabia	292	3,02	300	3,10

PROVINCIA DE MISIONES: PATOLOGIAS

Nº de casos y tasa de incidencia por 10 mil h.

	<u>1998</u>		<u>1999 (1º semestre)</u>	
Aracnoidismo	0	0,00	3	0,03
ACCIDENTES	1.868	19,29	3.254	33,60
Accidentes Viales	593	6,12	652	6,73
Accidentes s/e	1.275	13,17	2.602	26,87
OTRAS	186	1,92	270	2,79
Fiebre Reumática	23	0,24	28	0,29
Micosis Profunda	73	0,75	149	1,54
Otros Tóxicos	59	0,61	72	0,74
Chagas Agudo	4	0,04	0	0,00
Chagas s/e	14	0,14	11	0,11
Leishmaniasis	3	0,03	5	0,05
Lepra	10	0,10	1	0,04
Paludismo	0	0,00	4	0,04

*Fuente: Instituto Provincial de Estadísticas y Censos.

Frente a este cuadro general de situación, queda claro que sin participación ciudadana y coordinación entre todos los estamentos dedicados al tema de la salud resulta casi imposible prevenir los posibles brotes epidémicos que anuncia la cercanía geográfica de apariciones de brotes de las patologías mencionadas, además de las tradicionales patologías observadas en la zona de Posadas.

Todo el cuadro descripto no hace más que ratificar la idea de que el mayor aporte para el mejoramiento de las condiciones de salud de los misioneros, y de Posadas en particular, va a estar dado por la provisión de los servicios de agua potable, colectoras cloacales y adecuado sistema de desecho de los residuos urbanos, a la par del mejoramiento, la integración y coordinación de las acciones de

salud con la debida participación y compromiso de la sociedad, todos programas tendientes a lograr una comunidad más sana.

En la ciudad de Posadas, cada dos años cerca del 80% de la población incluida en el padrón electoral participa en las elecciones que a nivel provincial se realizan para la selección de dirigentes en los organismos del Estado (nacional, provincial y municipal). En este año de 1999, esa población total significará poco menos de 114.500 habitantes. Se trata de ocasiones muy significativas para instalar este debate central sobre la futura calidad de vida de una ciudad en constante transformación.

En el Gran Posadas existe un total de 150 Comisiones Vecinales, de las cuales más de 100 regularizan su funcionamiento a través de elecciones periódicas. Además, algunas asociaciones apoyan el accionar de los centros barriales de salud, y como veremos en el capítulo correspondiente, esto puede significar una herramienta poderosa para realizar diagnósticos y para encarar campañas de prevención.

FACTORES AMBIENTALES DE RIESGO

SUBSUELO

Si tuviéramos que escoger alguna causa natural que redunde en un incremento de los niveles de riesgo ambiental de la ciudad de Posadas debemos comenzar por su particular geomorfología, impuesta por la predominancia del basalto expuesto o a escasa profundidad que es propio de toda la provincia. La ciudad está además, como ya mencionamos, enmarcada por los A° Mártires y Zaimán (además de cursos secundarios interiores) adonde van a parar todos los efluentes no absorbidos, todos cauces que de esta manera -con sus vertidos en el río Paraná- contaminan el área capitalina.

Esta conformación geomorfológica, unida a una topografía ondulante demarcada por ocho cursos de agua superficiales de bajo orden y aguas subterráneas contaminadas, generan en buena parte del ejido urbano bolsones con afloramiento de aguas de difícil escurrimiento, a lo que se suma un mal uso del suelo derivado de un trazado urbanístico en cuadrícula (según los reglamentos para la ciudad) más adecuado para planicies.

Los loteos en regla que acompañaron este trazado poco feliz produjeron que la edificación tendiera a ubicarse en los lugares más altos. Sin embargo, y particularmente en las últimas dos décadas, el crecimiento poblacional presionó para el surgimiento de *barriadas ilegales*, vulnerables a las consecuencias negativas de la utilización de terrenos más bajos. Se agregaron así al paisaje los aglomerados urbanos de pobreza en situación de intrusión, cuyo mapeo muestra claramente su dispersión dentro del ejido ocupando los bajíos anegadizos.

Concretamente, podemos decir que los emplazamientos residenciales no acompañan adecuadamente esta topografía irregular, y encontramos de esta manera miles de viviendas en terrenos inaptos para la habitación saludable.

Una de las preocupaciones del Concejo Deliberante de Posadas, expresada en proyectos de ordenanzas que hasta ahora sólo se han aplicado parcialmente, expresaba claramente ya en 1992 que se carecía de datos sobre las características geomorfológicas de Posadas, dado que las numerosas perforaciones encaradas comenzaban sin la necesaria referencia de trabajos similares realizados por administraciones anteriores, limitando el análisis técnico de selección de lugares más convenientes para futuras perforaciones o para un uso racional de los recursos subterráneos.

Esta carencia de datos afecta directamente el conocimiento sobre el subsuelo, ya que al no haber sido procesados centralizadamente se perdieron o no están disponibles. Tomando en cuenta que el Estado había pagado los metros perforados, esta situación fue caracterizada como inadmisibles y como un "regalo" de los contribuyentes, transformando un servicio de por sí de alto costo en una permanente duda sobre su verdadera utilidad.

La carencia de un registro sistemático de esta información ha impedido la realización de diagnósticos y predicciones sobre el comportamiento de las aguas subterráneas del departamento Capital. Un ejemplo de esta falta de prospectiva estuvo dado por la perforación de una batería de pozos en 1991, realizada por EMSA (Electricidad de Misiones S. A.), destinada a enviar agua a los refrigeradores de su central de ciclo combinado y que provocó el descenso de todos los niveles en la zona de sobreexplotación, demostrando que el recurso es escaso aunque renovable dentro de ciertos límites, guardando estrecha relación con la recarga directa

por lluvias y acotado por un recursos superficial totalmente contaminado por la proliferación de pozos negros, letrinas y descargas directas de efluentes a la vía pública.

Este ejemplo señala claramente que los recursos naturales del subsuelo de Posadas poseen una interdependencia funcional con los demás elementos que componen el conjunto urbanístico, que sufre profundos cambios cuando un elemento como éste, al no ser suficientemente evaluado, colapsa.

La calidad de una ciudad debe medirse entonces no sólo por lo que aparece a simple vista sino también, y especialmente, por lo que no se ve. El subsuelo es determinante, esencialmente en ciudades como Posadas (que como veremos casi no cuenta con cloacas), para la sustentación de un nivel aceptable de calidad de vida, donde el ítem sanitario ocupa un lugar preponderante.

El uso indiscriminado que durante décadas se ha hecho del subsuelo posadeño, aún en zonas donde las características geomorfológicas resultaban altamente favorables, ha creado problemas de muy difícil solución. Los recursos subterráneos han perdido aquí el supuesto carácter de "ilimitados" que antiguamente se les atribuía, y su uso deberá ser cuidadosamente planificado y controlado en el futuro.

En una ciudad como Posadas, en constante crecimiento como se desprende de los datos censales ya detallados, se torna irreversible alcanzar una legislación sobre los recursos del subsuelo de uso compartido, jerarquizando su manejo dentro del ejido comunal, y como un primer paso en dirección al ordenamiento de un paquete hídrico altamente deteriorado en las zonas urbana y periurbana.

En el tema de aguas subterráneas freáticas o confinadas, se advierte una total carencia de datos, déficit que atenta contra la elaboración de un modelo de manejo de la hidrodinámica de flujos en medios de porosidad secundaria -por fisuras- que determine técnicamente la ubicación de obras, para que estas no se interfieran localmente. Es sintomático que a nivel provincial se encuentren registradas más de 2.000 perforaciones subterráneas, las cuales no han dejado como subproducto ningún tipo de información técnica normalizada que sirva como consulta para verificar valores de caudal, depresión, regímenes de explotación, calidad química y bacteriológica, perfil litológico u otros datos de relevancia. Una falta de información que impacta directamente en la posibilidad de modelizar el funcionamiento hidrodinámico como paso fundamental para comenzar a comprender el fenómeno hídrico subterráneo, máxime en una ciudad como Posadas donde se verifican tantas obras de captación.

Las ordenanzas propuestas en el Concejo Deliberante de Posadas tomaron como ejemplo las prospectivas y planes desarrollados en varias comunas del Brasil, donde se impulsó la recolección de abundante información sobre subsuelos con el objeto de resolver problemas de captación, y por lo tanto sanitarios. Los proyectos presentados por ediles posadeños desde 1992 definen que las empresas de perforación deberán presentar los datos recogidos para estructurarlos en una base informática, pero esta dinámica aún no se está aplicando como programa. La carencia de una Dirección de Recursos Hídricos a nivel provincial o comunal no hace más que resaltar estos déficits.

YACYRETÁ

A los problemas mencionados de saturación del subsuelo por sobreutilización, se suma además un hecho de significativa

relevancia urbana para Posadas, que es el cierre del embalse de Yacyretá y el progresivo aumento de la cota máxima del nivel de las aguas del lago en formación. Este incremento sin duda ha comenzado a provocar una marcada influencia en el flujo superficial y subterráneo, aunque en una medida aún no determinada y de difícil predicción si no se cuenta con la información básica. Para paliar este déficit, la entidad binacional ordenó la perforación de 16 pozos de sondeo, cuyas memorias técnicas (ver Saneamiento) están siendo elaboradas estacionalmente.

En la ciudad de Posadas se instaló, desde el inicio de las obras de la represa, una certeza colectiva de que muchos males derivarían de la concreción de ese emprendimiento. Ciertamente, podemos decir que los grandes embalses de llanura ya no son recomendados por ningún organismo de evaluación y control ecológico a nivel mundial, pero entendemos como correcto realizar una valoración razonable de la historia reciente sobre Yacyretá.

En cuanto a la población relocalizada, se puede afirmar que en muchos casos la acción de la EBY desestructuró modos de producción históricos (como el de los oleros de las ladrillerías y los malloneros pescadores) al trasladar población tradicionalmente costera a zonas alejadas de las riberas del río. Sin embargo, este traslado también significó una mejora radical en las condiciones de vida de esas familias, al otorgárseles viviendas con mejores condiciones de habitabilidad que las que poseían y además dentro de barrios con cobertura de varios servicios públicos con los cuales antes no contaban. Esta centralización en urbanizaciones permitió además un accionar más ajustado de las distintas áreas de atención social, desde educación a salud, e incluso huertas comunitarias para mejorar la nutrición.

Por todas estas características de suma relevancia, dentro del Departamento Capital debe contemplarse como una globalidad el impacto de la construcción de la Represa de Yacyretá en cuanto a la salud pública y a las políticas medioambientales. Este es un proceso todavía abierto, que implica por un lado perspectivas positivas conocidas (como las obras, ver cuadro más abajo) y por otro posibilidades negativas que están siendo constantemente sometidas a debate, y que se relacionan con el estancamiento por menor caudal de escurrimiento de las aguas del Paraná, el consiguiente anegamiento de tierras bajas, la afectación de las napas surgentes y el menor escurrimiento por impregnación de las napas inferiores, además de otras derivaciones no previstas que seguramente irán apareciendo con el tiempo.

Dentro de este marco, debemos resaltar que dentro de la EBY, en 1997/978 se impulsó fuertemente el avance de las obras complementarias, dentro de las cuales -además de las relocalizaciones- resaltan especialmente aquellas relacionadas al saneamiento.

Otro aspecto de suma importancia, que nos parece necesario resaltar, es que a partir de la irrupción de la represa como uno de los temas centrales del cotidiano debate ciudadano se produjo en la población de Posadas un incremento de la preocupación por la ecología y la salud pública. Esta conciencia colectiva todavía se expresa como pensamiento negativo (contra la represa) y no aborda positivamente temas fundamentales como el control de la tala indiscriminada de árboles que se advierte en la ciudad o la cantidad de desperdicios que son arrojados impunemente a los arroyos. Pero ciertamente constituye un elemento positivo en cuanto a instalar en la preocupación ciudadana estos temas, y seguramente servirá de

base para ir paulatinamente encarando la parte de la ecología y atención de la salud que le corresponde a la comunidad.

Resulta explicativo de esta dicotomía el hecho de que se acuse exclusivamente a Yacyretá por la probable infección de grandes zonas costeras de baja profundidad, aunque sin percibir que los desperdicios que producirán esa contaminación provienen de la misma ciudad de Posadas, por el descuido de los vecinos. Lograr que no sean arrojados a la vía pública forma parte de un programa de educación comunitaria para la salud, área que en esta ciudad todavía adolece de enormes carencias de aplicación.

Más arriba señalábamos la parte positiva de las tareas desarrolladas por la EBY en cuanto a relocalizaciones y servicios. El siguiente cuadro muestra un panorama más detallado de estas obras:

OBRAS YACYRETA	EBY	ESTADO ACTUAL
TOMA DE AGUA DE POSADAS	EBY	terminada
ACUEDUCTO VILLA LANUS	EBY	terminado sin uso por falta de capacidad de bombeo de APOS
COLECTORA CLOACAL	EBY	Norte: finalizada Sur: 60% construida Final previsto para ambas en febrero 2000. Faltan las secundarias y las conexiones domiciliarias
PLANTA DE TRATAMIENTO DE LIQUIDOS CLOACALES	EBY	1er. módulo: 95% Final: 2000
TRATAMIENTO COSTERO	EBY	Se comenzó con limpieza y desmalezamiento de cauces de arroyos a cota reducida
MONITOREO DE CALIDAD DE AGUAS CON FACULTAD DE CS.EXACTAS UNAM	EBY	En ejecución
TRATAMIENTO DE SUBEMBALSE (ARROYOS TRIBUTARIOS URBANOS)	EBY	Iniciado a escala minima

Más adelante tomaremos en detalle estas y otras obras de saneamiento, según sus objetivos, características y la situación actual de desarrollo de obras y programas.

Además de Yacyretá, otros organismos -como SAMSA (ex-APOS) - deberán resolver serias deficiencias del sistema de aguas servidas como estas:

Estación elevadora de líquidos cloacales ubicada en Sáenz Peña entre Mitre y Sarmiento	No bombea y desborda por gravedad superficial y subterránea fluyendo hacia el río, hacia Laguna San José y Heller
Estación elevadora de líquidos cloacales ubicada en Sarmiento y Sáenz Peña	No bombea y desborda por gravedad superficial y subterránea, fluye hacia el río en la zona de <i>La Placita y Villa Blosset</i>

Otras obras a tomar en cuenta es el tratamiento de subembalses pequeños por encima de la cota máxima del lago de Yacyretá (cota 85), que constituyen obras menores dentro de la ciudad y están siendo encaradas con involucramiento de la Municipalidad (ver detalle más adelante).

Dentro del tratamiento costero, debemos mencionar también la construcción de la Costanera Norte parcialmente financiada con fondos de la EBY, que saneará en su primera etapa dos kilómetros y medio de costas del río.

Es dable prever que al completarse el llenado del embalse se produzca un cambio de nivel, modificando la altura de descarga de las aguas subterráneas y el gradiente hidráulico, traducido en una variación de la superficie freática que por absorción es el principal destino de las excretas. También influirán la permeabilidad y la

continuidad de las formaciones hidrológicas, en una sumatoria de fenómenos con un efecto que deberá ser tenido en cuenta.

Conociendo la formación geológica del área urbana, resulta previsible que se modificará la línea de ribera por afloramiento de descargas en zonas que no habían sido contempladas, además de un cambio directamente relacionado con el escurrimiento y degradación de los líquidos cloacales descargados en pozos absorbentes.

Por todo lo expuesto, se impone realizar un diagnóstico más completo de la situación actual, y sobre esa base delinear acciones que permitan evitar o por lo menos atenuar los efectos dañinos que el embalse podrá ocasionar. Se deberían priorizar las zonas con probabilidades de resultar más afectadas, verificando su cobertura de servicios sanitarios para planificar una ampliación de los mismos que resulte efectiva ante situaciones críticas.

Afortunadamente el impacto urbano se considera hoy en la EBY como uno de los aspectos que requiere mayor atención, a partir de los efectos directos sobre la calidad de vida de la población en salud pública, premisa que no fuera incorporada en el análisis inicial del proyecto.

Consecuentemente, esta planificación debió ser revisada y ampliada. El Plan Maestro es la muestra de una necesaria gestión conjunta entre el Gobierno Provincial y la Entidad para alcanzar soluciones adecuadas a un problema de responsabilidad compartida.

AGUA POTABLE

El servicio de abastecimiento público de agua de la ciudad de Posadas fue habilitado en 1927. La población es servida actualmente por la recientemente privatizada Administración Provincial de Obras Sanitarias (APOS), que cubre además los servicios de las localidades de Iguazú, Eldorado y San Pedro.

En el siguiente cuadro podemos observar la cantidad de población atendida por red:

COBERTURA GEOGRÁFICA Y POBLACIONAL CON SERVICIO DE AGUA POTABLE-1994

DEPARTAMENTO	DESCRIPCIÓN DE LAS LOCALIDADES				DESCRIPCIÓN SERVICIO	
	LOCALIDAD	VIVIENDAS	POBLACION		COBERTURA POBLAC%	CONEXIONES NUMERO
			NUMERO	SERVIDA		
Capital	Padriñal	10	32	32	100	10
	Grupá	670	2557	1575	61,6	350
	Padriñal	56363	211297	169037	80	39620

Fuente: Indicadores sociales PROMIN - 1995

Si bien la red de agua fue incrementándose a muy buen ritmo en los últimos años, tal aumento se retrasó respecto del crecimiento poblacional. Para 1994 esa cobertura alcanzaba aproximadamente al 54 % de la población total (128.000 habitantes en ese entonces), lo que representaba 32.000 conexiones domiciliarias. De ellas, 15.600 poseían sistema medido de consumo, y se encontraban en instalación otras 6.000, con lo que se apuntaba a que el 65 % contara con sistema medido. Este sistema medido posibilitó, mediante un esquema de obras compartidas (APOS, comisiones barriales, Municipalidad) efectuar ampliaciones de las redes distribuidoras.

Con la infraestructura disponible en 1993 (impulsores, reservas y tanques elevados) se diseñó en abril de ese año un Anteproyecto, mediante un convenio entre la EBY, el Gobierno de la provincia y APOS, para la provisión de agua potable a la ciudad de Posadas,

zonificando a la ciudad en cinco sectores totalmente independientes entre sí. Esta zonificación, que implicaba sistemas de distribución independientes entre sí, permitió un control de macro y micro medición total orientado a alcanzar un uso racional del recurso. Se logró así una suma de sistemas por conducción a mallas cerradas y abiertas con un bajo porcentaje de micromedición y sistema nulo de macromedición. Se incluyeron además como proyectos ejecutivos de la EBY la alimentación de Villa Lanús, en lo que hace a barrios de relocalizados por inundación costera del lago.

Actualmente el agua de red llega a la población a través de conexiones domiciliarias con un alcance del 70% de las viviendas (que significa aproximadamente un 80% de la población). Además, a partir de 1984, APOS ha colocado canillas públicas en muchos barrios carenciados, las cuales -aún cuando no implican el nivel de un servicio domiciliario- permiten al menos un consumo de agua potable con mucho menos riesgos que otras fuentes alternativas, altamente contaminadas. Comparando cifras con el párrafo que abre este ítem, podemos observar que la extensión de la red de agua potable ha contado con un desempeño de financiamiento y concreción de obras muy superior al de otros servicios, y muy especialmente si lo comparamos con la red cloacal, con evolución casi nula hasta el inicio de las obras emprendidas por convenio con la EBY.

El sistema actual incluye una toma de agua e impulsión con capacidad máxima futura de 6.500 m³/hora y una planta de impulsión con el mismo desempeño a futuro, mientras que la planta potabilizadora y reserva tiene una capacidad de 2.800 m³/hora. El sistema existente debió sufrir adecuaciones para lograr un mayor rendimiento en la producción de agua tratada y lograr un mínimo de 3.200 m³/hora de producción, a lo cual se agregaría una nueva

planta potabilizadora con capacidad de tratar 1.300 m³/hora con finalización de ejecución en el año 2000. Las reservas en zona de planta potabilizadora incluyen una cisterna de 8.500 m³ y un tanque de distribución de 1.800 m³, más la construcción de una cisterna futura de 3.200 m³.

Para cada una de las áreas, además, se determinaron los caudales necesarios para un abastecimiento con proyección a 20 años incluyendo reservas, impulsiones y mallas principales por avenidas.

Pero más allá de las obras emprendidas, debemos señalar que en proximidades de la toma de agua de la ciudad se conjuga una serie de factores que podrían ocasionar deterioro en la calidad del recurso que abastece a la planta potabilizadora.

La desembocadura del arroyo Vicario que presenta un significativo nivel de contaminación, además del arroyo Mitre que pueden ser calificados como *cloaca a cielo abierto*, se suman a la alteración los patrones de flujo que comienzan a verificarse con el llenado de la represa; factores que producen un ambiente de características particulares. Todas estas descargas en las inmediaciones de la toma, frente a la incipiente condición de aguas casi quietas del Paraná, se evalúa que son gravemente contaminantes

Hasta su privatización, los controles de calidad del agua eran realizados en el Laboratorio de APOS, situación que ahora debería ser redefinida, tomando en cuenta que el ente privatizado (SAMSA) no puede autocontrolarse. Pero ya durante la etapa anterior este sistema mostró limitaciones, dado que por falta de personal se analizaban diariamente sólo los parámetros elementales (PH, alcalinidad total de carbonatos y bicarbonatos, dureza, conductividad, cloro residual y turbiedad) a los efectos de detectar posibles problemas en el agua cruda del río que entraba a la planta,

además del agua decantada, filtrada y la de consumo y reserva. Diariamente se revisaba también la existencia de coliformes totales y colonias aeróbicas en el agua de consumo, y semanalmente en cada una de las reservas. (de resultar positiva cualquiera de las dos) se realizaban repiques y se controlaba la dosis de cloro a agregar.

En cuanto al control de calidad del agua en la red se dividió al municipio en 10 zonas con un muestreo por semana, tomado de canillas particulares conectadas a la red, con análisis bacteriológico y de cloro residual. El agua sale de planta con 0,7 ppm de cloro residual, por debajo del máximo permitido de 1 ppm, y generalmente se detecta el mismo nivel en red. En caso de problemas por exceso de cloro o aparición de bacterias, se procede a la limpieza de cañerías directamente desde los hidrantes.

Con respecto a las aguas de consumo público no provenientes de la red, como ya se mencionara, una de las principales fuentes de abastecimiento son los pozos y perforaciones. También mencionamos ya que la información sobre el tema es escasa. Se puede decir que de las perforaciones profundas existentes se extrae agua de buena calidad, pero no se sabe qué cantidad existe y dónde está ubicada. En tanto, la calidad del agua de pozos es directamente mala, y además depende de la cantidad de precipitaciones pluviales.

Es necesario diferenciar entre pozos y perforaciones. Estas últimas por lo general son parte de un sistema comunitario, se realiza a una profundidad mayor (80 a 100 metros) con métodos que disminuyen la posibilidad de contaminación y generalmente están sujetas a análisis de potabilidad. En tanto que los pozos (generalmente domiciliarios) se cavan a profundidades menores (6 a 15 metros)

con métodos artesanales, y sus aguas provienen de la capa freática contaminada, siendo de alto riesgo para la salud.

También cabe mencionar aquí que, a raíz de la campaña contra el cólera, APOS instaló 15 cloradores para tanques y sistemas.

El listado de perforaciones que actualmente prestan servicios comunitarios es el siguiente:

1. Chacra 16 - Comisión Vecinal
2. Barrio Poujade - Comisión Vecinal
3. Chacra 247 - Comisión Vecinal
4. Chacra 236 - Comisión Vecinal
5. Parque de la Ciudad - Municipalidad
6. Barrio Las Vertientes - Comisión Vecinal
7. Barrio Bella Vista - Comisión Vecinal
8. Barrio Hermoso - Comisión Vecinal
9. Chacra 76
10. Chacra 78 - Barrio Sur Argentino - Escuela N° 301
11. Chacra 74 - Comisión Vecinal
12. Chacra 237 - Escuela 665 y Barrio
13. Cooperativa Fátima Ltda.
14. Aeroclub (abandonada)
15. Barrio Luz y Fuerza - Chacra 58
16. Barrio Singer - Chacra 58
17. Aeropuerto Viejo (sin bomba)
18. Polideportivo
19. Escuela N° 48 - Frente a INTA
20. Escuela de Comercio N° 8 - Frente a INTA
21. residencia del gobernador
22. Radio Policía (Residencia)
23. Escuela residencia
24. Escuela de Policía - Manuel Belgrano
25. Barrio Las Rosas (B° LASA)
26. Barrio San Jorge
27. Chacra 30 (Seven Up)
28. Barrio Santa Lucía - Chacra 237
29. Alcaldía de Menores
30. Barrio Sesquicentenario
31. Barrio 6 de Setiembre
32. Barrio Ñu Porá (Pedro Vera)
33. Avda. Alem y Avda. Aguado - Chacra 185
34. Barrio Latinoamérica (ex Mini City)

35. Rowing Club (dos perforaciones)
36. Club Luz y Fuerza
37. Diario El Territorio
38. Barrio Las Vertientes - Cabecera Aeropuerto
39. Barrio Santa Lucía - Chacra 234-235 (vertiente y tanque)
40. Barrio Guazupí (dos perforaciones)
41. Avda. Santa Catalina y Bustamente
42. Avda. Santa Catalina y Ribera del Paraná
43. INTA (vertiente y tanque)
44. Barrio Jardín
45. Chacra 79
46. Villa Longa Norte

La posibilidad de selección entre un pozo y una perforación está condicionada por el poder adquisitivo de la población, estableciéndose una relación *menor poder adquisitivo = menor profundidad de captación = menor calidad del agua para beber*.

Además de pozos y perforaciones, existe en Posadas distribución de agua potable mediante camiones cisterna, a cargo de la Municipalidad (Secretaría de Salud Pública). El servicio es gratuito y se brinda de lunes a sábados, con base operacional ubicada en Avda. Alem y Libertador San Martín. Este sistema de servicio comunitario se brinda a 28 barrios de la ciudad, y a pesar de que la higiene de los camiones es buena, se han detectado deficiencias en la limpieza de los tanques de los barrios, por problemas de educación de la gente. Los barrios donde se distribuye agua potable en camiones son los siguientes:

1. Barrio San Lorenzo
2. Barrio Villa Lanús
3. Barrio Fátima
4. Barrio Villa Poujade
5. Barrio San Lucas
6. Ñu Porá
7. Barrio 2 de Abril

8. Barrio Villa Congost Y
9. Barrio Villa Congost II
10. Barrio Villa Congost III
11. Chacra 58
12. Barrio Madariaga
13. Barrio Los Paraisos
14. Barrio Mini City
15. Barrio Olimpia
16. Barrio Loma Pol
17. Barrio San Marcos
18. Barrio Luis Piedrabuena
19. Barrio Itaembé Mini
20. Chacra 81
21. Barrio Laurel
22. Barrio Altos González
23. Chacra 201
24. Chacra 53
25. Barrio Villa Longa
26. Barrio San Onofre
27. Barrio Don Santiago
28. Barrio Don Pedro

La Municipalidad también encaró un programa de perforaciones, relacionado con el programa de entrega de módulos sanitarios (ver capítulo siguiente). Se realizó paralelamente una serie de informes por barrio. Entendemos que resulta importante incluir aquí una breve síntesis de los mismos:

Barrio San Lorenzo: ubicado en las márgenes del arroyo Zaimán, detrás de la central de ciclo combinado de EMSA, en una zona geomorfológicamente baja, sujeta a inundaciones periódicas y afectada por las descargas del sistema elevado que la rodea. Área endorréica de difícil salida, carecía de la totalidad de los servicios y hasta entonces se proveía de agua mediante camiones tanque. Se realizó una perforación, encontrándose un acuífero profundo de

buen caudal al que se le aplicó tratamiento físico-químico-bacteriológico. No se ejecutaron obras cloacales.

Barrio Latinoamérica: ubicado sobre la ruta 213 frente al Centro de Cazadores, no poseía ningún tipo de servicio sanitario y su sistema de agua subterránea libre se encontraba totalmente contaminado, ya que este conjunto periurbano está instalado sobre una cuenca sin salida de difícil saneamiento superficial. Las 200 familias que lo componen se abastecían de agua mediante camiones, problema al que se le dio solución mediante la excavación de dos perforaciones profundas. En este caso también quedó pendiente el problema de la falta de cloacas.

Barrio Itaembé Mini: barrio de casas de madera Ñanderoga, con un deficiente sistema de agua potable que se vio agravado con la relocalización de inundados. Se extendió la red de agua, pero no se instaló red cloacal, y los desechos se vierten al arroyo a través de las napas freáticas.

Barrio Itaembé Mini Chico: este es un caso típico de asentamiento todavía reducido, donde se hacían muchas familias en dos manzanas rodeadas de un entorno de espesa vegetación. La provisión de agua mediante camiones municipales fue reemplazada por el abastecimiento mediante perforación. tampoco se han encarado obras de desagües cloacales.

Barrio San Jorge: este barrio de alta densidad poblacional sufre serios problemas de abastecimiento de agua y de eliminación cloacal. Al igual que los otros barrios mencionados, se encaró la solución del abastecimiento de agua, pero quedaron pendientes las soluciones cloacales.

En cuanto a las perforaciones realizadas, el Consejo Asesor de Saneamiento (CAS, integrado por representantes del Ejecutivo Provincial, del Municipal y de la defensoría del Pueblo) resolvió aplicar un estricto control técnico que involucra varios aspectos, para determinar la necesidad de instalar bombas dosificadoras de cloro que subsanen el deterioro de los acuíferos subterráneos explorados.

RED CLOACAL

El vertido de líquidos cloacales casi crudos en la vía pública se ha convertido en una situación común a todas las zonas del departamento Capital donde se carece de red colectora, e inclusive en áreas servidas por la misma, donde se observa una alta tasa de falta de conexión domiciliaria. Dichos líquidos corren libremente por pavimentos y alcantarillas, siguiendo las pendientes naturales del terreno. Resulta claro que las obras pertinentes han sido relegadas por demasiado tiempo, y que éste constituye un problema de difícil solución a corto plazo. Esta situación precaria en cuanto a saneamiento básico tiene un peso gravitante al analizar los factores de riesgo para la salud pública a nivel urbano.

La caída de inversión en obras sanitarias que afectó al país en los últimos 45 años es causa principal de esta situación. Como además Posadas creció en forma explosiva y desordenada, no se logró responder a ese desafío con una estricta planificación de desarrollo de su infraestructura.

El siguiente cuadro muestra cifras alarmantes en este ítem:

COBERTURA GEOGRAFICA Y POBLACIONAL CON SERVICIO DE DESAGUE CLOACAL-1994

DPTO	DESCRIPCION DE LAS LOCALIDADES			DESCRIPCION SERVICIO		
	LOCALIDAD	VIVIENDAS	POBLACION		COBERTURA	CONEXIONES
			NUMERO	SERVIDA	POBLAC. %	NUMERO
Capital	Posedas	56363	211297	42718	0,2022	12205

Fuente: Indicadores sociales PROMIN 1995

La red cloacal fue construída en el año 1959, y atiende a un limitado número de manzanas, dentro de las cuales se observa que en 1992 sólo el 59% de los frentistas estaban conectados a la misma.

Aunque se han efectuado numerosas multas por infracción por encontrarse desconectados del servicio de red colectora, hasta hace poco tiempo no se había brindado una solución técnica que permitiera asegurar la inocuidad de estos vertidos.

Estos líquidos vertidos son de alto poder corrosivo, y deterioran las obras de infraestructura urbana de pavimentado, cordones cuneta y alcantarillado. A los casos de vertido directo sin tratamiento, se suman otros de insuficiente depuración en cámara séptica y llenado de pozos negros que no son vaciados mediante camión cisterna, lo cual produce filtraciones que por fuerza de gravedad van a parar a la vía pública, con su consecuente carga bacteriana nociva y produciendo olores nauseabundos, muy comunes especialmente en los barrios de Villa Sarita y Cerro Pelón.

Esta depuración insuficiente se debe a que los pozos absorbentes pierden su poder depurador al estar ubicados sobre un substrato de roca basáltica de nula permeabilidad primaria, realizando el escurrimiento -como ya mencionáramos- por porosidad secundaria a través de las fisuras de la roca. La elevada densidad poblacional va agregando además efectos perniciosos, contaminando las capas acuíferas más próximas a la superficie y en muchos casos inclusive las más profundas.

En muchas viviendas posadeñas se ha hecho costumbre instalar un desborde de pozo negro para provocar el derrame de los líquidos cloacales una vez colmatado, en lugar de recurrir al servicio de atmosféricos. Esta situación generó la sanción de la Ordenanza 131/91, que obliga a los propietarios a presentar un estudio de suelos junto con los planos de obra, determinando valores de permeabilidad del terreno donde se erigirá la construcción, y así poder determinar un sistema adecuado de eliminación de excretas.

Pero según la interpretación de los mismos ediles, esta ordenanza no tiene validez si no se la acompaña de soluciones técnicas no contaminantes que acompañen el marcado y desordenado crecimiento de la ciudad, ante la imposibilidad de extender rápidamente el servicio cloacal a todos los barrios.

La Municipalidad debe reglamentar la eliminación de efluentes hacia la vía pública, y por tal motivo se ha propuesto un sistema de tratamiento para desagües cloacales compuesto de cámara séptica y filtro biológico de contacto, propuesta que surgió del Consejo Asesor de Saneamiento y que apunta a sanear las aguas que por incapacidad de absorción del suelo fluyen constantemente. Sin embargo, existe un problema que resultará técnicamente insalvable para este tipo de modalidad de emergencia, que deriva del permanente desequilibrio hídrico producido por el excedente de agua de red que entra al sistema sanitario y que satura estos métodos de evacuación integrada.

El presente cuadro de situación señala claramente la necesidad de crear sistemas de saneamiento para el conjunto de los factores que por acción antrópica modifican la interfase agua/suelo, para intentar detener en lo posible los factores negativos detectados o prever soluciones para las áreas donde recién comienza el deterioro,

revirtiendo la mala calidad de vida en los sectores urbanos más carenciados.

El punto principal en esta área es la consecución de un sistema confiable de eliminación de líquidos cloacales. En este marco, la Municipalidad encaró durante 1991 la construcción de 1325 módulos sanitarios en los barrios de menores recursos, que junto con 16 perforaciones y la construcción de cloacas en el barrio Kennedy conformaron un avance en la resolución de estas cuestiones.

La instalación de los módulos sanitarios quedó a cargo de los beneficiarios, quienes los recibieron gratuitamente, y la selección de lugares de implementación se basó en el criterio de privilegiar las zonas de mayor riesgo por carga de vertidos crudos.

Este accionar permitió además un seguimiento técnico en barrios testigo, con la elaboración de informes que pueden servir como base para futuros emprendimientos. Esta modalidad dependerá de la realización de estudios en los barrios sobre el comportamiento de esta alternativa de módulos sanitarios, para determinar si constituye un método confiable de saneamiento en lapsos prolongados.

Esta es la única manera de perfilar métodos que pueden constituir una solución alternativa a la carencia de cloacas, mediante monitoreo sistemático y con la participación de instituciones del medio, como la Universidad, y que podrá eventualmente desembocar junto con otras opciones técnicas en un criterio de atención correcta para la creciente urbanización periférica sin atención sanitaria.

El embalse de Yacyretá torna más crítico el cuadro en estas áreas periféricas, ya que el nivel de las aguas se elevará 7 metros por

encima de la media e inundará 1200 hectáreas de superficie urbana modificando la línea de ribera y creando ambientes sanitariamente inadecuados en áreas de poca pendiente donde no se realicen obras de rectificación. Más adelante veremos las grandes obras de colección y tratamiento que se realizan en el marco de las Obras Complementarias ejecutadas por la EBY.

ARROYOS URBANOS

Ya mencionamos que la ciudad de Posadas es atravesada por varios cursos de superficie, algunos de ellos con trayectorias de importancia y otros que son simples canales pluviales. Los primeros programas de monitoreo de esta red se realizaron en 1976, y ya entonces mostraban un elevado deterioro bacteriológico. El siguiente monitoreo se realizó en 1983, cuando la Municipalidad de Posadas, la Dirección General de Industria y la Dirección de Saneamiento llevaron a cabo el programa "Evaluación de la contaminación de cursos de agua de la ciudad de Posadas", realizando detecciones en 25 puntos de los arroyos Mártires, Antonica, Itá, Mitre, Vicario y una serie de cursos menores, llegando a la conclusión de que la contaminación de los cursos guardaba directa relación con la densidad de población de las áreas por donde atraviesan. El único curso que mostró bajo nivel de contaminación fue el Mártires, pero en ese entonces no estaba habilitado el conjunto habitacional IPRODHA, que hoy descarga sin tratamiento las cloacas de 7800 viviendas.

Otro problema detectado fue el de los basurales a cielo abierto, incluyendo el ex basural de la Chacra 145 (dejó de funcionar en 1989), que sin ningún tipo de tecnología de control afectaba las

aguas del Mártires, con altos valores de OC, DQO y bacterias coliformes.

El ex basural de Posadas se operó durante 10 años, y con el embalse se generará una situación crítica, ya que el nivel del arroyo y de la napa freática ingresarán agua al sector. Por convenio firmado entre Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la UNAM con la EBY se desarrolló un trabajo sobre alternativas de tratamiento del ex basural, con elaboración de un proyecto ejecutivo.

Por su parte, el arroyo Itá muestra marcado deterioro cuando atraviesa zonas urbanas, con el agravante de que desemboca en el río muy próximo al Balneario Municipal El Brete.

Pero más acentuada aún resultó la contaminación de la cuenca del Mitre, que atraviesa el centro de la ciudad y debe ser considerado como cloaca a cielo abierto, porque recibe desbordes de líquidos cloacales de estaciones elavadoras de la red existente. El Mitre se une al Vicario casi en su desembocadura al río, cuenca que también atraviesa áreas urbanas con calidad bacteriológica seriamente afectada. Como ya mencionamos, su desembocadura es considerada un punto crítico muy serio, porque se produce en zona de aguas quietas por obras del Puente Internacional Roque González y cerca de la nueva toma de agua que abastece a la ciudad.

El arroyo Divisa, en tanto, recoge el aporte de dos cuencas interiores afectadas, recibiendo hasta hace poco los líquidos cloacales del Conjunto IPRODHA de la Chacra 32-33, cuyo destino actual es una planta de tratamiento.

La cuenca del Antonica no presenta niveles elevados de contaminación, pero se han detectado allí bacterias coliformes fecales.

En 1982 un equipo de trabajo de la UNAM (FCEQyN) realizó un estudio del Zaimán, apreciando un elevado grado de contaminación bacteriológica y una elevación del contenido de materia orgánica expresado e DQO, aguas arriba y abajo de la descarga de efluentes de un frigorífico. Con la entrada en operación en 1984 de la planta de energía de ciclo combinado de EMSA, se detectaron restos de petróleo. Las aguas del Zaimán sólo mejoran a la altura del ex Rowing Club por efecto de dilución por ingreso de aguas del Paraná.

Otro trabajo, realizado en 1980 por la Universidad sobre la calidad de aguas del Paraná en la ribera posadeña, mostró una elevada presencia de bacteras coliformes fecales.

Con Yacyretá, los arroyos serán embalsados hasta cierta distancia de su desembocadura, disminuirá su velocidad de escurrimiento y aumentará la sedimentación. El efecto tapón del embalse alterará notablemente el actual mecanismo por el cual la ciudad durante las lluvias expulsa hacia el río todos sus desechos.

Durante 1994 se comenzó a estudiar la posibilidad de que el Fondo para el Desarrollo de la Cuenca del Plata (FONPLATA) financiara un estudio de factibilidad para el entuvamiento de la desembocadura de los arroyos Mártires, Vicario y Zaimán, con recuperación de terrenos para destinarlos -por rellenado- a parques y áreas verdes, pero esta iniciativa no prosperó por diversas razones.

El embalsamiento aumentará además las condiciones de fertilidad, con desarrollo excesivo de fitoplancton, malezas acuáticas, vectores como mosquitos y moluscos, así como muy bajos o nulos niveles de oxígeno disuelto. Como las actividades de estas cuencas no están normatizadas, probablemente se agregarán problemas específicos propios de la actividad industrial, como aparición de tóxicos, contaminación térmica, residuos orgánicos, etc.

CONCLUSIONES PARCIALES

Como conclusión, puede afirmarse que los trabajos realizados en las últimas dos décadas ponen de manifiesto una cada vez más fuerte presión antrópica, incrementada por la deficiencia sanitaria de la ciudad.

Sin duda, un aumento de cobertura de la red cloacal y la extensión de la red de agua potable, ahora en manos de APOS privatizada, constituyen el aspecto más importante para la prevención de los efectos perniciosos que se desprenden como consecuencia del análisis que hemos realizado.

Para el desarrollo del Plan Maestro se han conjugado el aporte económico de la Entidad Binacional Yacyretá, el gerenciamiento técnico de la Administración Provincial de Obras Sanitarias y el uso intensivo de la oferta local en cuanto a consultoría sobre ingeniería sanitaria.

Las obras del Sistema Cloacal propuestas en un anteproyecto tienden a posibilitar que todos los desagües domiciliarios sean conducidos hasta el sector de tratamiento integral, cuyo primer módulo se está finalizando en el Tiro Federal. Por otro lado, se

tiende a la ampliación del sistema hacia las zonas que no poseen ningún tipo de conducción.

Las metas propuestas de cobertura (60% para el año 1997) no se han cumplido, a pesar de que se avanzó en la construcción de las obras correspondientes al tratamiento integral de efluentes.

Probablemente tampoco se alcance el objetivo expresado de llegar en el año 2000 a una cobertura del 80% de la población, pero resulta evidente que se ha revertido la tendencia a la inacción de años anteriores.

Además, con la adecuación de los sistemas colectores actuales, de las conducciones por gravedad e impulsiones por estaciones elevadoras que vuelcan el líquido crudo a diferentes cursos de agua, se logrará reducir el número de estaciones elevadoras mediante el rediseño de las nuevas.

Las obras, luego de establecerse las cuencas necesarias en función de la topografía, se dimensionaron en función de los caudales de aporte, las estaciones elevadoras y sus correspondientes cañerías de impulsión, además de los colectores principales con un diámetro igual o mayor a 300 mm.

Se comenzó a cumplimentar así lo que exige el convenio sobre las obras proyectadas por la EBY, incorporándolas al Plan General junto con los planes elaborados por APOS en cuanto las colectoras Norte y Sur de la Península IPRODHA y el proyecto de la cuenca de la Chacra 160.

El proyecto existente y aprobado por APOS consiste en la ejecución de colectores cloacales principales, cañerías de impulsión y estaciones elevadoras que permitan sanear en una primera etapa las descargas en crudo que actualmente afectan los cursos de agua

superficial, la mayoría provenientes de barrios de viviendas FONAVI.

Estos colectores fueron calculados tomando en cuenta no sólo los aportes provenientes de barrios existentes, sino además de los proyectados a futuro, de acuerdo con el programa de licitación con su consecuente población dentro de las cuencas correspondientes. De la misma forma fueron calculados los volúmenes de las estaciones elevadoras.

Con estas obras, y sumando un necesario plan de educación comunitaria, es dable esperar que la crítica situación actual pueda ir siendo revertida progresivamente.

RECOLECCION DE INFORMACION.

Coherentemente con los objetivos del proyecto, optamos por estrategias de sondeo encuadrados en modelos participativos. Por ello, la colecta de información se centrará en procedimientos que permitan a través de sus resultados, aportar información descriptiva valiosa sobre las condiciones de vida de la población que afectan su calidad en materia sanitaria pero teniendo como eje la perspectiva focalizada de los actores involucrados.

El enfoque cualitativo respalda sustantivamente los diferentes escenarios indagatorios de orden primario para el proyecto. Se decidió que las técnicas de talleres, entrevistas, y estudio de casos son tres instancias de indagación cualitativa apropiadas para generar datos de diagnóstico y conclusiones orientadas hacia el objetivo del proyecto. En este apartado describimos las formas de recolección de datos estructuradas en torno a esta estrategia.

a) TALLERES:

El método participativo de talleres es idóneo en este caso, pues constituye un modo eficaz para la construcción grupal de conocimientos desde la motivación y actividad en un espacio interactivo apto para la reflexión, discusión y análisis de las condiciones de vida de una comunidad y trazar líneas para su mejoramiento.

Objetivo general:

Establecer el potencial de participación/integración de los usuarios en la programación/ejecución del sistema de salud del área capital.

Objetivos inmediatos

1. *Aplicar un modelo metodológico participativo que permita retratar las condiciones de vida, necesidades/demandas/ propuestas y rescatar experiencias de de los vecinos vinculadas a la atención y prevención de la salud.*

Desde la experiencia del trabajo en talleres, en sí mismo, delinear un marco apropiado para la evaluación del potencial participativo, objeto de nuestro proyecto.

Complementar el elemento participativo con la recolección de información disponible en las instituciones y organizaciones que realizan actividades vinculadas a la salud en los barrios escogidos.

Organización.

Numero de talleres previstos: 10

Tipo 1 : Seis (6) talleres en barrios *con antecedentes* de aplicación de programas/proyectos específicos para satisfacer necesidades o resolver problemas comunitarios inherentes al campo de la salud/ambiente.

Tipo 2 : Tres (3) talleres en barrios *sin antecedentes* específicos.

Tipo 3 : Un (1) taller integrado con relatores elegidos en cada uno de los anteriores para extraer conclusiones extensivas.

Secuencia Operativa:

Fase 1. . Preparación

Los miembros del equipo del proyecto:

colectarán en el barrio, antecedentes de acciones/gestiones/proyectos en salud y ambientalismo;

realizarán una observación en terreno y consultas a vecinos a modo de prediagnóstico;

generarán una lista específica de chequeo temático para operar en las reuniones; según los criterios fijados, identificarán las personas que deberían ser convocadas.

Fase 2. Convocatoria

Talleres Tipo 1: El criterio selectivo de unidades se basa la distribución de los centros de salud y postas de salud y en la información obtenida en entrevistas preliminares con referentes del Ministerio de Salud Pública y la Federación de Comisiones Vecinales de Posadas y experiencia local del equipo.

Talleres Tipo 2: Se convocará prioritariamente a líderes y militantes, referentes institucionales gubernamentales, ONG que operan en el barrio y a vecinos

Fase 3. Realización

Los talleres se realizarán durante media jornada en el barrio escogido

Asuntos principales a tratar (más detalles en método 2 de aplicación = Estudio de Casos)

- Identificación y ordenamiento de los problemas y oportunidades del barrio (como se definen los problemas /identificación de posibles soluciones);
- recordatorio y discusión de experiencias específicas en acciones sanitarias/ambientales;
- origen/secuencia de iniciativas en las experiencias referidas;

grados y modos de participación experimentada (dentro de las organizaciones barriales(OB) y entre OB e instituciones gubernamentales u ONG intervinientes;

consensos y disensos;

balances de logros;

balances de vínculos intra/barrial y con instituciones intervinientes;

- evaluación grupal de la experiencia
- elección de un relator emergente del grupo para participar en taller tipo 3.
- observación/evaluación del modo participativo en el taller;
- informe.

Progreso

Inicio: 1/9/99 Finalización: 10/10/99

b) ESTUDIO DE CASOS

La segunda instancia de indagación cualitativa, el estudio de casos se organiza sobre la base de un modelo diagnóstico/descriptivo de **tres proyectos** orientados hacia la protección de la salud implementados en Posadas con intervención activa de la población; esto es, encuadrados en un planteo participativo.

Este modo tendrá puntos de contacto con instancias evaluativas pues además de la documentación de base se entrevistará a personas que han participado efectivamente en la concreción de los proyectos escogidos.

Nuestro diseño se acota en dos instancias de recogida de información:

Nivel documental: Programación y lanzamiento del proyecto (inserción institucional, metas, estrategias operativas, recursos, etc).

Nivel de entrevistas: Se trabajará con los operadores institucionales ejecutores y con beneficiarios en torno a las siguientes cuestiones:

Se buscarán datos que resuelvan, entre otros los siguientes puntos:

- Apreciación del impacto global y específico del proyecto inicial
- niveles de logros esperados y alcanzados,
- aciertos y defectos durante la implementación,
- replanteamientos/ cambios introducidos,
- dificultades prácticas y superación,
- efectos no previstos,
- apreciación de la calidad de logros,
- impacto directo a nivel de participantes activos,
- impacto comunitario extensivo
- factibilidad de replicación,
- balance/lecciones para otras experiencias participativas
- monitoreo/evaluación?

PROYECTOS A ESTUDIAR

Se escogieron dos proyectos: uno finalizado y uno en ejecución:

Finalizado:

Referente institucional: PROAME (Programa de Atención a Menores en Riesgo-Secretaria de de Desarrollo Social, BID)

Objetivo: capacitación de niños y adolescentes desde la acción para la prevención de la salud : sexualidad, adicciones, nutrición, adiestramiento en horticultura, educación física, cuidado del ambiente, etc).

Lugar: Parque Adam (Posadas)

Participantes: Niños y adolescentes, familias, comisiones y subcomisiones barriales y equipo multidisciplinario de profesionales

Duración: 4 años (finalizado)

En ejecución

Referente institucional: (PROMIN-MSN/MSP Mnes.)

Objetivos: Educación y promoción para la salud. Integración de un Consejo Barrial de Salud

Lugar: B° Santa Rita (Posadas)

Participantes: Centro de desarrollo infantil, Pastoral de Salud, Centro de salud, Escuela y Grupo solidario barrial.

Progreso

Inicio: 5/9/99

Finalización: 20/10/99

c) ENTREVISTAS

En nuestro proyecto las entrevistas personalizadas constituyen un procedimiento sustantivo para profundizar en aspectos que remiten a la articulación de políticas sanitarias gubernamentales y estrategias comunitarias concurrentes tendientes a su mejoramiento.

En una primera etapa ya cumplida, identificamos a los primeros referentes que hemos de considerar para aplicar esta técnica de sondeos.

Guías de entrevistas

PARA ADMINISTRADOR/DIRECTOR/RESPONSABLE DE PROGRAMA

Para orientar esta parte debe haber claridad sobre las funciones y atribuciones concretas del entrevistado. Debe solicitarse copia de material impreso sobre el programa a su cargo.

General.

¿Ha elaborado un plan de acción precisando objetivos concretos para ayudar a los funcionarios a cumplir con las metas del programa a su cargo? VER NIVEL DE DESAGREGACION

¿Considera usted que ha logrado ajustar un plan de acción para el programa a su cargo que concilia con sus convicciones personales? REPARAR EN LIMITACIONES ACLARADAS

¿Hay procedimientos claros para la colecta de datos sobre el desarrollo del programa? ¿Hay monitoreo/ evaluación? INDAGAR SU ACTUALIZACION.

¿Existen procedimientos para medir el desempeño personal además de las metas? (características y maneras de actuar de los encargados de la ejecución del programa)

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?

¿Qué apreciación general tiene acerca de la efectividad de las acciones que desarrollan?

¿Cuáles son los principales reportes que recibe del personal sanitario en lo referente a respuestas de la población ante las indicaciones/propuestas de prevención? SINTETIZAR

ENUNCIE los cambios que serían necesarios para mejorar el desempeño de los agentes médicos, enfermeras y paramédicos (incremento en el nº, capacitación, distribución, cambios funcionales, inserción institucional, etc) . BUSCAR PRECISIONES

¿Qué estrategias aplica usted para comprender mejor la situación real de los operadores?

¿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

¿Que actualización tienen los datos que maneja el responsable del programa?

¿Estos datos disponibles son suficientes para tomar decisiones sobre la marcha en tiempo y forma?

Se distribuyen entre el personal del programa informes sobre la evaluación? PERIODICIDAD, MEDIO

INDAGAR sobre reuniones de **evaluación interna**, quienes intervienen, periodicidad que intercambio estamental se promueve en ellas, etc. ESTE PUNTO DEBE PROFUNDIZARSE A NIVEL DE REALIZACIÓN Y DIFICULTADES.

¿Qué procesamientos de rutina están fijados para los datos provenientes de los operadores?

¿Existen datos, reunidos por los operadores que no se hayan tabulado y analizado? ¿Cuáles son las limitaciones para este logro?

Cuál es el último documento editado con datos sobre el desarrollo del programa? Que nivel de desagregación de la información tiene ese documento?

¿Sabe que tipo de coordinación **real** hay entre médicos, enfermeras, personal paramédico (AS) en los centros sanitarios?
INDAGAR Y VER SI DISPONE DE INFORMACION .

Comunicacion

¿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?

¿Que formación o profesionalismo tienen los responsables de diseñar las estrategias de comunicación? (los materiales comunicativos impresos, orales para radio y fílmicos para TV)
OPINION

¿Y del área bajo su responsabilidad directa? ¿ Hay un plan de acción comunicativo específico? es continua o coyuntural?
SONDEAR)

ENUNCIAR las principales estrategias/acciones/modos que se desarrollan en el campo de la comunicación vinculadas con los programas a su cargo.

¿Como aprecia la tarea que se realiza en este campo? Qué dificultades observa? ENUNCIAR QUE CAMBIOS HARÍA

¿Qué acciones específicas se llevan adelante desde los programas a su cargo en materia de educación sanitaria ?

¿Tiene presentes los programas y acciones de extensión donde se trabaja en materia de educación sanitaria a **nivel general?**
ENUNCIE ALGUNOS

¿Cuales son las principales acciones educativas que tiene comprobadas que han mostrado **efectividad** para sustentar la salud de la población?

Que decisiones serían necesarias para mejorar la educación sanitaria de la población? DESTACAR LOS ASPECTOS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS

Facilita el gobierno espacio gratuito en los medios para la difusión del programa? (DISCRIMINAR MEDIOS Y ACCESIBILIDAD)

¿En los programas de comunicación a los maestros de escuela, autoridades locales, líderes comunitarios y otras personas/organizaciones de influencia?

¿ Facilitan los medios privados espacio gratuito para la difusión de programas sobre salud pública? Hay colaboración? (DISCRIMINAR MEDIOS Y ACCESIBILIDAD)

¿Dispone de estudios sobre la situación en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a la prevención de la salud?

Pedir todos los carteles, prospectos, folletos, textos de comunicados, ver archivo de videos publicitarios y demás materiales producidos.

Aspectos referidos a las relaciones con la comunidad.

¿De qué manera se obtiene información sobre las reacciones, respuestas, actitudes, opiniones, demandas positivas o negativas de la población?

En el programa a su cargo hay prescripciones referidas a la participación comunitaria para llevar adelante los objetivos?
ACLARAR.

SONDEAR sobre las directivas en materia de coordinación entre operadores de SP y los usuarios, organizaciones comunitarias, maestros de escuela, otros.

En concreto, se organizan reuniones entre los operadores y las organizaciones comunitarias o maestros ,padres,etc?

En caso de responder afirmativamente: PRECISAR EL NIVEL DE OPERADORES DONDE SE VERIFICAN TALES ENCUENTROS Y LA PERIODICIDAD. SONDEAR!!

¿Tiene identificadas organizaciones sociales -no oficiales- que concurren en apoyo del programa? ¿Tiene relación directa con alguna? PEDIR MENCIONES ESPECIFICAS.

¿Tiene apreciaciones acerca de su desempeño e inserción en la comunidad? PEDIR MENCIONES ESPECIFICAS SOBRE ORGANIZACIONES

¿Se ha generado un espacio institucional para canalizar las acciones y propuestas de estas organizaciones? DESCRIBIR

¿Cuáles son los principales beneficios/logros que ha observado en las relaciones con estas organizaciones? IDENTIFICARLAS

¿Y las principales limitaciones? ¿cómo podría mejorarse?
PRECISAR.

Percepción del cambio personal/institucional

Se indaga sobre la percepción de la necesidad de cambio institucional, colectivo o personal, para subsanar hábitos disfuncionales (es importante para el profesional en el ámbito de la salud reconocer/saber cuáles son los cambios necesarios y su factibilidad)

Orientar la entrevista en torno a estas cuestiones:

¿Desea o necesita que cambien las circunstancias y las personas con quienes se relaciona en función de las metas institucionales?

¿Considera usted que hay cambios suyos, personales que deberían acompañar un proceso de transición hacia un modelo abierto y participativo? (INDAGAR ESPECIALMENTE SOBRE LAS RESISTENCIAS)

¿Ha tenido experiencias de trabajo en grupos? (INDAGAR por ejemplo = en cursos, seminarios de capacitación, congresos, etc.)

¿Qué valoración hace de tales experiencias?

¿Estaría dispuesto a participar de reuniones/talleres con colegas o miembros de la comunidad para **tratar** temas vinculados al sistema de salud? SI HAY DISPOSICION FAVORABLE INDICAR A QUIENES INCLUIRIA EN ESTA EXPERIENCIA

Desde la posición del funcionario explorar sobre la disposición y viabilidad de ingresar a un esquema de **trabajo integrado para tomar decisiones** (PROFUNDIZAR)

B) ENTREVISTAS A DIRIGENTES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS QUE OPERAN EN EL CAMPO DE LA SALUD

Pedir documentación estatutaria y otra que permita encuadrarla institucionalmente y por objetivos.

cual es el grado institucional de la organización?

cuales son sus objetivos principales?

esta registrada ? donde?

antigüedad?

es reconocida por sp.? INDAGAR

como se eligen los cuadros dirigentes?

cuántas personas operan regularmente en la organización?

con que otras organizaciones tiene vinculos?

como se toman las decisiones? INDAGAR

donde opera regularmente (zona,barrio)?

desde la organización han logrado concretar acciones conjuntas con SP?

INDAGAR sobre vinculaciones que facilitan sus actividades

DETALLAR las actividades o proyectos de diversa índole que hayan concretado con intervención de la organización;

idem sin concretar aun;

EXPERIENCIAS en proyectos participativos. Balances

Inicio: 5/9/99 Finalización: 30/10/99

Entrevistas, observaciones, registros

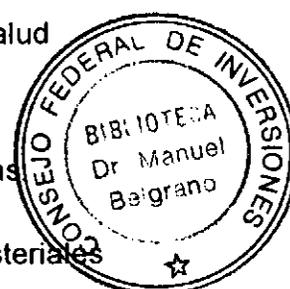
Para elaborar un esquema que permita contar con información actualizada sobre instituciones comunitarias que demuestren aptitud o interés eventual en el desarrollo de prácticas y acciones sanitarias, en una perspectiva de integración y coordinación (trabajo N° 3 del Plan incorporado al Anexo 1 de Contrato de Locación de Obra con el CFI), se realizó un pre-relevamiento de algunas instituciones que ya están trabajando en este ámbito y utilizar esa información como base. Se incluyen como parte de este avance acciones afines que se generan desde el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

Fueron objetivos de las entrevistas preliminares realizadas

Conocer las acciones que dentro de los programas ministeriales incorporan instancias participativas o de extensión sanitaria con la población.

Conocer las formas organizativas de la Comunidad a los fines de abordar la problemática salud.

Conviene destacar en esta parte introductoria, que percibimos algunas resistencias en el ámbito estatal para brindar información acabada sobre algunos programas³. En el plano no gubernamental hubo excelente predisposición y apertura para brindar toda la información que les fuera requerida; algunos de los entrevistados no gubernamentales mencionaron las dificultades con que tropiezan para emprender acciones comunes con el sector de salud pública.



³ Las entrevistas se hicieron a mediados de julio de 1999; en la Pcia. de Misiones habrán elecciones de gobernantes el 12 de septiembre.

Refieren también a la resistencia a socializar información por parte de algunos funcionarios. Este es un punto que hemos de superar.

No obstante, los datos obtenidos en las primeras entrevistas permiten esbozar una semblanza general de algunos programas directamente vinculados con nuestro Proyecto.

Se prestó atención en la primera etapa a la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud provincial que implementa el esquema operativo de Postas de Salud (el programa más *extendido* que se aplica en Posadas intentando la integración vecinal); por la misma razón incorporamos en este capítulo un avance de las tareas de los agentes sanitarios de APS que realizan trabajos de promoción y prevención en barrios de la Ciudad de Posadas. Por último, entrevistamos a dirigentes que nuclean en una organización de 2º grado a numerosas comisiones vecinales y algunas específicas que actúan en la ciudad.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Programa de Promotores de Salud; Dirección de Maternidad e Infancia.

Se implementa desde hace cinco años una modalidad de trabajo barrial mediante el accionar de los denominados Promotores de Salud. Estos son miembros de la misma comunidad que se capacitan en prevención y prácticas asistenciales menores. Dentro de este programa se trabaja con 50 mujeres voluntarias de diferentes barrios de la ciudad en capacitación permanente sobre promoción y prevención de la salud. Se realiza una reunión mensual a los fines de reflexionar sobre las actividades.

El programa también busca trabajar en red con diferentes organizaciones de la comunidad, así como con otros programas ministeriales (ej.: Agentes Sanitarios y Centros de Salud). Se coordina también con el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición) dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación. Se articula además con A.P.S. (4º Zona) sobre situaciones puntuales detectadas por las agentes en su trabajo de promoción y prevención en el terreno.

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.

Programa de Agentes Sanitarios (A.P.S.)

La zona capital esta dividida en tres zonas: Area Zona Oeste (con cabecera en Hospital Zona Oeste); Area Hospital Madariaga (comprende hasta el Barrio Ñu Pora); Area Hospital Carrillo (Itaembé Miní).

Distribuidos en esas tres zonas, trabajan 24 agentes sanitarios con relación directa del médico a cargo del centro de salud barrial, Estos 24 agentes forman equipo con los médicos y las enfermeras del centro de salud. Gran parte de la tarea que realiza el agente sanitario depende del grado de coordinación imperante en dichos equipos. Tienen las funciones siguientes:

tareas de prevención, dando charlas educativas sobre patologías específicas (diarreas, cólera, etc) y de saneamiento ambiental;

recorridos de las viviendas de la zona en cual se desempeña controlando libretas de vacunación y registrando en planillas lo que observa, material que luego será manejado por el equipo del centro de salud al que responde;

realizar un censo anual de su zona para detección de casos;

oficiar derivaciones necesarias hacia el centro de salud;

participar en los programas de vacunación masiva;

un resumen mensual de actividades que es evaluado por el jefe del centro de salud y por el supervisor de área;

cuando el médico del centro de salud se lo socilita, realiza el seguimiento de algunos casos..

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 manzanas o zonas al agente más próximo al lugar, lo que generalmente sucede en los casos de asentamientos recientes.

El agente sanitario que trabaja en los centros de salud debe presentarse todos los días. Conjuntamente con el director del centro se planifican las actividades. Debe ocuparse de la población más alejada del centro de salud, con prioridad en los sectores más carenciados. Integra su trabajo con otros programas tales como: Pro Huerta (INTA), comedores (MBS) y toda organización comunitaria que funcione en su área de trabajo (ej: comisiones vecinales).

La mayoría de los agentes sanitarios están trabajan como mínimo desde hace 10 años en el área. Algunos de ellos se capacitaron y quieren ser trasladados, aunque todavía no lo consiguieron, lo que produce cierto desánimo. Tres de esos agentes pidieron su traslado formalmente, sin conseguirlo. Este cansancio afecta el desempeño, aunque igualmente el trabajo se realiza en un buen nivel de

desempeño. También ha sido solicitada la contratación de nuevos agentes, para descomprimir la tarea del equipo actual, pero todavía no se ha recibido respuesta.

Desde estos entrevistados fueron señaladas algunas dificultades recurrentes:

- Dificultad en el manejo de los recursos asistenciales (ej: leche) ante la demanda de estamentos políticos para su distribución.
- Ausencia de una adecuada centralización de la información estadística, necesaria para la definición de redistribución de los recursos asistenciales que provee la Dirección de Maternidad e Infancia.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Programa de Atención a menores en Riesgo (PROAME). Casa de la Mujer (O.N.G.)

Es un proyecto piloto en el Bº Parque Adam, situado al sureste de la ciudad orientado hacia la promoción y prevención en el campo de las E.T.S. (Enfermedades de Transmisión Sexual), específicamente en lo referido a sífilis (como patología prevalente). Se coordinan acciones con la comisión vecinal

Si bien es un proyecto interdisciplinario ejecutado desde la O:N:G: Casa de la Mujer; los profesionales intervinientes también participan de una red de investigación sobre la temática E.T.S., específicamente lo referente a sífilis, junto con la Facultad de Enfermería de la UNAM y el Ministerio de Salud Pública de la

provincia. Estas acciones han permitido un descenso de los índices de morbilidad por sífilis congénita en el barrio, pero requieren de una profundización de la participación comunitaria para lograr reducir aún más el universo de contactos con portadores de la misma.

Los profesionales han manifestado que en la medida en que la comunidad -a través de sus organizaciones y/o grupos de base- no se involucre en las acciones emprendidas de promoción, prevención y seguimiento de infectados, la tasa de incidencia puede continuar y aumentar; encuentran dificultades para coordinar con el área de E.T.S. del Hospital Central "Dr. Ramón Madariaga" por no poder lograr el involucramiento de dicha área hospitalaria en las actividades que realizan en el barrio. Atribuyen esta falencia a negligencia funcional, ya que el Dto. de Maternidad (tanto el Servicio de Neonatología como el de Obstetricia), sin ser área específica de E.T.S., posee mayor nivel de sistematización de la información, así como mayor capacidad de articulación con el trabajo que se realiza el PROAME en la comunidad de Parque Adam.

Federación de Organizaciones Vecinalistas y Fomentistas de Misiones

La FOVEFOMI es una organización de segundo grado que nuclea a setenta organizaciones comunitarias de la provincia (ONG asociaciones civiles diversas, comisiones vecinales, grupos de madres y grupos de jóvenes). En Posadas sus referentes organizativos se extienden en toda la ciudad. En algunos barrios la federación opera con grupos consolidados que trabajan especialmente la temática de la salud:

- **B°Latinoamérica (Ruta 213)**

Comisión de Salud dependiente de la Comisión Vecinal.
Abrieron una Sala de Primeros Auxilios hace dos años.

- **B°de Setiembre**

Comisión de Mujeres. A través de un Proyecto presentado al FOPAR (Fondos Participativos – Programa de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación) realizaron su capacitación como Promotores en Salud y Nutrición.

- **Chacra 181**

Comisión Pro Salud (autónoma). Apoyada por Caritas Diocesana (Iglesia Católica). A través de un Proyecto presentado al FOPAR (Fondos Participativos – Programa de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación) realizaron su capacitación como Promotores en Salud y Nutrición.

- **B°“Nuevo Amanecer” (Itaembé Mini)**

Comisión de Salud dependiente de la Comisión de Mujeres.

- **Villa Lanús**

Comisión de Jóvenes. Construyeron una Sala de Primeros Auxilios a través de un Proyecto presentado en el Programa de Animadores Comunitarios de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.

- **Chacra 157 (lindante con el Hospital Central)**

Comisión de Salud dependiente de una Asociación Civil.
Abrieron una Sala de Primeros Auxilios en el Comedor Comunitario del B°. Articulan sus actividades con el Programa de Postas de Salud del Ministerio de Salud Pública de la provincia.

- **Las Vertientes**

Comisión de Salud dependiente de una Asociación Civil.

La FOVEFOMI como organismo federativo también articula acciones con el Programa de Postas de Salud del Ministerio de Salud Pública, organizando los grupos de mujeres que luego recibirán capacitación como Promotoras de Salud por parte del mencionado Programa. Esta integración con MSP se desarrolla en los barrios:

- Loma Poí
- San Gabriel
- Las Vertientes
- 6 de Setiembre
- San Onofre
- Latinoamérica
- Itaembé Mini
- Aeroclub

La FOVEFOMI integra además la COVERA (Confederación Vecinalista de la República Argentina). En consecuencia, todos los Convenios que firma ésta última con el Poder Ejecutivo Nacional tienen alcance para la provincia de Misiones.

En el año 1998, la COVERA firmó un Convenio con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a los fines de que sus miembros en todo el país realizaran campañas de prevención del HIV a través de cartillas, videos y charlas con las diferentes organizaciones nucleadas. Sin embargo, no logró acordar con el MSP de Misiones y fue imposible coordinar acciones sobre el tema entre esta organización y el Gobierno provincial.

Los entrevistados destacaron que las organizaciones comunitarias aunque sean formales, tienen problemas para ser reconocidas por algunos funcionarios ministeriales incluso cuando se acercan desinteresadamente para trabajar en forma conjunta o para compartir información.

LA POBLACIÓN LOCAL Y SU VISION DE LA 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.

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

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.)

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 las 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 un vision 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 pensaran 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
<p>SESQUICENTENARIO</p> <p>LAS VERTIENTES</p> <p>6 DE SETIEMBRE</p>	<p>Agua (infraestructura)</p> <p>Basura (Servicio)</p> <p>Adicciones: alcoholismo, drogadicción.</p> <p>Enfermedades respiratorias (invierno)</p> <p>Enfermedades de la piel. Granos. Sarna.(verano)</p>	<p>Alto crecimiento poblacional en últimos años. Agua potable insuficiente y discontinua (no están conectados a SAMSA – poseen perforaciones).</p> <p>Deficiente (discontinuo) servicio de recolección.</p> <p>Falta de educación en la gente.</p> <p>Vecinos de otros barrios tiran basura en horarios inapropiados.</p> <p>Mucha gente desocupada (principalmente jóvenes).</p> <p>Ausencia de espacios verdes.</p> <p>Los Centros de Salud cercanos (Sesquicentenario y A.3.2.) no cubren la demanda.</p> <p>Falta de cuidado de los niños por parte de los padres.</p>
<p>SAN LORENZO</p>	<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</p> <p>Agua potable, Ampliación</p> <p>Salita de Salud,</p> <p>Destacamento Policial y Ambulancia</p> <p>Enfermedades espiratorias, bronquiales</p>	<p>Es una 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>

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>Subdivido, 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. 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 espiratorias, bronquiales</p>	<p>Es una barrio de relocalizados de EBY y del Gobierno Pcial.con problemas de aislamiento y poca atención municipal .</p> <p>Lideres 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 BARRIALES 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 N° 17 CDI ² Consejo Barrial	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 Dificiles

² CDI: Centro de Desarrollo Infantil, PROMIN

Experiencias comunitarias y específicas de salud

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. Jomada 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>	Capacitación de Promotores Socio-ambientales y Salud (Proyecto de Animadores Comunitario-Secretaría de Desarrollo Soc. Nación) Promoción de clasificación y reciclaje y de la basura

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 con 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.

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," Este Proyecto ha sido elaborado por la O.N.G. "Casa de la Mujer" y presentado ante el equipo evaluador del PROAME (Programa de Atención a Menores en Riesgo), a los efectos de ejecutar en la Comunidad de Parque Adam (B° periférico de la Ciudad de Posadas).

El equipo ejecutor del proyecto fué financiado con fondos del BID
Integrantes: 1 Coordinadora Lic. en Trabajo Social, 1 Neonatóloga, 1 Ginecólogo, y 1 Pediatra, 1 Trabajadora Social, 1 Profesor de Educación Física, 1 Psicopedagoga y 3 promotoras barriales colaboraron también ALUMNOS pasantes de la Lic. en Trabajo Social DE LA Fac.de Humanidades y cs.ss.-UNaM idóneos en talleres de cestería, cocina, teatro, trabajos en vidrios.

Localización: Zona Parque Adam, ubicada al sudeste del centro de la ciudad, a una distancia aproximada de 3000 mts., a escasos 10 minutos del hospital central y a 20 minutos del microcentro de la ciudad 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.

Viviendas y barrio: casas precarias edificadas con paredes de madera, pisos de tierra y/o de ladrillos y techos de chapa de cartón asfáltica, chicas, con pocas aberturas, letrinas muy cerca de la casa; calles de tierra con zanjas abiertas, aguas estancadas y microbasurales; hay 4 canillas públicas de agua potable, no poseen servicios de cloacas ni alcantarillado; cuentan con alumbrado público

y pocas conexiones domiciliarias individuales; no hay recolección de basuras domiciliarias. Hay un complejo urbanizado aledaño con 58 viviendas que tienen agua, luz y sanitarios con descarga.

La iglesia católica "Caacupé realiza tareas educativas, como el funcionamiento de una escuela de nivel secundario y en horarios nocturnos cursos en oficios para adultos. Mantiene un comedor comunitario, con la atención de más de 300 personas diariamente. Se destaca la organización de jóvenes en actividades de catequesis y relevamiento de familias críticas en zonas más extensas al barrio con la finalidad de gestionar apoyos alimenticios, vestimenta, y ayudas familiares.

Salud : Constituye una característica de la zona y específicamente de este lugar, la falta de un adecuado programa de vigilancia epidemiológica. 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 fue 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: "Educación y promoción 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 cuadras 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 movilizándolo a la comunidad en acciones de autogestión y organización sobre la temática salud

Se realizó una 1ª 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 resistencias 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).

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.

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". 1998

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 decisiones ...y 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)

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 dentro del esquema médico-asistencial predominante- no pueden

³ Entrevista al Director de Epidemiología
0a de la Pcia. de Misiones, noviembre de 1999.

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: distribuidos 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 manzanas o zonas al agente más próximo al lugar, lo que

⁴ entrevista al Director de Epidemiología

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 areas, 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 áreas 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 barriales 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 el 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 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 <u>evaluación interna</u> , 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 pediatría y ginecoobstetría y clínica planilla de denuncia "c" prestaciones de enfermería 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 periódicas (no se informa sobre interacciones entre 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 básicamente 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 área específica de comunicación		No existe una dependencia central que coordine las comunicaciones en materia de salud.	No: Cada área 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 vídeos, 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 comunicación			
¿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 efectividad para sustentar la salud de la población?	destaca logros en materia de consulta temprana sobre casos de diarrea infantil (no se evidencia evaluación 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.			

POSIBILIDAD DE REACCION ANTE UNA SITUACION DE ALERTA EPIDÉMICA.

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 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...preocupante, 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..."⁵

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:

⁵ Diario EL TERRITORIO, 29 de noviembre de 1999

Letrinas	2971
Canillas Públicas	101
Micro basurales	82
Macro basurales	13

Fuente: Equipo técnico Área 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.

Los indicadores de morbimortalidad 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"⁶

⁶ PROMIN –Proyecto Misiones, Subproyecto POSADAS, Tomo 1 pag. 119

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, sífilis⁷ 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 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

⁷ ultimamente 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

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, dice⁸:

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, leemos⁹:

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

⁹Programa mujer y salud, proyecto PROCRES, (MBS,MSP,Casa de la Mujer) 1995,pag.6

(...) 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 .

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.¹⁰

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: si, jeringas :si; 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..."¹¹*
- ⇒ *" 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 una de mañana y otra de tarde y un agente sanitario...nada de medicamentos..."*

¹⁰ Situación sanitaria en zonas afectadas por la represa de Yacyretá en Posadas, Monitoreo de Programa de Relocalizaciones, EBY, enero 1997.

¹¹ Idem, anterior

Los horarios de atención médica son observados, además de la calidad de algunas prestaciones; los vecinos objetan una supuesta superficialidad y actitudes desganadas 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 personalizada¹²

Trabajo aca desde hace 10 años. La gente cuando yo vine a vivir aca, comía 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 sama 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

⇒ *"en los niños infecciones, fiebre, granos.....colitis, diarrea"*

¹² Entrevista a la directora del centro de salud nº 5 , Posadas, octubre de 1999

- ⇒ "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 las vacunaciones y 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 contagio ¹³

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.

¹³La 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% 6590
Respiratorias leves	40%	60%	100% 11620
Neumonía	6%	94%	100% 694
Epidermicas	67%	33%	100% 21
Hepatitis	14%	86%	100% 286
E.t.s.	0%	100%	100% 495
Otras	1%	99%	100% 3101
TOTAL	30%	70%	100% 22807

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

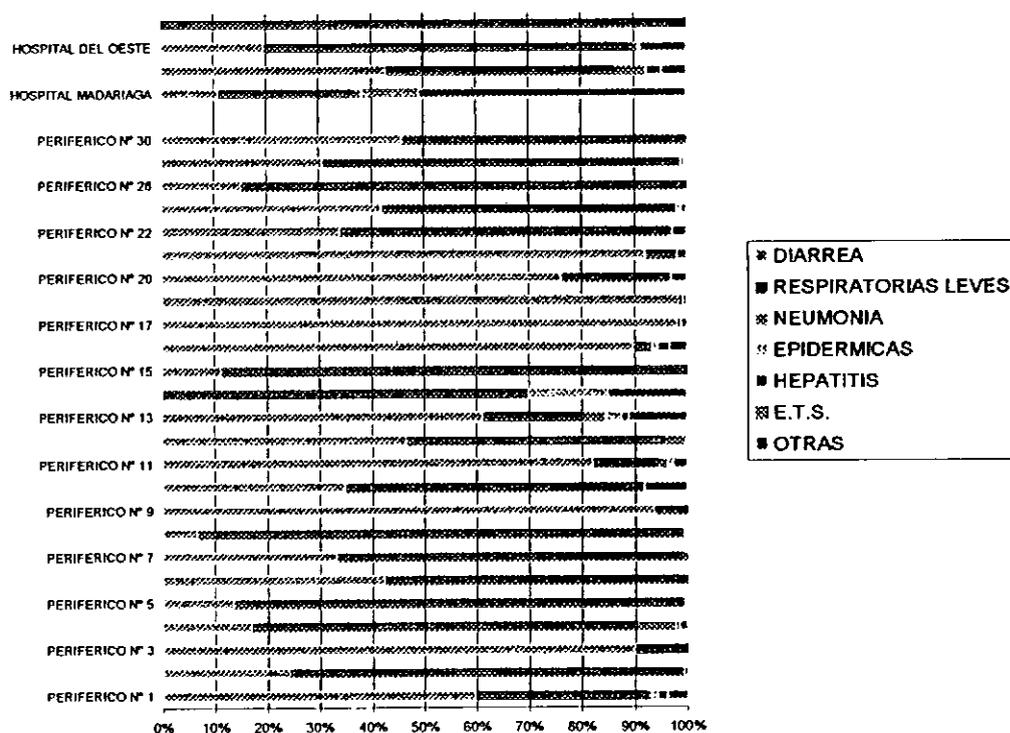
Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas MSP, nov.1999

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	Diarrea	Respir		Epidermicas	Hepatitis	ETS	Otras	
		Leves	Neumonía					
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

LA COMUNIDAD Y SUS ORGANIZACIONES. EXPERIENCIAS PARTICIPATIVAS. 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 contextuales de la sociedad y sus instituciones. Incluso –aunque en modo aun difuso- pudieron pensar sobre sí, sobre los otros y sobre el entorno

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 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 vio 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 es 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 gobernar¹⁴.

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.

Escenarios de salud pública y acción 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 tomasen 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

¹⁴ Los futuros de salud y la atención a la salud en América Latina y el Caribe, OPS, 1992, pag.1

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-¹⁵ 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 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

¹⁵ Experiencias PROMIN 1999 = Consejo de Salud barrial y Postas de Salud (APS)

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*. Si!

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.

Coordinación 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*¹⁶⁽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, más allá de la buena voluntad, vocación y predisposición de funcionarios 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.

¹⁶⁽¹⁾ Cuadernos Médico Sociales N.54 año 1990

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.