

• AUTORIDADES DEL MINISTERIO •
Señor Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
 - Dr. Ginés González García -

Secretaría de Programas Sanitarios
 - Dr. Héctor Daniel Conti -

• AUTORIDADES PROAPS - REMEDIAR •
Coordinación General del Programa
 - Dra. Graciela Ventura -

Subgerencia de R.R.H.H.
 - Roberto Armagno -

• Boletín PROAPS-REMEDIAR •
Director de contenidos de medicamentos
 - Dr. Ricardo Bernztein -

Directora de contenidos de APS
 - Dra Rosa María Durante -

Comité Editorial
 Dr. Carlos Pacheco
 Dr. Armando Reale
 Lic. Mauricio Monsalvo
 Prof. Silvia Pachano
 Dr. Gonzalo Meschengieser

Diseño Editorial
 Pablo Conte
 Catalina Lucas

Dirección postal
 Proaps - Remediar - Ministerio de Salud de la Nación
 Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - Casillero 54
 (C1073ABA) Buenos Aires, República Argentina
 Tel: 0-800-666-3300
 mail: boletinremediar@proaps.gov.ar
 ISSN 1668-2831
 Propietario: Programa PROAPS - REMEDIAR
 Suscripción gratuita:
 suscripcionesremediar@proaps.gov.ar

En este número:

Entrevista al Sr. Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Dr. Ginés González García	■ 3
Reglamento de publicaciones	■ 4
Editorial Dra. Graciela Ventura - Coordinadora General de Proaps-Remediar.	■ 5
Participación Dr. Carlos Pacheco - Area de Fortalecimiento de la APS.	■ 6
El uso de polivitamínicos en el primer nivel de atención Subgerencia de Operaciones. PROAPS - Remediar.	■ 8
Evaluación del uso de polivitamínicos en el primer nivel de atención Dr. Ricardo Bernztein - Programa Remediar.	■ 12
Bibliografía recomendada	■ 14
Medios de comunicación masiva para un Uso Racional de Medicamentos Gonzalo Meschengieser, Cristian Cangenova - Programa Remediar.	■ 15
Trabajos premiados en el Concurso Nacional para Becas de Estímulo "La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediar"	■ 17
Los CAPS y la información Dr. Pedro Casserly.	■ 22
Codificación de enfermedades en los Centros de Atención Primaria Dirección de Estadísticas e Informática de Salud - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.	■ 23
Capacitación en Operatoria Dr. Gonzalo Meschengieser, Lic. Cristina Ratto - PROAPS - Remediar.	■ 24
Información para prevenir intoxicaciones en la comunidad desde la Atención Primaria de la Salud Ministerio de Salud y Medio Ambiente - Dirección de Promoción y Protección de la Salud - Departamento de Salud Ambiental. Programa Nacional De Promoción y Control de Intoxicaciones Responsable: Dra. Susana I. García - Médica Toxicóloga.	■ 29
Curso anual Uso Racional de Medicamentos en APS	■ 31

“Estamos iluminando un camino que se recorría a ciegas”

EENYS -Encuesta Nacional de Nutrición y Salud-



El Sr. Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Dr. Ginés González García presentó datos preliminares de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud durante la última reunión del COFESA.

Una asignatura pendiente

Conocer el estado nutricional de la población argentina era una asignatura pendiente de las autoridades sanitarias de la Nación. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EENYS), implementada en el 2005, ofrece por primera vez en la historia información precisa, válida y actualizada que permita dar cuenta de la magnitud de los problemas nutricionales, su distribución geográfica, por edad u otra condición relevante. *“Estamos iluminando un camino que se recorría a ciegas”* asegura el Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, Dr. Ginés González García mientras repasa una vez más los resultados que adelantara en la última reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA) realizada en la ciudad de Salta el último 10 de febrero.

Numerosos estudios de marcada solvencia técnica se habían llevado a cabo con anterioridad, pero ninguno a nivel nacional o regional. En total se visitaron más de 300 mil hogares del territorio nacional que fue dividido con fines metodológicos en seis áreas: NOA, NEA, Cuyo, Patagonia, Centro y región Metropolitana. *“La encuesta reviste un carácter novedoso, especialmente por su amplitud. No existen antecedentes a nivel mundial”* destacó el Ministro cuando se lo consultó acerca de las características distintivas del estudio.

Problemas identificados

De los datos preliminares que se dieron a conocer se destacó que en los niños menores de 6 años el sobrepeso y obesidad, que alcanza a nivel nacional una cifra cercana al 10%, constituyen un problema nutricional de mayor trascendencia que la desnutrición crónica, que tiene una prevalencia del 4%. La desnutrición aguda, que hasta hace poco tiempo era considerada como la peor amenaza de la salud infantil, se encontró dentro de parámetros inferiores a los 2 desvíos standard.

Por otra parte, en las mujeres de 19 a 49 años la pre-

valencia de sobrepeso arrojó cifras cercanas al 25% mientras que la obesidad fue del 20%. Por otro lado la hipercolesterolemia osciló entre el 12% y el 28% en todo el territorio nacional.

El Dr. González García se mostró preocupado ante la elevada cifra de sobrepeso registrada tanto en la población infantil como en la de mujeres en edad fértil; *“el sobrepeso constituye la peor epidemia, es madre de un conjunto de patologías crónicas entre las que se destacan las enfermedades cardiovasculares y la diabetes como dos de las mayores causas de muerte en nuestro país”*. A su vez resaltó que *“las cifras obtenidas en materia de obesidad fueron mayores de lo esperado”*. Sin embargo se mostró satisfecho con el descenso de los niveles de desnutrición aguda. *“Las cifras de desnutrición aguda se asemejan a las de los países ricos, donde siempre existen casos de esa patología que se deben, básicamente, al padecimiento de enfermedades de base como metabopatías”*.

Además aseguró que décadas atrás, cuando ejercía en el plano académico, ya se hablaba de la coexistencia de las dos patologías, *“en países desarrollados como Alemania y Francia también conviven dos realidades diferentes: elevadas tasas de sobrepeso y desnutrición aguda”*.

Con respecto a los datos de anemia el Ministro consideró como previsibles los resultados de la encuesta: - la anemia en niños menores de 2 años se encuentra en 33%, mientras que la cifra para mujeres entre 19 y 49 años alcanzó un 17% -. *“Sabíamos que existía una elevada prevalencia de anemia, por eso pusimos en marcha un conjunto de políticas destinadas a revertirla: la provisión de hierro gratuito a través del Programa Remediar, la implementación del Programa Nacional de Desparasitación Masiva, la provisión de leche fortificada con hierro y las leyes de harina fortificada con hierro, entre otras. Además se realizan actividades de capacitación para profesionales de todo el país, destacándose el Programa de Médicos Comunitarios y el de Uso Racional de Medicamentos. Estos últimos contribuirán a una mejor utilización del hierro en los efectores del primer nivel de atención, donde se ha observado que no*

se prescribe en casos en que se necesita suplementarlo. Ahora, con datos ciertos, lanzaremos un Programa específico para combatir la anemia que se encontrará bajo la órbita del Programa de reforma de la Atención Primaria de la Salud."

Abordaje multisectorial

Los resultados de la ENNYS estarán disponibles para todas las entidades referentes del sistema sanitario, tanto de la esfera académica, cultural como económica. Tal es así que en el marco del Consejo de la Coordinación de Políticas Sociales, integrado por los ministros de Economía, Felisa Miceli; de Salud, Ginés González García; de Desarrollo Social, Juan Nadalich; de Educación, Daniel Filmus; y de Trabajo, Carlos Tomada se están diseñando planes de acción en conjunto para abordar las problemáticas prioritarias detectadas por la encuesta. "Recordemos que la estrategia del gobierno es cuidar, no curar", afirmó el Dr. González García con respecto al perfil de las propuestas formuladas por los ministros, que trabajan en la construcción de una Política nacional de Alimentación y Nutrición.

Hacia un cambio cultural

El Dr. González García enfatiza una vez más el carácter trascendental de la ENNYS "como un instrumento de

acción de política sanitaria". No obstante, está convencido de que sin un cambio cultural el proceso de modificación de hábitos en la comunidad será imposible. "Se están logrando excelentes resultados en materia de descenso del tabaquismo, pero resta mucho por trabajar en el campo de la alimentación. Se calcula que un individuo en occidente ingiere diariamente de un 30% a un 50% más del valor calórico que se consumía en promedio 50 años atrás. Constituye un proceso acelerado que nos está llevando a una situación realmente dramática". Asimismo el Ministro asegura que la evolución de la sociedad se ha adelantado a la adaptación del programa genético del organismo humano, "el hombre está adaptado para comer poco y a veces. En la actualidad el alimento se encuentra disponible todo el tiempo y en grandes cantidades".

El camino que no se conocía, ahora se conoce. El Ministro está tranquilo, sabe que cuenta con herramientas confiables y un equipo de colaboradores con voluntad y capacidad para revertir la tendencia y así poder abordar las metas acordadas con todos los Gobernadores y Ministros/Secretarios de Salud Provinciales en el marco del Plan Federal de Salud. Tiene la convicción que de se ha dado un paso enorme en materia de políticas nutricionales en la Argentina.

Reglamento de publicaciones

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, BOLETÍN PROAPS-REMEDIAR publica trabajos de salud pública destinados especialmente a quienes se dedican a la atención primaria de la salud (APS). Son de especial interés aquellos temas relacionados con la atención primaria, en sus distintos aspectos: uso racional de medicamentos en el primer nivel de atención, experiencias en APS, modelos de atención para los diversos problemas de salud, epidemiología, gestión, políticas de salud. Los artículos deberán ser inéditos, pudiendo haberse publicado tan sólo como resúmenes. Los trabajos deben presentarse acompañados de una carta firmada por todos los autores y en la que se aclare cuál de ellos se encargará de mantener comunicación con el Boletín. Los autores deberán ceder al Boletín los derechos de publicación.

I. Trabajos originales: los componente deberán mantener el siguiente orden:

- 1) Portada: incluirá el título del trabajo, nombre(s) y apellido(s) del autor(es) en orden correlativo y con un asterisco que permita individualizar al pie la Institución donde se ha efectuado el trabajo, la dirección y teléfono del autor principal o de aquél a quien deberá dirigirse la correspondencia.
- 2) Resúmenes: acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 200 palabras. Se ordenarán con sus correspondientes subtítulos de la siguiente forma: a) Introducción con su/su(s) objetivos; b) Material y Métodos; c) Resultados; d) Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar las palabras clave, 5 como máximo.
- 3) Desarrollo del informe: no deberá exceder de 4 páginas, numeradas, escritas con procesador de texto a espacio simple y respetando el siguiente formato:
 - a) Introducción: en ésta no deberá faltar el problema de la investigación: (¿Por qué se realizó el trabajo?), con su marco teórico, debidamente avalado por la bibliografía. Al finalizar este apartado deberán darse a conocer los objetivos de la investigación: (qué se iba a hacer, con quiénes y para qué. b) Población: Criterios de Inclusión, Exclusión y eliminación empleados. Lugar y fecha de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, consignar la técnica. Reparos éticos. c) Material y Métodos: variables estudiadas, técnicas empleadas para medirlas. Materiales empleados. Análisis estadístico. Valor de la prueba de significación. Nombre del programa estadístico. d) Resultados: conjunto de datos conexos con los objetivos y fundamentados por el análisis estadístico. Medida de dispersión, Media y DS, mediana, rango y modo. Porcentaje e IC, etc. Tablas y gráficos: No deberá ser la repetición de lo redactado en el texto. e) Conclusiones: afirmaciones breves y precisas, responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos. f) Discusión y Comentarios: especulaciones y nuevas hipótesis, surgidas de la investigación. Podrá incluir recomendaciones. g) Bibliografía: se citará consecutivamente al orden de aparición en el texto siguiendo el estilo propuesto por el CIERM en "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical journals"(N Eng J Med 1991; 324: 424-8). (JAMA 1993, May 5; 269: 2282-86). h) Abreviaturas o siglas: se indicarán entre paréntesis, cuando aparezca por primera vez la palabra que se empleará en forma abreviada.

II. Trabajos de Actualización: con apartados de Introducción, desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. El texto tendrá una extensión máxima de 4 páginas a espacio simple y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema.

III. Comunicaciones breves: tendrán una extensión máxima de 1 hoja de texto. La bibliografía no tendrá un número mayor de 10 citas. El texto debe prepararse con una breve introducción, presentación de lo observado y discusión o comentario.

IV. Cartas al editor: estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que no tengan una extensión mayor de 1 hoja. Es necesario que tengan un título. Pueden incluirse hasta un máximo de 5 citas bibliográficas.

El Comité Editorial someterá los trabajos enviados al Boletín a un arbitraje externo que los aprobará, sugerirá modificaciones o rechazará. El Comité Editorial se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado o que no posean el nivel de calidad mínimo exigible. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. El Boletín no se responsabiliza tampoco por la pérdida del material enviado. Los trabajos, comentarios y cartas deben dirigirse al Comité de Redacción del Boletín: Av. 9 de Julio 1925 P:8- Casillero 54, (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina o a boletinremediar@proaps.gov.ar.

Editorial

Dra. Graciela Ventura - Coordinadora General de Proaps - Remediar

Los Centros de Atención Primaria han aparecido a la luz pública como una alternativa eficaz para el cuidado equitativo de la salud de la población a partir de la década del '50[1]. El desarrollo posterior de estos Centros llevó a la Asamblea Mundial de la Salud, reunida en septiembre de 1978 en Alma Ata, a considerar que debían ser el eje estratégico para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000.

A veinticinco años de aquella declaración, la estrategia de la APS no ha logrado consolidarse como el puente hacia la salud colectiva. Su desarrollo histórico y los resultados alcanzados han generado una catarata de comentarios despectivos, tanto de los críticos de la Atención Primaria, y como de quienes se sintieron decepcionados. Ha debido soportar el peso de ser denominada "atención primitiva" y sus profesionales han sido catalogados como "derivólogos", que simplemente funcionaban como canal de conducción de los pacientes a los Hospitales.

Sin embargo, la Atención Primaria de la Salud ha contribuido silenciosamente, a mejorar la salud de la población. En los últimos 20 años la esperanza de vida al nacer se incrementó incesantemente, ignorando las múltiples crisis económicas; y no dudamos que en gran parte se ha debido al aporte de la Atención Primaria, en especial en la reducción de las enfermedades infecciosas y perinatales [2].

Un reciente documento de la Organización Panamericana de la Salud señala: "Los estudios internacionales muestran que los países con sistemas de salud con una fuerte orientación en APS tienen mejores y más equitativos resultados en salud, son más eficientes, y logran más alta satisfacción del usuario"[3]

Estos logros han sido en general el resultado del esfuerzo y el sacrificio de sus protagonistas, no contando siempre con el apoyo institucional suficiente ni con sistemas de actualización permanente para los mismos.

El trabajo en Atención Primaria exige contar con destrezas específicas como instrumentos para mejorar sus efectos y lograr un reconocimiento en el Sistema Sanitario que lo posicione como su eje. Sin embargo, frecuentemente la presentación de algunas de sus experiencias más valiosas han sido menospreciados en ámbitos académicos por distintas razones, entre ellas el prejuicio que acusa a la APS de carecer de herramientas metodológicas confiables.

En los últimos años y con el convencimiento de que la

Atención Primaria debe ser el eje organizador del sistema de Salud, se ha avanzado en el camino para la corrección de esas falencias.

El Plan Federal de Salud, suscripto por todos los Ministros de Salud y Gobernadores de la Argentina, constituye el compromiso que refleja la política más firme que desde un gobierno nacional se ha adoptado y se ha transformado en la constitución de la Política Sanitaria en el país. Remediar primero y el Posgrado en Salud Social y Comunitaria después representan la evidencia palpable de que creemos en ella. Por otra parte, se ha propendido a la adecuada nutrición de la población, como uno de los factores esenciales para su buena salud[4]; y como parte de esta estrategia se han desarrollado actividades críticas como el fortalecimiento de la leche con hierro, y se están perfeccionando otras a través del análisis de los datos de la Primera Encuesta Nacional de Nutrición en Salud llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

También cabe destacar que resultaba necesario "rescatar" las actividades que caracterizan a la APS y la naturaleza de sus problemas de la marginalidad de la Medicina y de la Salud Pública a través de un sistema estadístico que pudiera reflejar adecuadamente su contribución al cuidado de salud de la población, y con ello, mostrar la necesidad de volcar allí cada vez más recursos; el diseño del sistema registro CEPS-AP hoy permite conocer esta realidad. Por último, ha sido necesario también comenzar a reconocer a la Atención Primaria como mediadora de la creciente y progresiva participación de la comunidad en el cuidado y las decisiones respecto de su propia salud.

La Atención Primaria tiene la posibilidad de contribuir a la formación de modelos de ciudadanía de alto valor para el fortalecimiento de la democracia. Con este propósito Remediar ya ha otorgado doscientas Becas Estímulo de actividades de participación comunitaria y nos encontramos en proceso de concurso para financiar doscientos proyectos a desarrollar con la comunidad.

La Atención Primaria tiene en sus manos un papel esencial en el cuidado de la salud de la población. Para esta tarea debe contar con todo el apoyo necesario.

La Atención Primaria y sus integrantes deben ser cuidados, escuchados y apoyados, y este camino es el que estamos transitando.

[1] Kark S, Cassel J: "The Pholela Health Centre. A progress report". South African Medical Journal 26(6). Cape Town, feb.1952.

[2] OPS/ OMS: "Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros". CD 44/9. Washington, septiembre de 2003. p.6.

[3] OPS/ OMS: "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas". Borrador para la discusión. Julio de 2005.

[4] Ibidem.

Participación

Dr. Carlos Pacheco

A partir de los sucesivos encuentros con Ustedes, los que desde los CAPS sostienen el Primer Nivel de Atención de la Salud, encontramos que una de las dificultades más frecuentes en él para el desarrollo de las estrategias de la APS, está centrado en el no cumplimiento de los principios que la sustentan.

Entre los mismos el referido a la Participación Comunitaria se lleva las palmas.

La Participación Popular nos asusta, tememos perder la misera propina de sentirnos más entre los menos.

Sabemos en lo más íntimo que el sistema nos permitió a los técnicos constituirnos en los "lenguaraces" de la gente. Somos los que dictamos las normas, los que establecemos qué es lo bueno y qué es lo malo, somos el más efectivo control social para que todo siga igual, y ese todo seguir igual, es seguir mal.....

¿O me equivoco?

¿Cuántas veces habremos escuchado que desde distintos foros académicos, un grupo de consultores bien pagos, "luchan contra la pobreza" pretendiendo enseñar a los pobres cómo administrar un ingreso de menos de \$ 10 al día, lo que representa para una familia tipo, comer cuatro comidas con \$ 2,50.?

Ésta es una situación insatisfactoria, identificada por un actor social, que invita a su modificación, o sea... es un problema...

Sabemos en lo íntimo, que esa participación podría constituirse en un espacio, que para poder desarrollarse necesitará derrumbar las columnas de ese "Olimpo" que nos hemos construido.

El primer paso para facilitar la participación debería comenzar por el reconocimiento del diferente, reconocimiento que empieza escuchándolo.

Es frecuente que quienes trabajan en áreas operativas despotriquen contra los funcionarios que dictan normas alejadas de la contundente realidad. Y ello, desde una visión lógica, es cierto. Pretender seguir normatizando desde las oficinas ignorando, la "palabra" de los que caminan el barro de la realidad, es -por lo menos- ingenuo. Por ello, son muy pocas las normas que se cumplen.

Nuestra propuesta es escuchar a los que transitan la realidad cotidianamente, y los que viven en ella. En resumen es una invitación a "compartir la palabra"

No es fácil, los obstáculos no sólo son de un afuera exculpatorio, habita en lo más profundo de nosotros, replicadores inconscientes de un sistema que pretendemos cambiar.

La realidad puede ser descripta desde distintas posiciones espaciales, ideológicas y hasta a veces simplemente personales. Podemos verla diferente nosotros mismos en distintos momentos del día, en cada tramo vital de nuestra vida, o aun condicionados por distintos estados de ánimo, pero hasta que no asumamos que esa realidad, no es nada mas ni nada menos que la visión confluente de las distintas visiones, peharemos por hegemonizar nuestra visión como única.

Definimos a la Participación Plena, como el tomar parte, decisión propia de quien necesita involucrarse, formar parte, determinado por la permeabilización producida en la institución que abre las puertas a la participación, y ser parte, que es la situación en la cual sin esa participación la institución no está completa.

Pero abrirse a la Participación no es una tarea sencilla, pues se necesita:

- De una fuerte concepción democrática de la Sociedad
- De una base sólida de principios
- De solidez técnica
- De un respeto fundamental por el otro
- Del auto reconocimiento de nuestras debilidades
- De la necesidad compulsiva por construir una Sociedad más JUSTA

Para facilitar la Participación, desde el PROAPS - Remediar, propusimos la realización de un Concurso Nacional de Proyectos Participativos.

El real objetivo del mismo, no sólo es instalar en los CAPS capacidades organizativas, sino facilitar el encuentro del CAPS con su comunidad para conformar el Equipo Ampliado de Salud.

Ello posibilitaría la articulación entre estos dos actores

del área programática que conviven con la realidad, para que identifiquen los problemas, aborden las causas que los sostienen y las modifiquen para construir otra realidad.

Necesitamos hacer de la planificación desde los micro espacios, una herramienta poderosa, capaz de disparar el cambio necesario para construir otra historia más grata.

Pero... ¿Qué es planificar.?

Sencillamente y aunque suene redundante, es hacer planes, o sea marcar caminos y buscar los medios para alcanzar algo, es mirar hacia adelante con esperanza. Un Plan es la suma de Programas que tienen iguales fines y objetivos es -en síntesis- un conjunto organizado de fines, objetivos, metas, instrumentos, medios y recursos, para lograr el desarrollo de un área o de un sector determinado.

Mientras que un Programa es un conjunto de Proyectos relacionados y coordinados entre sí, que persiguen los mismos fines.

La planificación es una herramienta que nos permite trazar un itinerario para llegar a lo que queremos.

Siempre partimos desde la realidad, y nos proyectamos, mediante lo que deseamos hacia el futuro.

En el caso de la Salud, la visión del equipo de salud, será necesariamente distinta que la de un ingeniero o de una persona sin formación profesional. Sin embargo, la realidad, aun siendo la misma, será descrita de distinta forma.

Ya hablamos de la Planificación Normativa, y parecie-

ra qué tal como pasa con la educación popular, fueran antagónicos con la Planificación Estratégica la primera, y con la educación formal la otra; y no es así...

Se complementan.

Otra pregunta que surge acerca de lo que es la Planificación Estratégica: ¿Que es una Estrategia?

Una Estrategia es una modalidad de abordaje de una situación, de acuerdo a nuestras potencialidades, relacionadas con las del adversario, desarrolladas en un determinado escenario, compuesto por actores, hechos y circunstancias que interactúan entre sí.

También se la puede definir como el arte de gobernar un proceso, teniendo en cuenta el accionar propio, en un escenario compuesto por actores diversos, que tienen también objetivos diversos.

Para un abordaje estratégico debemos tener en cuenta:

- 1. Nuestras fortalezas*
- 2. Nuestras debilidades*
- 3. Las fortalezas del adversario, para nuestro caso el problema*
- 4. Las debilidades del adversario*
- 5. Las oportunidades que nos brinda el terreno y/o la situación política*
- 6. Las amenazas de aquellas*
- 7. Estas particularidades facilitan la reformulación y ajuste de los Planes, Programas y Proyectos, mediante correcciones y retroalimentaciones permanentes, condicionados al devenir dinámico de los hechos que constituyen la realidad.*

de la Declaración de Alma – Ata

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

El uso de polivitamínicos en el primer nivel de atención

Subgerencia de Operaciones. PROAPS - Remediar

El **propósito** de este artículo es exponer los principales resultados del Programa REMEDIAR en relación al cuidado del lactante en el primer nivel de atención. En el próximo número del Boletín se analizará el rango de edad de 2 a 14 años.

En el artículo se muestra la frecuencia de consultas por control de lactante sano –hasta los dos años de edad– (código 801) en el primer nivel de atención, la distribución por sexo, edad y jurisdicción. Se describen las alternativas medicamentosas que ofrece REMEDIAR para el cuidado de la salud del lactante y sus costos, tanto en las farmacias como para el programa. Se analiza la prescripción y stock de polivitamínicos en el primer nivel de atención en todas las provincias de la Argentina. Todos estos resultados son obtenidos de la

información primaria generada por el Programa REMEDIAR.

Metodología

La **información primaria de REMEDIAR** utilizada en este análisis proviene de los formularios que los CAPS remiten regularmente: Formulario Único de Receta "R"¹ y Formulario "B"².

La tabla 1 (pag 9) muestra la metodología utilizada para el análisis de la información.

Los datos sobre sexo y edad se hacen en base a todos los Formularios R, independientemente de si tienen un diagnóstico o más. Los datos de prescripción sí se calculan en base a, solamente, los Formularios R con el código correspondiente como código único.

Tabla 1. Metodología.

FUENTE	CONTENIDO	UNIDAD DE ANÁLISIS	PRINCIPALES INDICADORES
Formulario R (Receta Remediar)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Codificado; • Tratamiento Prescripto; • Datos Básicos del Paciente (Edad, Sexo, etc.). 	Universo de recetas: septiembre y octubre de 2003; enero y febrero de 2004.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de Diagnósticos (*); • Frecuencia de Tratamientos Prescritos, por diagnósticos (*); • Frecuencia de datos básicos de beneficiarios.
Formulario B (Registro Mensual de Consumo de Medicamentos y Consultas)	Datos mensuales de: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo por medicamento (prescripción); • Stock por medicamento (en meses); • Consultas (totales); • Recetas Remediar. 	Total de Formularios rendidos por CAPS, actualizados al presente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmo: Tasa de prescripción del medicamento cada 100 Recetas Remediar; • Stock: Meses de consumo promedio cubierto con el remanente de medicamento disponible en CAPS; • Consultas y Recetas promedio mes; • Tasa de Receta Remediar por consultas.

(*) Aperturas por datos básicos de beneficiario, por provincia y partidos del conurbano.

1. El Formulario R o receta es utilizado para acreditar la dispensa al paciente en los casos en que la consulta médica implica la prescripción de un medicamento incluido en el botiquín. Este registro tiene una importancia fundamental para la identificación de los beneficiarios del programa y la evaluación de los resultados del mismo, así como para registrar el diagnóstico, con su código, y el medicamento prescripto. El Formulario Único de Receta (R) es el instrumento básico de recolección de información por parte de REMEDIAR. El mismo permite evaluar los resultados del programa, adecuar los medicamentos que componen el botiquín y efectuar las mejoras necesarias.

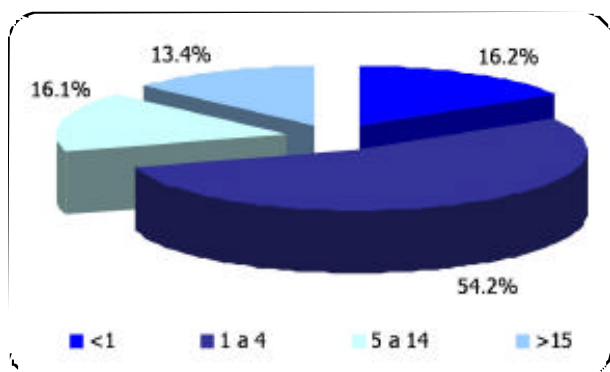
2. El Formulario "B" ha sido diseñado para el registro mensual de consumo de medicamentos y consultas. Mensualmente, con el fin de llevar un registro y para el control de la UEC, el CAPS debe entregar la información consolidada al último día del mes acerca de: número de consultas y recetas realizadas, cantidad de medicamentos dispensados y en stock (remanente). Esto se hace sobre la base de los medicamentos del Programa recetados diariamente en el CAPS en el Formulario Único de Receta (R) y el registro de la cantidad de consultas realizadas en el mes (que llevan los CAPS).

1. Prescripciones de polivitamínicos

En el 5,3% de los Formularios R se presenta prescripción de polivitamínicos provistos por el Programa Remediar, por lo que **se prescriben aproximadamente 79.500 frascos mensuales**. En el 72,3% dichas recetas presentan tratamiento múltiple y en el 27,7% tratamiento único. A la vez, en el primer grupo hay un diagnóstico único en el 66% de los casos y en el segundo grupo en el 98% de los casos.

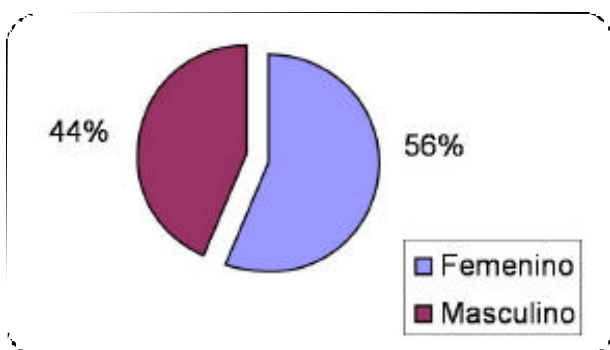
En el gráfico 1 se observan las edades para las que se prescriben los polivitamínicos y en el gráfico 2 la distribución por sexo. Es interesante destacar que la diferencia en prescripción de polivitamínicos por sexo supera la diferencia por sexo de control de lactante (44% varones y 56% mujeres), por lo que es probable que los polivitamínicos se utilicen en el control de embarazo.

Gráfico 1. Distribución por edad de la prescripción de polivitamínicos.



Fuente: Formmularios R

Gráfico 2. Distribución por sexo de la prescripción de polivitamínicos.



Fuente: Formmularios R

En la tabla 1 se muestran los diagnósticos más frecuentes que se asocian a la prescripción de polivitamínicos.

Tabla 1. Diagnósticos asociados a la prescripción de polivitamínicos.

Problema de Salud	Frecuencia (%)
Desnutriciones	37.14
Anemias	27.85
Control Lactante Sano	8.45
Trastornos mentales y del comportamiento	6.18
Demás Síntomas Y Signos Generales	5.45
Control Niño Sano	4.67
Síntomas y signos concernientes a la alimentación e ingestión de líquidos	3.79
Malestar y fatiga	2.70
Contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	0.54
Resfrío	0.51
Diarrea	0.50
Parasitosis intestinal	0.50
Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	0.45
Fiebre	0.44
Faringitis	0.33
Total	100

Fuente: Formularios R.

En la tabla 2 se observan los medicamentos asociados en los casos de tratamientos múltiples.

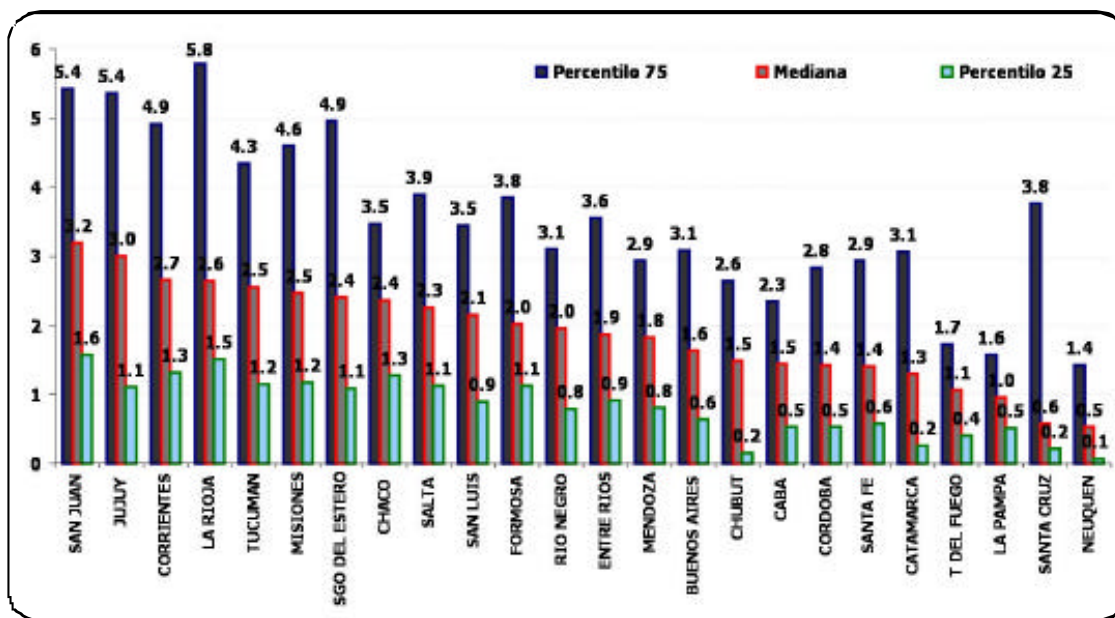
Tabla 2. Medicamentos asociados en las recetas a los polivitamínicos.

Medicamento	Frecuencia (%)
Hierro F.	65%
Otros	13%
Paracetamol F.	6%
Amoxicilina F.	4%
Mebendazol F.	3%
Hierro+A. Fólico C.	2%
Cefalexina F.	2%
Ibuprofeno F.	2%
Ibuprofeno C.	2%
Salbutamol F.	1%
Gentamicina F.	1%
Amoxicilina C.	1%
Mebendazol C.	1%
Metronidazol F.	1%
Enalapril C.	1%
Ranitidina C.	1%
Total	100%

Fuente: Formularios R.

En el gráfico 3 se expone la tasa de prescripción de polivitamínicos desagregada por provincia.

Gráfico 3. Tasa de prescripción de polivitamínicos por provincia.



Fuente: Formularios B: cuarto trimestre 2004

La variabilidad en la prescripción de polivitamínicos en una misma región se manifiesta en la tabla 3, donde se muestran los departamentos con mayor y menor tasa de prescripción. Se excluyen de esta tabla el total nacional y la Ciudad de Buenos Aires, ya que no presentan división en departamentos. Es de interés evaluar la relación entre las tasas máximas y mínimas intra e interprovincia-

les, que muestran enormes variaciones. Las variaciones intraprovinciales, no pueden explicarse por la provisión provincial de medicamentos ni por razones epidemiológicas. Representa la probabilidad que tiene un lactante de recibir vitaminas –prescritas por el médico– según el lugar donde se realiza la consulta.

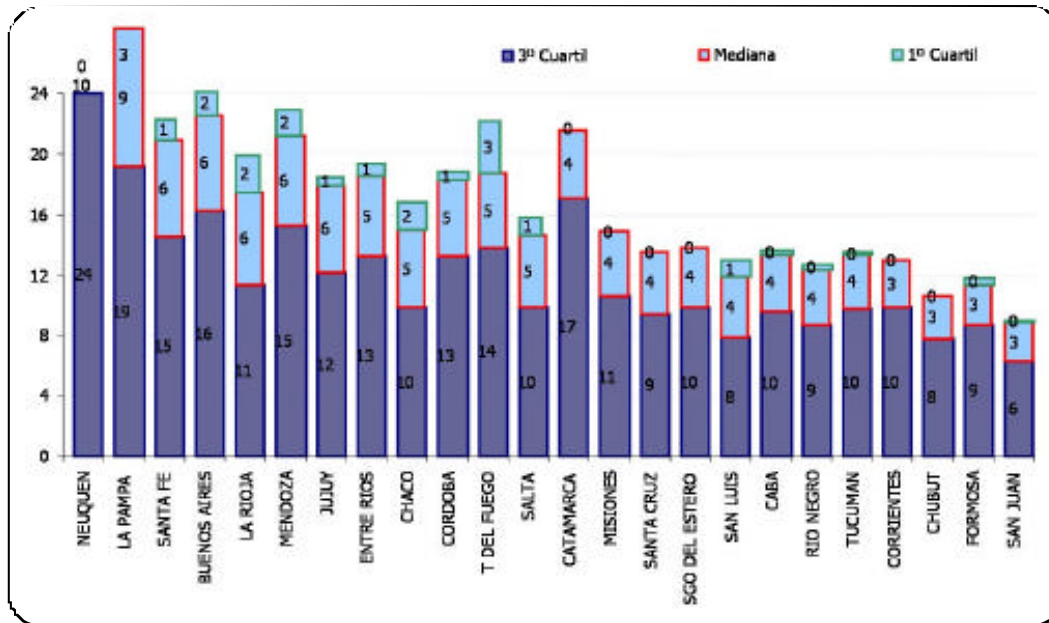
Tabla 3. Tasas de prescripción de polivitamínicos por provincia y por departamento donde la tasa es la máxima y mínima de cada provincia.

Provincia	Mediana Provincial	MAXIMO		MINIMO	
		Departamento	Tasa de Prescripción	Departamento	Tasa de Prescripción
NEUQUEN	0,5	PICUNCHES	3,1	LONCOPIE	0,0
SANTA CRUZ	0,8	RIO CHICO	4,1	CORPEN AIKE	0,6
LA PAMPA	0,8	CALEU - CALEU	5,8	TOAY	0,3
T DEL FUEGO	1,0	USHUAIA	1,6	RIO GRANDE	0,7
CHUBUT	1,3	GASTRE	4,2	FLORENTINO AMEGHINO	0,0
SANTA FE	1,3	SAN JAVIER	3,3	BELGRANO	0,4
CORDOBA	1,4	ISCHILIN	5,0	UNION	0,6
BUENOS AIRES	1,6	GRAL ALVEAR	5,0	ALBERTI, AYACUCHO, A. GONZALES CHAVEZ, TAPALQUE, SAN CAYETANO	0,0
SAN LUIS	1,6	BELGRANO	21,1	SAN MARTIN	1,0
CATAMARCA	1,7	TINOGASTA	8,2	ANTOFAGASTA DE LA SIERRA	0,0
MENDOZA	1,7	TUNUYAN	3,2	LA PAZ	0,4
ENTRE RIOS	1,8	CONCORDIA	2,8	SAN SALVADOR	0,9
FORMOSA	1,8	BERMEJO	5,1	MATACOS	0,9
RIO NEGRO	1,8	PICHI MAHUIDA	3,3	EL CUY	0,4
SGO DEL ESTERO	2,1	RIO HONDO	5,6	RIVADAVIA	0,4
CHACO	2,3	CHACABUCO	9,2	9 DE JULIO	0,3
MISIONES	2,4	GUARANI	8,6	APOSTOLES	0,6
SALTA	2,6	ROSARIO DE LA FRONTERA	7,3	CAFAYATE, GUACHIPAS	0,0
TUCUMAN	2,7	CHICLIGASTA	5,1	SAN MIGUEL DE TUCUMAN	1,5
CORRIENTES	2,7	MONTE CASEROS	26,1	CURUZU CUATIA	1,1
SAN JUAN	3,0	ANGACO	20,1	ULLUM	0,0
JUJUY	3,5	VALLE GRANDE	11,7	RINCONADA	0,4
LA RIOJA	3,8	GRAL. A. V. PEÑALOZA	6,5	INDEPENDENCIA	0,0

Fuente: Formularios B. Área Programación. Programa Remediar.

En el gráfico 4 se muestra el stock de polivitamínicos desagregado por provincia. Es importante mencionar que debido a la amplia variabilidad en su prescripción, los polivitamínicos son medicamentos gestionados: se envían selectivamente a quienes más los prescriben, por lo que el valor de stock en los CAPS donde éste era mayor ha ido disminuyendo, sin que ello implique un aumento en su uso.

Gráfico 4. Stock de polivitamínicos por provincia (en meses).



Fuente: Formularios B: cuarto trimestre 2004.

Evaluación del uso de polivitamínicos en el primer nivel de atención

Dr. Ricardo Bernztein - Programa Remediar

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) –en marcha en el 2005– ofrecerá de información amplia y representativa de la población acerca del estado de situación en Argentina respecto de las posibles deficiencias de vitaminas A y D. Los primeros resultados de la ENNyS serán conocidos a partir de 2006 y serán la base necesaria para la elaboración de recomendaciones.

La tasa de prescripción de polivitamínicos en los CAPS es muy baja. El diagnóstico más frecuente asociado a la prescripción de polivitamínicos es desnutrición. La prescripción de vitaminas por control de niño sano sucede sólo en el 13,5% de los casos. La baja tasa de prescripción derivó en un gran stock de polivitamínicos, que hizo disminuir la cantidad de tratamientos con polivita-

mínicos provistos por el botiquín Remediar de 18 a 9 y, posteriormente implementar un sistema de envíos selectivos, es decir enviar los medicamentos exclusivamente a aquellos CAPS que los utilizan. De ese modo se pudo resolver un problema administrativo: evitar la acumulación de polivitamínicos en los CAPS y su posterior eventual vencimiento.

Una segunda lectura del artículo anterior muestra una **impresionante variabilidad en la práctica clínica**. Esta variación interprovincial es esperable por cuanto. Algunas provincias pueden proveer medicamentos propios a su primer nivel de atención (PNA), mientras que la mayoría no. Hay evidencias de deficiencia de vitamina D en niños residentes en las provincias patagónicas¹. Sin embargo, el gráfico 4 del artículo anterior, muestra

que en dichas provincias es donde menos vitaminas se prescribe. Hay mayor prevalencia de problemas nutricionales (asociados a indigencia) en las provincias del NEA y NOA, que son las que mayor tasa de prescripción presentan. Pero más que la variación interprovincial de prescripción, llama la atención las dispersiones intraprovinciales, que se pueden objetivar por la diferencia entre el primer cuartil (CAPS percentilo 25 de uso) y el tercer cuartil (CAPS percentilo 75 de uso). En este caso, no hay razones como diferencias epidemiológicas o provisión provincial de medicamentos que expliquen la variabilidad. La tabla 5 del artículo anterior exhibe, dentro de cada provincia, las diferentes tasas de prescripción de polivitamínicos, detallando las tasas correspondientes al departamento que más y al que menos prescribe. Es impresionante ver como la probabilidad de que un niño reciba vitaminas depende del sitio en que la consulta se realice.

La pregunta central sigue sin respuesta: ¿se deben prescribir vitaminas –preventivas– en el PNA a los niños sanos? Sólo como ejemplo, en la provincia de San Luis: ¿Prescriben adecuadamente los médicos de Belgrano, dónde en un 21% de las consultas se prescribe vitaminas o los de San Martín, donde dicha tasa es del 1%?

Hasta contar con los resultados de la ENNyS, las evidencias disponibles enseñan:

El **escorbuto** es infrecuente. Se produce cuando las madres que amamantan no tienen una ingesta suficiente de vitamina C o cuando los niños toman leches de vaca hervidas. Sólo en casos excepcionales se debe prescribir un suplemento preventivo.

En base a encuestas nutricionales previas a la crisis socio económica de fines de 2001, hay una posible deficiencia de **vitamina A**^{3,4}. Las ventajas sanitarias y económicas de la suplementación con vitamina A en los países en desarrollo están demostradas⁵, tanto por la reducción de la xeroftalmía corneal (con ceguera) como por la promoción de la supervivencia infantil. Un estudio

aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo realizado en niños en el sudeste de India⁶, mostró que administrando dos dosis de vitamina A al nacer se reduce sustancialmente el riesgo de muerte dentro de los primeros seis meses de vida. En un país desarrollado, un estudio epidemiológico escandinavo, refleja que bebés que recibieron suplemento de vitamina A y D desde la 6ta semana de vida tuvieron menos probabilidad de síndrome de muerte súbita infantil⁷.

A fines del siglo XIX el **raquitismo** era uno de los grandes problemas de salud de los países desarrollados⁸. Aún, en 1940, el raquitismo era considerado una de las enfermedades más comunes en la infancia⁹. A partir del conocimiento del rol de la luz solar en la producción cutánea de vitamina D y de la existencia de fórmulas infantiles fortificadas con dicha vitamina, el raquitismo infantil prácticamente desapareció en los países desarrollados y pasó a ser una “curiosidad médica”. Pero, a partir de los 70 y en la actualidad¹⁰ surgen numerosos reportes que muestran la reaparición del raquitismo. Las publicaciones que alertan acerca del déficit de vitamina D y consideran esencial la suplementación son muchas y recientes^{1,12,13,14}. Dos fuertes recomendaciones: 1. la promoción de la lactancia exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad para el 75% de los lactantes⁵ y; 2. la creciente preocupación acerca de los peligros de la exposición a la luz ultravioleta en los niños y el posterior desarrollo de cáncer de piel en los adultos¹⁶ motivan la necesidad de suplementación generalizada con vitamina D¹⁷.

Por lo tanto, **suplementar con las vitaminas disponibles a todos los lactantes**, en especial a los que se encuentran bajo línea de pobreza –83% de los consultantes y beneficiarios del Programa Remediar–, parece una prudente recomendación.

Con el objetivo de mejorar la relación beneficio/riesgo de las prescripciones y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, se recomienda el **desarrollo participativo de Guías de Práctica Clínica de calidad para la APS, y que se difundan y apliquen adecuadamente**.

1. Tau C, Bonifacio M, Scaiola E y col. Deficiencia de vitamina D en la población materno-infantil del Sur Argentino. *Medicina Infantil* 11(3):199-204, Sep 2004.
2. Calvo E et al. Evaluación del estado nutricional de la población de niños de 9 a 24 meses de edad residentes en los partidos del Gran Buenos Aires. *Arch Arg Pediatr* 1991;89:132-41.
3. CESNI-Fundación J. Macri. Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico basal de salud y nutrición. Buenos Aires, 1995.
4. Díaz et al. Encuesta nutricional a niños menores de 6 años de la Provincia de Buenos Aires. Proyecto NUTRIABA. Resumen del XII Congreso Latinoamericano de Nutrición (SLAN). Buenos Aires, 2000.
5. K Vijayaraghavan. Vitamin A deficiency. *The Lancet Perspectives* 356 December 2000. S41.
6. Rahmathullah L, et al. Impact of supplementing newborn infants with vitamin A on early infant mortality: community based randomised trial in southern India. *BMJ* 2003 Agosto 2;327(7409):254
7. Alm B et al. Vitamin A and sudden infant death syndrome in Scandinavia 1992-1995. *Acta Paediatr.* 003;92(2):162-4.
8. Cone TE Jr. *History of American pediatrics*. Boston: Little, Brown & Co; 1979. p. 121.
9. Harrison HE. The disappearance of rickets. *Am J Public Health* 1966;56: 734-7.
10. Welch TR, et al. Editorial: Vitamin D-deficient rickets: The reemergence of a once-conquered disease. *J Pediatr* 2000;137:143-5.
11. Rajakumar K, Thomas SB. Reemerging nutritional rickets: a historical perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005 Apr;159(4):335-41.
12. Hanley DA, Davison KS. Vitamin D insufficiency in North America. *J Nutr.* 2005 Feb;135(2):332-7.
13. Hatun S et al. Vitamin D deficiency in early infancy. *J Nutr.* 2005 Feb;135(2):279-82.
14. Kreiter SR, et al. Nutritional rickets in African American breast-fed infants. *J Pediatr* 2000;137:153-7.
15. Healthy People 2010 initiative.
16. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Environmental Health. Ultraviolet Light: A Hazard to Children. *Pediatrics* 1999;104 (2):328-33.
17. Gartner LM, Greer FR and the Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines for Vitamin D Intake. *Pediatrics* 2003;111 (4):908-10.

Bibliografía recomendada

Gartner LM, Greer FR and the Section on Breastfeeding and Committee on Nutrition. American Academy of Pediatrics. Prevention of Rickets and Vitamin D Deficiency: New Guidelines for Vitamin D Intake. (Prevención del raquitismo y de la deficiencia de la vitamina D: nuevas guías para la suplementación con vitamina D). *Pediatrics* 2003;111 (4):908-10.

A fines del siglo XIX el raquitismo era uno de los grandes problemas de salud de los países desarrollados. Aún, en 1940, el raquitismo era considerado una de las enfermedades más comunes en la infancia¹. A partir del conocimiento del rol de la luz solar en la producción cutánea de vitamina D y la existencia de fórmulas infantiles fortificadas con dicha vitamina, el raquitismo infantil prácticamente desapareció en los países desarrollados y pasó a ser una "curiosidad médica". Pero, a partir de los 70 y en la actualidad², aparecen numerosos reportes que muestran la reaparición del raquitismo. Hay numerosas causas que explican esta reaparición. La más importante, es que se trata de una consecuencia indeseada de una gran iniciativa de salud: la promoción de la lactancia exclusiva por lo menos hasta los 6 meses de edad para el 75% de los lactantes. Por otro lado, es menor el número de los lactantes que reciben suplementación con vitaminas, hay menos exposición a la luz solar y existen factores genéticos que deben ser considerados.

En tanto, la Academia Americana de Pediatría, junto a la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU, publicaron recientemente nuevas guías en relación con los requerimientos de vitamina D. En ellas se remarca:

El riesgo de desarrollar un melanoma maligno a lo largo de la vida aumentó dramáticamente. Para dicho riesgo, es de mayor importancia la edad en que comienza la exposición a la luz solar comienza, que el total de ésta a lo largo de la vida. Por lo que se recomienda que los lactantes menores de 6 meses de edad sean completa-

mente alejados de la luz solar directa y los niños mayores minimicen la exposición a través de ropas o cremas protectoras adecuadas.

La concentración de vitamina D en la leche humana es de 25 IU/L o menos, por lo que la fuente de vitamina D no puede ser la lactancia. Todos los niños alimentados a pecho deben recibir un suplemento de vitamina D desde los primeros 2 meses de vida.

Todas las fórmulas infantiles se hallan fortificadas con por lo menos 400 IU/L, lo que resulta suficiente para los niños no amamantados.

Por lo que recomienda suplementar con 200 IU/L diarias de vitamina D a:

- Todos los lactantes amamantados que tomen menos de 500 ml por día de fórmula fortificada.
- Todos los lactantes no amamantados que tomen menos de 500 ml por día de fórmula fortificada.
- Chicos y adolescentes que no se expongan regularmente al sol, que tomen menos de 500 ml por día de leche fortificada o que no tomen suplementos vitamínicos.



¹Harrison HE. The disappearance of rickets. *Am J Public Health* 1966;56: 734-7.

²Welch TR, et al. Editorial: Vitamin D-deficient rickets: The reemergence of a once-conquered disease. *J Pediatr* 2000;137:143-5.

Medios de Comunicación Masiva para un Uso Racional de Medicamentos

Dr. Gonzalo Meschengieser - Dr. Cristian Cangenova - Programa RemediAR

Implementar intervenciones eficaces que pretendan modificar hábitos de la comunidad ignorando el poder de los medios arrojaría pobres resultados. Creemos que quienes trabajan en el campo de la salud deben conocer en profundidad el impacto que los medios tienen en la comunidad y adoptarlos como una herramienta valiosa para mejorar la calidad de vida de la población.

Hábitos condicionados

El Uso Racional de Medicamentos pretende que las drogas, insumos básicos de la atención de la salud, sean utilizadas de manera precisa, entendiendo que representan sustancias que pueden contribuir tanto al beneficio y mejora del estado de salud como su perjuicio. Implica, para la OMS, que el paciente reciba el medicamento apropiado a su necesidad clínica, en la dosis correcta correspondiente a su requerimiento individual, por un periodo adecuado de tiempo, al menor costo¹.

Diariamente millones de personas, consumidores efectivos o en camino de serlo, reciben información vinculada a los medicamentos. Descubrimientos, aumentos de precios y publicidades alimentan titulares de matutinos y spots radiales. De esta manera los hábitos de investigadores, prescriptores, dispensadores, funcionarios y consumidores se encuentran fuertemente condicionados. El gasto en salud, los indicadores y la política sanitaria, también.

En el presente artículo introduciremos al lector en los temas de discusión actual de la interface que conforman los Medios de Comunicación Masiva y el Uso Racional de Medicamentos.

Mensajes que llegan a grandes públicos

Los medios de comunicación masiva juegan un rol esencial en el comportamiento de las sociedades actuales en prácticamente todos los países del mundo. El potencial persuasivo de la televisión, la radio y de la prensa gráfica influye diariamente en las decisiones que adoptan los ciudadanos. Cuando nos referimos a los medios de comunicación masiva, aludimos a los espacios de comunicación de masas que propagan mensajes a grandes públicos. Los medios implican audiencias y éstas, a su vez, recursos técnicos para recibir los mensajes a través de aquellos instrumentos de propagación masiva².

La prensa, el cine, la televisión y la radio no permiten un feed-back directo e inmediato entre el emisor del mensaje y su receptor. Su valor radica fundamentalmente en su

capacidad de llegar a millones de personas. Diferente es el caso de internet ya que posee muchas de las características necesarias para lograr una persuasión comunicacional y constituye, de hecho, un canal híbrido que combina atributos positivos de la comunicación interpersonal y de la masiva³.

Problemas de comunicación

El proceso de comunicar para la salud se encuentra protagonizado, fundamentalmente, por tres actores: los investigadores y profesionales; los comunicadores y el público. Se sabe que algunos obstáculos dificultan a la población el acceso a la información médica. Hay una tendencia frecuente entre investigadores y médicos en condenar a los medios y en atribuirles la desinformación del público a la cobertura inadecuada que brindan. Muchos médicos desconfían de los periodistas y critican sus reportajes acerca de sus especialidades por infidelidad, simplificación y sensacionalismo (*Science*, 15/05/98). Los periodistas a su vez, tienden a culpar las fuentes científicas por proveer información intrincada o poco comprensible al público. Éste frecuentemente reclama porque la información está incompleta o es confusa (de SÁ, J, 1995)⁴. Resulta indispensable que cada uno de los sectores trabaje fuertemente para mejorar el modo en que se vincula con los demás.

Necesidad de investigación

Conocer el impacto de los medios en la prescripción y consumo de medicamentos en la Argentina es una tarea compleja que puede arrojar información imprescindible para implementar políticas.

Se sabe que lo que un individuo o grupo de consumidores de medicamentos conoce acerca de las drogas proviene de la lectura de información, de escuchar los medios, de recibir experiencias de otros o de recordar la propia. Todo esto afectará el uso actual que haga de los medicamentos⁵. Toda política en el campo de Uso Racional de Medicamentos debe ir acompañada de una estrategia comunicacional adecuada que incluya tanto el análisis de la información que se difunde como su producción.

Evidencia de impacto

Existe suficiente evidencia a nivel mundial que demuestra el impacto que logran los medios de comunicación masiva en cuanto al uso racional de medicamentos, fundamentalmente en lo referido a los hábitos de los consumidores.

En Zimbabwe, por ejemplo, la Tuberculosis constituye la primera causa de mortalidad y morbilidad entre los pacien-

¹ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Uso Racional de Medicamentos. Nairobi. 1985.

² Trejo Delarbre R. Medios: una definición. En *Léxico de la política* compilado por Laura Baca Olamendi, et. al., para el Fondo de Cultura Económica y otras instituciones y publicado en 2000.

³ Cassell M.M., Jackson C., Cheuront B. Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change? *Journal of Health Communication*. 1998. v3 n1.

⁴ Epstein I. Comunicación y salud.

⁵ Montagne M, Patient Drug Information From Mass Media Sources. *Psychiatric Times*. May 2002. Vol. XIX. Issue 5.

tes HIV positivos. Éstos, desesperanzados por la falta de perspectivas de que los investigadores hallaran una cura para su enfermedad de base, abandonaban el tratamiento para la TBC.

Uno de los métodos para corregir esta situación fue la utilización efectiva de campañas en los medios de difusión masiva que arrojaron muy buenos resultados. La gente se interesó más en saber acerca del HIV/AIDS y enfermedades oportunistas como la TBC⁶.

En la India, un análisis indicó que las madres expuestas a los medios de comunicación masiva como radio, televisión o cine tienen más conocimiento acerca de la sales de rehidratación oral para tratar diarrea infantil y las utilizan más que aquellas que no lo están⁷.

Mensaje y medio adecuado

Uno de los errores más frecuentes que se cometen al pretender brindar información acerca de los medicamentos es el de comunicar en un lenguaje incomprensible para el receptor. Otro es el de escoger un medio de difícil acceso. Funcionarios, profesionales de la salud, y el público en general necesitan información válida sobre los beneficios y daños posibles de drogas y tecnologías para tomar decisiones racionales en cuanto a su adquisición, distribución y uso. Cuando se produce una comunicación efectiva, la elección del mensaje y del medio a través del cual se difunde se debe corresponder con la cultura y las creencias de los grupos a los que va dirigido para que éstos comprendan y adopten medidas⁸.

En otras oportunidades la falla es que el mensaje está incompleto.

Un grupo de investigadores analizó la cobertura de los periódicos canadienses de las drogas de prescripción obligatoria. Los 193 artículos que trataban sobre fármacos mencionaban al menos un efecto beneficioso, pero el 68% no mencionaba ningún daño posible⁹.

Perfil específico

Ahora bien, uno de los grandes problemas que enfrentamos es la carencia de comunicadores especializados en salud. Los comunicadores formados con el criterio de intervenir en los procesos de desarrollo no se limitan a informar; No asumen un rol pasivo sino activo¹⁰.

Los comunicadores en los medios masivos juegan un rol esencial en la divulgación de nuevas tecnologías en salud. La educación con respecto a novedosos fármacos es una de las claves en la reforma del sector salud. Un estudio rea-

lizado en Suecia concluyó que un comunicador en salud debe tener objetividad, inspiración, espíritu crítico y por encima de todo, defender los intereses de los pacientes¹¹.

Alta exposición

La publicidad de medicamentos también genera un gran debate a nivel mundial. En USA, por ejemplo, las publicidades dirigidas al consumidor se vuelven cada vez más populares, los farmacéuticos han reportado que tras un el anuncio de un nuevo medicamento el número de prescripciones aumenta considerablemente¹². En dicho país, la exposición a los anuncios publicitarios es la forma más frecuente en que una persona recibe información acerca de la salud. Un estadounidense recibe en promedio 30 horas de publicidades de medicamentos al año.

También es importante conocer qué sectores poblacionales son más susceptibles a los anuncios comerciales. La mayoría de ellos se encuentran dirigidos a las amas de casa y a los ancianos¹³.

Suplementos dietarios para ancianos como los antioxidantes, calcio y polivitamínicos son los productos más frecuentes publicitados en los medios. Sin embargo, la información suele no ser suficiente para un consumo seguro¹⁴.

Lectores capaces

La comunicación en salud debe adherir a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La información científica debe colocarse en contexto y debe brindarse en forma completa a los periodistas. Por ejemplo, sería engañoso omitir que un estudio acerca del cáncer de pulmón fue financiado por la industria del tabaco. La presentación de la información por los medios debe ser adecuada, clara, fundamentada, honesta, y decente. Los lectores deben ser considerados como capaces de tomar decisiones racionales basadas en la verdad, con información precisa e suficiente¹⁵.

Conclusiones

Creemos recomendable que los profesionales de la salud, en relación con los medios estén informados acerca de lo que se difunde a través de ellos, se involucren cada vez más en el análisis crítico y en la producción de información, propongan modificaciones en su agenda, los adopten como un instrumento de gran impacto para mejorar los indicadores de salud y trabajen en conjunto con los profesionales del campo de la comunicación.

⁶Nyazema NZ. Effective use of mass communication in improving use of medicines for HIV/AIDS-related diseases: Zimbabwe experience. *International Conferences on Improving Use of Medicines (ICIUM)*.

⁷Rao K., Mishra K., Retherford R. Knowledge and Use of Oral Rehydration Therapy for Childhood Diarrhoea in India: Effects of Exposure to Mass Media. *National Family Health Survey Subject Reports*. Number 10 - November 1998.

⁸Sitthi-amorn C, Ngamvithayapongse J. The role of media and communication in improving the use of drugs and other technologies. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998 Winter;14(1):71-80.

⁹Cassels A., Merrilee A. Hughes, Cole C., Mintzes B., Lexchin J., and McCormack J.. Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs *CMAJ* 2003;168 1133-1137

¹⁰Gumucio-Dagron A. Comunicación para la Salud: el Reto de la Participación.

¹¹Finer D, Tomson G, Bjorkman NM. Ally, advocate, analyst, agenda-setter? Positions and perceptions of Swedish medical Journalists. *Patient Educ Couns*. 1997 Jan;30(1):71-81.

¹²Montagne M, Patient Drug Information From Mass Media Sources. *Psychiatric Times*. May 2002. Vol. XIX. Issue 5.

¹³Brownfield E., Bernhardt J., Phan J., Williams M., Parker R.. Direct-to-Consumer Drug Advertisements on Network Television: An Exploration of Quantity, Frequency, and Placement. *Journal of Health Communication*. 2004. v9 n6.

¹⁴Kava R., Meister K., Whelan E., Lukachko A., Mirabile C.. Dietary Supplement Safety Information in Magazines Popular among Older Readers. *Journal of Health Communication*. 2002. v7 n1.

¹⁵Strasser T, Gallagher J. The ethics of health communication. *World Health Forum*.

Trabajos premiados en el Concurso Nacional para Becas de Estímulo

"La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediar"

Hemos seleccionado para este número a aquellos trabajos relacionados con la nutrición. Los relatos que se publican son los tres de la región NOA, dos de Jujuy y uno de Tucumán. Junto con la región NEA constituyen las provincias con mayor porcentaje de población NBI. Sabemos que la malnutrición está determinada por múltiples factores, políticos, económicos, sociales y culturales, especialmente en las poblaciones de bajos recursos. En estos relatos vemos la mirada atenta de los CAPS hacia los problemas de salud que afectan a la comunidad, la preocupación por resolverlos y una instrumentación efectiva y práctica para paliar los efectos que pro-

ducen fundamentalmente en los niños.

Se destacan el trabajo en equipo, considerar los aspectos relacionados con el saneamiento ambiental, tratamiento de las enfermedades asociadas (parasitosis, diarrea, anemia), educación nutricional y la promoción de la participación comunitaria.

Nos complace saber que el Programa PROAPS-Remediar, continúa desarrollándose y, si bien la existencia de la medicación adecuada es un insumo importante, no es menor el esfuerzo de los equipos de salud y su compromiso firme en los aspectos de promoción y prevención de la salud.

Abordaje interdisciplinario de la desnutrición infantil

Autor: Dra. Claudia A. Rodríguez - Puesto de Salud "Dr. Pérez Frías" (CAPS 3075), El Chamental, Provincia de Jujuy.

Diagnóstico de Situación

El puesto de Salud "Dr. Pérez Frías", más conocido como "Periférico Chamental", se encuentra ubicado en la localidad de El Chamental sobre la Ruta 47, a siete km. de la ciudad de El Carmen, Jujuy. Fue creado hace aproximadamente 16 años y depende del Hospital Nuestra Señora del Carmen. La localidad de El Chamental comprende una zona integrada por numerosas fincas que en su casi totalidad son productoras de tabaco. Se extiende a ambos lados de la Ruta 47, formando la Escuela Provincial N°11, el Puesto de Salud y el Destacamento Policial el núcleo de la zona.

La población que cubre este Puesto de Salud tiene un muy bajo nivel socioeconómico, alto índice de deserción escolar primaria, baja cobertura social, carencia de agua potable y saneamiento ambiental por sectores. Se caracteriza por incrementar notablemente su población en forma cíclica o temporaria durante la temporada de la plantación y cosecha del tabaco abarcando ésta los meses de septiembre a marzo, en los que incrementó su población de 3200 a 5000 habitantes aproximadamente. La actividad tabacalera la actividad económica fundamental de la zona, constituyéndose prácticamente en la única fuente de trabajo de miles de familias.

El Centro de Atención Primaria "Dr. Pérez Frías - El Chamental", tiene a su cargo la cobertura de la población que habita las localidades rurales de Chamental, Bordo la Isla, Pozo Verde y Barrio José Hernández en Santo Domingo. Esta área de cobertura se divide en cuatro sectores: 17, 18, 19 y 20.

Cabe destacar que esta población es similar entre sí por sectores, en cuanto a su bajo nivel sociocultural y económico, viviendo la mayoría en casas precarias, con baño tipo letrina. El sector 18 es el más crítico por no contar con agua potable de red, y tener el más pobre saneamiento ambiental, quizás por estar alejado de la Ruta 47.

El Puesto de Salud cuenta con dos médicas generalistas, una enfermera, tres agentes sanitarios, un asistente social y tres trabajadoras del Plan Jefes y Jefas de Hogar, las cuales ayudan en la organización y limpieza del puesto. Participaron también del proyecto una nutricionista, una técnica ambiental, una educadora de salud y una supervisora intermedia.

Las actividades.

Durante los meses de mayo a agosto de 2003, se llevó a cabo en el Puesto de Salud una hermosa experiencia

interdisciplinaria, que tiene sus repiques en la actualidad por el personal del Centro de Salud, en el cual se trató de prevenir la desnutrición infantil y recuperar a los desnutridos mediante técnicas de recuperación nutricional.

Este trabajo fue realizado debido a la alta tasa de desnutrición infantil en nuestro medio, la cual es originada y mantenida por el bajo nivel socioeconómico y sanitario de la zona, donde viven durante meses familias golondrinas, hacinadas, analfabetas y con bajo nivel de alarma, que lamentablemente, por sus escasos recursos y por trabajar casi todo el día descuidan a sus hijos. Fue un intento por despertar su interés y mejorar en algo su calidad de vida.

Estas actividades se llevaron a cabo a través de ocho talleres organizados en el Puesto de Salud (periférico), y que contaron para su elaboración y realización con una Licenciada en nutrición, una asistente social, una educadora de la salud, una técnica ambiental, una supervisora Intermedia, la enfermera y la médica del puesto de salud.

Para la distribución de tareas se tuvo en cuenta un cronograma de actividades según los roles del equipo:

La captación e invitación de las madres de niños desnutridos y en riesgo nutricional y de embarazadas quedó a cargo de la supervisora y los agentes sanitarios. Los participantes fueron trasladados al puesto de salud en un móvil del Hospital del Carmen.

La nutricionista, la educadora y la supervisora realizaron talleres sobre técnicas alimentarias para la prevención y la recuperación nutricional, en el Centro de Salud

y en la Escuela N° 11 "Bartolomé Mitre" de El Chemical". Se enseñaron recetas y luego se cocinaban las distintas comidas, ricas en hierro, calcio y calorías, con gran aceptación de las madres asistentes a los Talleres. Durante los controles antropométricos y visitas domiciliarias se repicaban los temas abordados.

La Asistente Social y la Técnica Ambiental realizaron un relevamiento de indocumentados de la zona para iniciar la tramitación legal.

La médica realizó la captación, control y seguimiento de los niños desnutridos y sus familias, diagnosticando y tratando las enfermedades que se presentaban. Por norma, se solicitó laboratorio de sangre, orina y parasitológico de materia fecal, para luego desparasitar y luego administrar hierro y polivitamínicos provistos por el REMEDIAR.

Como resultado de esta experiencia se observó una notable disminución en el número de desnutridos controlados en el puesto de salud, pasando de 53 a 36 niños (32%) en esa condición (un niño en Canal 3, 19 en Canal 2 y 16 en Canal 1 de riesgo).

El trabajo en equipo dio buenos resultados. Al comprometernos estrechamente con la población, a pesar de las dificultades, hubo gran interés en conocer y aplicar lo aprendido en los Talleres, charlas y controles médicos. La posibilidad de contar con los medicamentos del Programa REMEDIAR aumentó la adhesión de la población por la posibilidad de iniciar y completar un tratamiento, hecho que antes de su existencia era difícil debido a la pobreza de los habitantes de la zona.

Estrategias de APS en la Prevención de anemias, parasitosis y desnutrición. Experiencia de un año con Plan Remediar.

Autores: Dr. Alberto Getar, Lic. Psicología Ana M. Norniella. CAPS 6039

Nuestro CAPS, ubicado en el Barrio Oeste 2, de la ciudad de San Miguel de Tucumán, tiene a cargo una población de 18.000 personas. Se atiende en doble turno, el primero de 7 a 13 hs., y el segundo de 13 a 19 hs., con un promedio de 2500 pacientes por mes.

Cuenta con un médico generalista y dos pediatras. En un año (desde julio de 2003 a julio de 2004) se efectuaron 8623 consultas de pacientes menores de 6 años,

según el siguiente detalle:

Edad	Consultas
Menores de 2 años	4100
Entre 2 y 4 años	2488
Entre 4 y 6 años.	2035
Total menores de 6 años	8623

Hasta julio de 2003 se observó que aproximadamente el 80% de los niños menores de 6 años presentaban parasitosis y casi el 40% presentaban anemia. Teníamos registrados en nuestro servicio 182 niños desnutridos, 175 de 1° Grado, cinco de 2° grado y dos de 3° grado. La mayoría de ellos presentaba anemia y parasitosis.

En el CAPS, además de la tareas de asistencia, promoción y prevención de la salud, se realizan trabajos de investigación que son presentados todos los años en Congresos, con el fin de mantenernos actualizados. Se trata de dejar siempre con la presentación de estos trabajos un mensaje positivo hacia nuestra comunidad, porque estamos convencidos de que la medicina progresa sólo si se hace investigación.

Objetivos:

Realizar tratamiento preventivo de anemias, parasitosis y desnutrición, suministrando medicamentos del Plan REMEDIAR a todos los niños hasta los seis años de edad.

Material y método

Debido a la continuidad y regularidad con que llegan los medicamentos del Programa REMEDIAR, se decidió realizar tratamiento masivo de prevención a todos los niños de nuestra comunidad.

Para la prevención de las anemias ferropénicas se suministró Sulfato Ferroso desde los tres meses de vida a los

niños que nacieron con más de 3 kg., y desde el primer mes a los que nacieron con menos de 3 kg. El tratamiento se realizó durante un mes, con repetición una vez al año, hasta los seis años. A los pacientes con anemia comprobada por laboratorio, se les realizó tratamiento durante tres meses.

Considerando que el 80% de los niños tenía parasitosis (Ascaris y Oxyuros), se administró Mebendazol a partir del año de edad, durante tres días, repitiendo el tratamiento cada tres meses hasta los seis años de edad. Este tratamiento se hizo extensivo a todo el grupo familiar.

En el caso de los desnutridos, dado que suelen presentar falta de aporte, y las parasitosis son más frecuentes, se realiza el tratamiento preventivo con hierro y mebendazol, y se agregan polivitamínicos durante tres meses, repitiendo todos los años hasta los 6 años de edad.

Los medicamentos recetados fueron:

Hierro: A menores de dos años; a desnutridos menores de 6 años.

Mebendazol: A niños entre 1 y 6 años.

Polivitamínicos: A menores de dos años; a desnutridos menores de 6 años.

La administración de medicamentos preventivos en los niños desnutridos se acompañó con dos controles mensuales en el CAPS, vacunación, y suministro de leche y de módulos alimentarios en forma mensual. Si los niños no concurrían al control eran visitados en sus casas por agentes sanitarios, quienes los invitaban a asistir al CAPS reiterando la importancia de los controles.

	Tratados	Recuperados	No Recuperados	% Recuperación
Hierro	2200	1760	440	80,0
Mebendazol	6500	5200	1300	80,0
Desnutridos	182	120	62	65,9

Resultados

Después de un año de administrar este esquema para prevención de anemias y parasitosis, se alcanzó mejoría en el 80% de los pacientes tratados. De 2200 niños tratados con Hierro, mejoraron significativamente 1760; de los 6500 tratados con Mebendazol, mejoraron 5200. Los restantes presentaron recidivas lo que llevó a reiterar el tratamiento.

De los 182 niños desnutridos en julio de 2003, el 66% se recuperó pasando a ser niños eutróficos; actualmente continúan desnutridos 62 niños que continúan en tratamiento.

Conclusión

Los tratamientos preventivos de anemia y parasitosis resultaron altamente positivos para mejorar la salud de nuestros pacientes.

En cuanto a los desnutridos, la obtención de una recuperación en el 66% de los casos, sugiere aplicar estos tratamientos preventivos a todos los pacientes desnutridos menores de 6 años.

Bibliografía

Ministerio de Salud Pública del Gobierno de Tucumán: Plan Cuatrienal de Salud 2004-2007. Febrero de 2004.

World Health Organization: World Report 2000. Geneva, 2000.
 Alagon Lordoño: La Salud Pública, situación actual. Ed. Panamericana. Bogotá, 2002; 317-318.
 Getar, A y Col: Apoyo de niños desnutridos para evitar el bajo rendimiento escolar. Revista del Congreso Argentino de Pediatría N° 315. Mar del Plata, Octubre de 2003.
 Zurro A, Cano J: APS. Concepto, organización y práctica clínica. Ed.

Mosby Doyma Libros. Madrid, 1996.
 OMS – UNICEF: Atención Primaria de la Salud. Conferencia de Alma Ata 1978. Ginebra, 1978.
 Saturno PJ: La definición de la calidad de la atención. En: Marquet-Palomer. Ed. Doyma. Madrid, 1996.
 Ramírez D, Casado P: La calidad vista desde la Atención Primaria. Semergen 2001, N° 27: 250-256.

Aumento de accesibilidad y recuperación de desnutridos

Autores: Dra. Mónica P. Torres, Agentes Sanitarios Adriana Flores y Rodrigo López, Enfermera Beatriz Egúez - Puesto de Salud Santa Rosa de Lima, San Pedro de Jujuy, Provincia de Jujuy

El CAPS correspondiente al Barrio Santa Rosa de Lima está ubicado en la zona urbana de la ciudad de San Pedro de Jujuy, distante a 63 km. de la Capital de Jujuy, y depende del Hospital "Guillermo Paterson".

Una dura realidad de miseria y exclusión tiene como principales víctimas a los niños de todo el país. Hasta hoy se sigue padeciendo hambre en muchos hogares; y como si esto fuera poco los desnutridos se encuentran dentro de un círculo perverso, uno de cuyos componentes es el difícil acceso al sistema de salud. Generalmente la puerta de entrada al hospital es algún proceso agudo que requiere internación y, que una vez superado, reciben el alta pero arrastrando su cuadro de desnutrición.

La problemática de nuestra población no es ajena al resto de los Puestos de Salud: alto porcentaje de no concurrentes, bajo nivel de alarma de la población y escasa participación comunitaria, horas médicas insuficientes, escasez de medicamentos en el sistema hospitalario local y alta incidencia de desnutridos. De todos estos problemas, focalizamos nuestra preocupación en los desnutridos.

Teniendo en cuenta que se reconoce a la desnutrición como un factor de alto impacto en las muertes en niños en países en vías de desarrollo, decidimos realizar una serie de actividades tendientes a revertir este flagelo.

Conociendo entonces las causas y las consecuencias, nos propusimos conformar un equipo (un médico pediatra, una enfermera y dos agentes sanitarios) y fijarnos como objetivo propiciar la recuperación nutricional de los niños desnutridos concurrentes al puesto de salud.

Con la llegada del Programa REMEDIAR y de los bene-

ficios del mismo (accesibilidad y continuidad en la provisión de los medicamentos), pudimos realizar los tratamientos de las interurrencias infecciosas, de las enfermedades parasitarias y ofrecer aportes de hierro y vitaminas. Sumando a esto, la promoción de la educación nutricional, ya que reconocemos que las tradiciones alimentarias de la región, los mitos y tabúes y los conceptos que pasan de generación en generación, muchas veces son los factores que favorecen la persistencia de la desnutrición.

En el espacio físico del CAPS comenzamos a realizar charlas informativas sobre "alimentos y nutrición", unas dirigidas a las madres de pacientes desnutridos, y otras sobre "alimentación complementaria oportuna" dirigidas a las madres de los lactantes de 6 meses, para favorecer la incorporación de los alimentos en forma adecuada, y evitar así la aparición de nuevos desnutridos. Todos los conceptos fueron tomados de la bibliografía que ofrece el Programa Nacional de actualización Pediátrica a Distancia (PRONAP). Esto despertó el acercamiento, la participación y la concurrencia de las madres. Además a manera de refuerzo empleamos la modalidad de citación, control médico y seguimiento. Por otro lado, tratamos de reforzar los aportes alimentarios con la concurrencia de los niños a comedores propios de la zona.

Las actividades se realizaron a través de rondas sanitarias que se distribuyeron de la siguiente manera:

AÑO 2003

- 1° Ronda: 30/01 al 23/04
- 2° Ronda: 04/05 al 20/08
- 3° Ronda: 28/08/ al 24/12

AÑO 2004

1° Ronda: 04/01 al 24/04

2° Ronda: 02/05 al 24/08

3° Ronda: 29/08/ al 25/12

Desde la implementación de estas actividades en marzo de 2003 hasta la fecha hemos mantenido la continuidad de las mismas, más aún al observar los resultados de esta iniciativa.

Evaluación de resultados

Cuando recibimos desde el REMEDIAR la propuesta de compartir las experiencias o logros conseguidos nos sorprendimos nosotros mismos de los resultados.

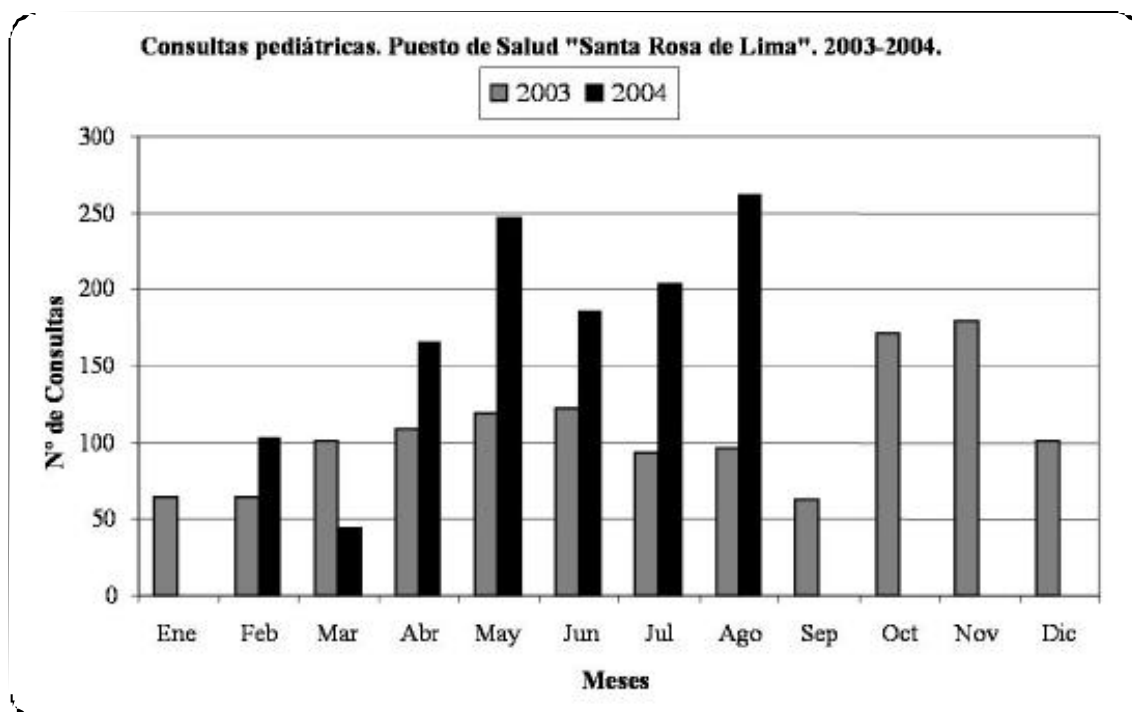
Aumento de accesibilidad. Se examinaron los datos estadísticos del servicio de APS del Hospital Paterson (nuestro Hospital de cabecera) pudiendo observarse un aumento de la concurrencia y el aumento del número de consultas en el año 2004 respecto al año 2003. En el

período enero-agosto de 2004 el número de consultas aumentó un 57% respecto al mismo período de 2003.

Recuperación de desnutridos. Por otra parte se pudo observar que todos los pacientes desnutridos Canal 3 fueron recuperados, mientras que del total de desnutridos de Canal 2 (64) a principios de 2003, fueron recuperados 34 (53%), quedando aún 30 por quienes seguir trabajando.

Nos encontramos entonces trabajando en la tercera ronda, con la misma modalidad, con el mismo empuje, con el mismo deseo de "arrebatarle" un niño más a la desnutrición.

Este trabajo no requirió inversión económica ni otros medios costosos, sino solamente el esfuerzo humano, los recursos en el CAPS (medicación, accesibilidad y seguimiento) y las acciones de prevención y promoción con el propósito de producir cambios, de modificar conductas y hábitos perjudiciales sobre alimentación.



Los CAPS y la información

Dr. Pedro Casserly - Director Coordinador de Medicina Preventiva de la Secretaría de Salud de Tigre

Los CAPS en muchos casos han sido ignorados por el Sistema Sanitario. El término "centro periférico" utilizado con frecuencia, denota algo alejado, que ocupa un rincón en nuestra visión. El Programa Remediare en cambio tiene su mirada puesta en los CAPS. Luego de años de indiferencia, esta mirada por momentos puede generar incomodidad. Pero esta acción de seguimiento continuo tiene dos ventajas:

Permite contar con información que permita corregir en forma permanente las decisiones a favor de la salud de la población.

Permite diferenciar la situación de quien cumple correctamente su actividad de quien, muchas veces de buena fe, comete errores. Y esto permite solucionar los problemas allí donde ocurren.

Conocer con más precisión los problemas de salud de la población permite destinar los recursos donde realmente se necesitan; evaluar las actividades del sistema sanitario permite saber las correcciones necesarias para brindar un mejor servicio de salud a la población. Durante muchos años la principal fuente de información han sido los datos de mortalidad; la información sobre surge principalmente de la notificación de enfermedades (orientada hacia las enfermedades infecciosas, y con frecuentes subregistros) y de los motivos de internación (egresos hospitalarios).

Esta información, valiosa por cierto, muestra solamente un aspecto parcial del proceso de salud - enfermedad de las personas y las poblaciones.

El objetivo del Programa Remediare es que los medicamentos esenciales lleguen a quienes los necesitan. Para ello se requiere administrarlos adecuadamente, y realizar un cuidadoso seguimiento de su utilización.

Su incorporación a los CAPS ha traído el beneficio de contar con una mejor provisión de medicamentos esenciales; También ha aumentado la tarea administrativa para el personal del CAPS, quien hoy cumple múltiples roles que en la mayoría de los casos exceden las previsiones iniciales.

Este esfuerzo ¿Tiene algún valor? Consideramos que si.

Todos los datos que se relevan son analizados minuciosamente y son utilizados para tomar las decisiones.

Las evaluaciones realizadas, indican que la mayor parte de los profesionales de los CAPS han podido completar correctamente los formularios, participando y contribuyendo a mejorar este sistema de información - decisión, en beneficio de la salud.



La codificación de enfermedades permite procesar los datos con la oportunidad requerida para ser utilizados en las decisiones. La Dirección de Estadísticas e Informática de la Nación diseñó el sistema de codificación denominado CEPS-AP, que fue utilizado por el Programa REMEDIAR desde su inicio. Su puesta en práctica, permitió identificar algunas situaciones no previstas, y a partir de ello realizar las modificaciones necesarias para mejorar la calidad de la información.

Está previsto que la nueva versión del sistema de codificación CEPS-AP entre en vigencia a partir de 2007, para lo cual se deberán hacer los cambios correspondientes en los formularios R, además de las reuniones informativas necesarias.

Mejorar la información, es mejorar la comunicación, conocer mejor la realidad, tomar las decisiones correctas; para que los CAPS y la población a su cuidado, ya no sean periféricos.

Codificación de enfermedades en Centros de Atención Primaria

Dirección de Estadísticas e Informática de Salud - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

En agosto de 2001 se publicó la primera edición de la *Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria* (CEPS-AP), estructurada a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10). El objetivo principal de la CEPS-AP es disponer de un instrumento de manejo más simple para clasificar las enfermedades, traumatismos y otros problemas atendidos en el primer nivel del sistema de atención de la salud.

Esta primera versión está constituida por una lista tabular que contiene 268 categorías, y del correspondiente índice alfabético.

A partir de su aplicación en las diferentes jurisdiccio-

nes, se recibieron numerosos aportes, observaciones y sugerencias de los usuarios. A fin de dar cabida a las necesidades percibidas de estos usuarios, la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE) ha elaborado la **Segunda Edición de la CEPS-AP, de enero de 2005**, en las que se han incorporado las modificaciones que se consideraron pertinentes.

Esta nueva edición, si bien mantiene la misma estructura que la anterior, ha aumentado a 306 el número de categorías y se han agregado al Índice nuevos términos. Las nuevas categorías constituyen aperturas de algunas de las de la primera edición, en consecuencia ha debido alterarse, en algunos casos, los números de los códigos para mantener el orden lógico de la lista tabular.

Como ejemplo se presentan en el siguiente cuadro las modificaciones realizadas en el Capítulo: IV. ENFERMEDADES ENDÓCRINAS, NUTRICIONALES y METABÓLICAS.

1RA. EDICIÓN	2DA. EDICIÓN
151 Diabetes mellitus (E10-E14)	151 Diabetes mellitus (E10) 152 Diabetes mellitus no insulino dependiente (E11) 153 Otras Diabetes mellitus (E12-E14)
152 Desnutrición severa [3er. grado] (E40-E43)	154 Desnutrición severa [3er. grado] (E40-E43)
153 Desnutrición moderada [2º grado] (E44.0)	155 Desnutrición moderada [2º grado] (E44.0)
154 Desnutrición leve [1er. grado] (E44.1)	156 Desnutrición leve [1er. grado] (E44.1)
155 Otras desnutriciones proteicocalóricas y la NE (E45-E46)	157 Otras desnutriciones proteicocalóricas y la NE (E45-E46)
156 Otras deficiencias nutricionales (E50-E63)	158 Otras deficiencias nutricionales (E50-E63)
157 Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (E65-E68)	159 Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (E65-E68)
158 Trastornos metabólicos (E70-E89)	160 Trastornos metabólicos (E70-E89)
159 Demás enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (E15-E16; E20-E34; E64)	165 Demás enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E15-E16; E20-E34; E64)

El Programa RemediAR evaluará el momento propicio para la implementación de la CEPS-AP – Segunda Edición- y lo comunicará a todos los centros de salud incorporados al mencionado programa oportunamente. Esta tarea requiere de una programación ajustada de

las actividades de capacitación, las cuales serán coordinadas con la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y la CNCE, como asimismo los ajustes pertinentes en el sistema de procesamiento de los datos.

Capacitación en Operatoria

Dr. Gonzalo Meschengieser, Lic. Cristina Ratto - Proaps - Remediar

"El conocimiento no es algo separado y que se baste a sí mismo, sino que está envuelto en el proceso por el cual la vida se sostiene y se desenvuelve".

John Dewey

1. Introducción

Transcurridos tres años desde su inicio, REMEDIAR continúa creciendo con el objetivo fundamental de fortalecer la Atención Primaria de la Salud no sólo mediante la distribución gratuita de medicamentos ambulatorios a los sectores más vulnerables de la población sino también a través de otras estrategias entre las cuales cabe mencionar la capacitación del equipo de salud, los concursos a nivel nacional y programas específicos como el Programa Nacional de Desparasitación Masiva.

Es en este contexto en el que el sistema de información generado por REMEDIAR se actualiza continuamente, adecuándose a los cambios que se producen y buscando su mejoramiento continuo a fin de facilitar la tarea del personal de los centros de salud dedicado a cumplir los requisitos del programa. Es necesario entonces que el plan de capacitación de REMEDIAR acompañe a este proceso de cambio y mejoramiento continuo del programa.

2. Capacitación en Operatoria

La capacitación en operatoria tiene como objetivo fundamental transmitir a todo el personal de los centros de salud, efectores de REMEDIAR, los contenidos y objetivos del Programa, los procedimientos operativos a cumplir y las normativas vigentes en cuanto al manejo de la documentación. Se ha de tener en cuenta que el cumplimiento de estas normativas facilita el funcionamiento del Programa en los centros de salud.

Entre las acciones llevadas a cabo desde la UEC podemos mencionar:

- El dictado de talleres presenciales de capacitación en operatoria
- La producción y actualización de material de consulta
- La resolución de problemas y apoyo desde la UEC

- La coordinación de las actividades de capacitación desarrolladas por los responsables provinciales del Programa

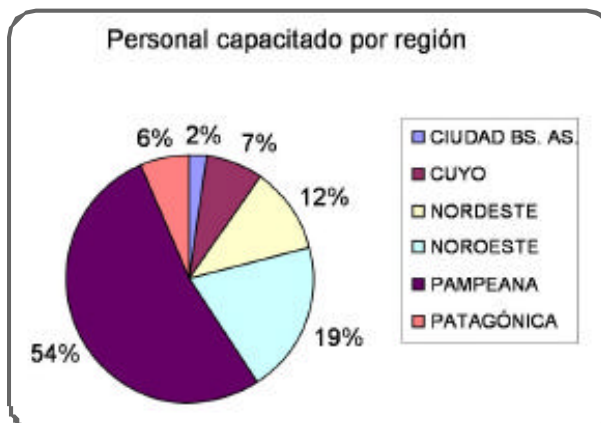
3. Un poco de historia....

A partir de la implementación de REMEDIAR y hasta fines del año 2004 se pusieron en práctica tres modalidades de capacitación para el personal de los centros de salud:

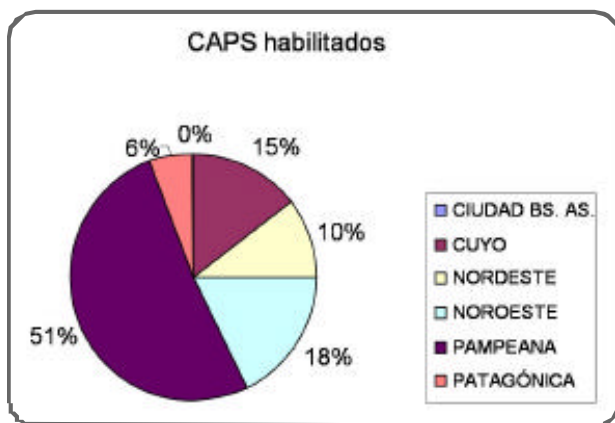
A) Capacitación en cascada: Se llevó a cabo durante la primera fase de REMEDIAR, entre junio y diciembre del año 2002. Su objetivo fundamental fue la sensibilización, información y asesoramiento a los responsables provinciales, municipales y locales del área de salud, para poner en marcha el programa. Estuvo orientada a brindar una respuesta rápida para la correcta puesta en marcha de REMEDIAR. Consistió en:

- Una Reunión Nacional llevada a cabo en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en junio del 2002, donde participaron ochenta representantes de las provincias.
- 127 Reuniones Regionales, Provinciales y Municipales.

El resultado fue la capacitación de aproximadamente cinco mil cien trabajadores de centros de salud bajo programa. El gráfico siguiente muestra el porcentaje correspondiente a cada una de las regiones en que se ha dividido nuestro país.



B) Talleres presenciales: Una vez iniciada la segunda fase de REMEDIAR, se pusieron en marcha un conjunto de talleres provinciales con el fin de capacitar a los responsables de los centros de salud a incorporar. En el transcurso del 2003 se realizaron 164 talleres, abarcando 2537 centros de salud de todo el país y capacitando 9692 trabajadores, de los cuales el 48% estaba designado como responsable de la operatoria de REMEDIAR. De este modo, se logró la habilitación 2496 centros de salud. El siguiente gráfico muestra el porcentaje de centros habilitados por región:



C) Capacitación en Servicio: En octubre del año 2003 se comienza a desarrollar esta modalidad de capacitación con el fin de reforzar los conocimientos adquiridos por los centros de salud durante la implementación del Programa. Tenía como objetivos específicos:

- Garantizar el aprendizaje por parte del equipo de salud en cuanto a los procedimientos para lograr el correcto desarrollo del Programa.
- Lograr que el personal capacitado pueda realizar todos los procesos relacionados con la recepción del/los botiquines, prescripción de medicamentos, almacenamiento y control del stock de los mismos, dispensa de los fármacos a los beneficiarios, así como el llenado de los formularios.
- Informar las sanciones y penalidades que correspondan en caso de incumplimiento.
- Capacitar a otros miembros del equipo de salud.

La modalidad consistió en la realización de visitas de supervisión capacitante en los centros de salud. Estuvo a cargo de consultores especialmente contratados para esta tarea, quienes fueron capacitados en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Se llevó a cabo en Capital Federal y en las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Formosa, Jujuy, Misiones, Río

Negro, Salta y Santa Fe. En total se visitaron 1416 centros de salud, capacitándose un total de 3563 responsables de REMEDIAR. Esta actividad se complementó con la realización de talleres de capacitación: dos en la provincia de Chubut y dos en Santa Cruz a cargo de consultores de la UEC.

4. Talleres de Capacitación

El correcto funcionamiento de REMEDIAR en los centros de salud exige, entre otras cosas, que el personal responsable de la operatoria esté capacitado para llevarla a cabo correctamente y a su vez mantenga actualizado sus conocimientos respecto del Programa. Los cambios en los procedimientos y la rotación del personal de los centros de salud son los principales factores que determinan la necesidad de renovar casi continuamente las acciones de capacitación.

Al momento de iniciar una nueva etapa de actividades de capacitación la situación de los CAPS con respecto a la disponibilidad de personal capacitado en el manejo de Remediar en el primer nivel de atención en las 24 provincias mostraba un patrón heterogéneo. Existían jurisdicciones que prácticamente contaban con la totalidad de sus responsables capacitados mientras que en otras la realidad arrojaba un porcentaje considerable de centros sin personal que hubiera asistido a alguna a las actividades de aprendizaje.

Con el fin de contribuir al mejoramiento de esta situación, se decidió desde la UEC, a partir del mes de agosto del 2005, desarrollar una serie de talleres, sumándose así al esfuerzo realizado habitualmente por los Responsables Provinciales de REMEDIAR. A continuación se enumeran los talleres concretados en el transcurso del año pasado. Los cuatro primeros constituyeron respuestas concretas a pedidos de capacitación desde las jurisdicciones. Los restantes formaron parte de lo programado desde la UEC, habiéndose cumplido la totalidad de lo proyectado.

1. José C. Paz – Provincia de Buenos Aires
2. Chascomús – Provincia de Buenos Aires
3. Corrientes Capital
4. Taller para los equipos de salud de poblaciones originarias
5. Santa Fe Capital
6. Rosario – Santa Fe
7. Paraná – Entre Ríos
8. Resistencia – Chaco
9. Región Sanitaria V- Provincia de Buenos Aires

- 10. Córdoba Capital
- 11. Región Sanitaria VI – Provincia de Buenos Aires
- 12. San Miguel de Tucumán
- 13. San Luis Capital

En cuanto a sus características, cada taller tiene una duración de cinco horas, desarrollándose los siguientes contenidos:

- Descripción del Programa, su historia y sus fundamentos
- Funcionamiento de Remediar en la Provincia sede del taller
- Explicación, paso por paso, de los procedimientos de la operatoria
- Desarrollo y discusión de un tópico acerca de la salud

El intercambio de experiencias y de conocimientos favorece el aprendizaje y enriquece tanto a los participantes como a quienes coordinan los talleres. Es de destacar que, en todos los casos, se puso de manifiesto la necesidad de discutir aspectos de REMEDIAR con el objetivo de mejorar su desarrollo en los centros de salud. Esto es una constante, a pesar de la diversidad de lugares y las distancias que los separan.

Entre las inquietudes manifestadas por los asistentes se destacaron:

- El reclamo de inclusión de medicamentos.
- Problemas de comunicación internos a los centros de salud.
- Dificultades en la comprensión de la confección de la documentación.
- La necesidad de capacitar al equipo de salud en su conjunto en forma más regular.
- Necesidad de reconocimiento al rol fundamental que cumplen en el manejo de REMEDIAR en su centro de salud.
- Reclamo de devolución de información estadística
- Las dificultades que deben enfrentar como consecuencia de las carencias de la población que asiste a los centros de atención primaria.
- Promover la participación del equipo de salud.
- La importancia de mejorar la comunicación entre Remediar y los CAPS

Mediante las actividades de capacitación se logró disminuir en promedio un 35% la cantidad de CAPS sin responsables capacitados en la provincia donde se llevó

a cabo el taller. En total se capacitaron 688 responsables, cubriendo un total de 420 centros de salud bajo programa.

4. Encuestas de calidad

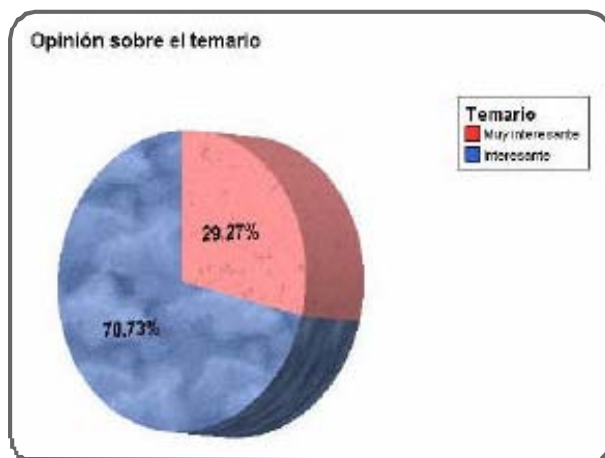
Al finalizar cada taller de capacitación se realiza una encuesta a los asistentes acerca de su percepción de la actividad.

El cuestionario incluye preguntas acerca de:

- La duración de la actividad
- El material visual
- La información transmitida
- El temario
- El tipo actividad
- Contenidos a incluir en talleres posteriores

A continuación se exponen los principales resultados de la encuesta:

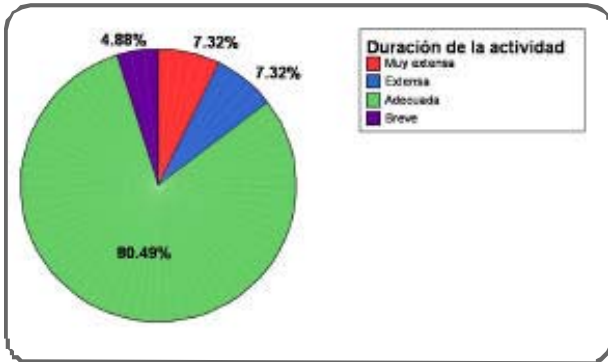
a) Temario: Como se observa en el siguiente gráfico, la temática abordada durante las jornadas de capacitación tuvo una alta aceptación entre los participantes. Conocer en profundidad cómo funciona Remediar en la provincia donde se desempeñan, repasar los procedimientos de la operatoria y discutir diferentes aspectos que afectan a la salud ha resultado de gran valor para los asistentes.



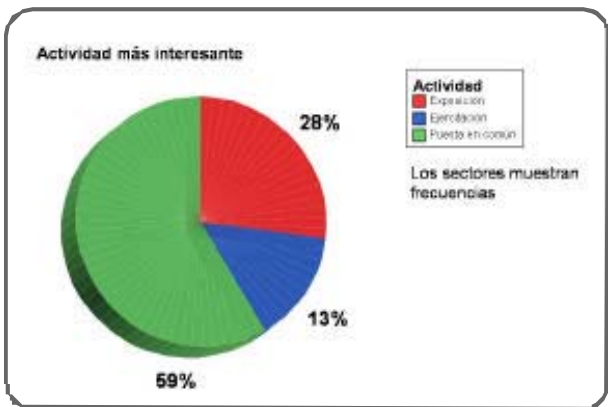
b) Duración de la actividad

Las jornadas tienen una extensión de cinco horas interrumpidas por dos descansos. El 80% de los encuestados consideró que la duración fue adecuada para abordar

la totalidad de los temas programados. Sin embargo, un 15% opinó que la actividad fue demasiado extensa generando cansancio y caída de la concentración. Finalmente un 5% manifestó que la actividad fue breve y que necesitaban más tiempo para poder incorporar correctamente los conceptos transmitidos.



c) Tipo de actividad: En cuanto al tipo de actividad pedagógica implementada, la mayoría optó por la puesta en común, dejando de manifiesto el interés del personal de los CAPS por interactuar con los consultores del Programa y entre responsables de distintas regiones. En segunda instancia aparece la exposición como herramienta pedagógica de elección y en último lugar se observa la ejercitación. Probablemente esta última opción queda relegada ya que la mayoría de los participantes ya se encuentra trabajando en la operatoria de Remediar al momento de la jornada por lo que prefiere destinar el tiempo a la resolución de inquietudes y discusión de temas en particular.



Como observamos a continuación, la elección de la actividad más atractiva no fue homogénea entre los asistentes de los distintos talleres realizados. Si bien la exposi-

ción de los consultores y la puesta en común fueron las dos primeras en frecuencia, la variabilidad interprovincial es notable.



d) Temario adicional

Con el objetivo de desarrollar aspectos vinculados a la salud que sean de real interés para los participantes se pregunta acerca de cuáles son los tópicos que incluirían como parte del taller. Como observamos en el gráfico siguiente, *Comunicación y Salud, Recursos Humanos en APS* y *Herramientas de Gestión* son los tres más elegidos.

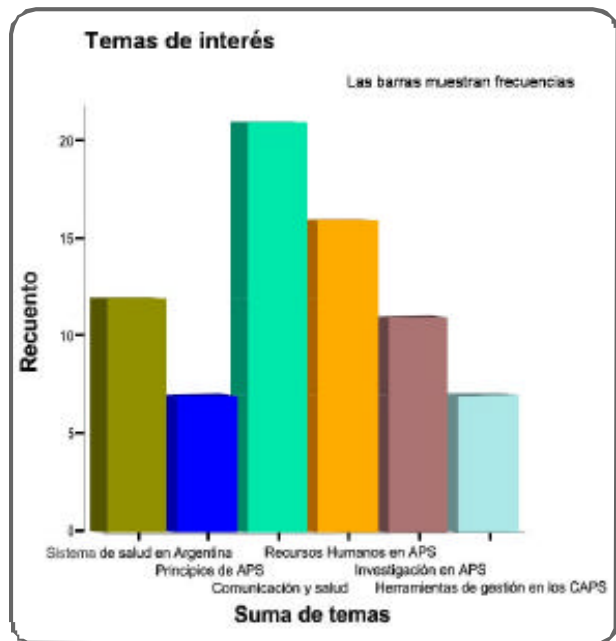


Tabla de contingencia PROVINCIA * Contenidos a incluir 1

% de PROVINCIA		Contenidos a incluir 1						Total
	Sistema de salud en Argentina	Principios de APS	Comunicación y salud	Recursos Humanos en APS	Investigación en APS	Herramientas de gestión en los CAPS		
PROVINCIA		12.5%	7.3%	23.4%	23.1%	10.3%	23.4%	100.0%
Originar	40.0%	5.0%	30.0%	20.0%	5.0%			100.0%
Paraná			3.1%	21.9%	34.4%	28.1%	12.5%	100.0%
Region V	8.9%	2.2%	24.4%	26.7%	22.2%		15.6%	100.0%
Resisten	20.4%	14.3%	24.5%	24.5%	6.1%		10.2%	100.0%
Rosario	5.0%		15.0%	30.0%	10.0%		40.0%	100.0%
Santa Fe	22.0%	15.3%	40.7%	22.0%				100.0%
Total		14.1%	7.8%	25.5%	24.3%	10.6%	17.7%	100.0%

e) Material visual

En cuanto al material visual, las diferencias observadas entre asistentes a los talleres obedece a la adaptación del material con el transcurso de las actividades para generar un soporte visual acorde a las necesidades pedagógicas.

Tabla de contingencia material visual

% de PROVINCIA		PROVINCIA						Total
		Originar	Paraná	Region V	Resisten	Rosario	Santa Fe	
Material visual	Excelente	5.6%	15.6%	24.5%	29.1%		13.1%	17.8%
	Muy bueno	44.4%	15.6%	39.6%	49.1%	45.5%	37.7%	39.0%
	Bueno	44.4%	53.1%	34.0%	20.0%	50.0%	49.2%	39.4%
	Regular	5.6%	15.6%	1.9%	1.8%	4.5%		3.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Expectativas y planificación

Como resultado del alto impacto que han tenido las actividades realizadas hasta el momento y considerando que es necesario un aprendizaje continuo de los procedimientos y actualización de REMEDIAR, se encuentra en proceso de elaboración un plan de capacitación para el año 2006.

Adicionalmente se está produciendo nuevo material de apoyo. Se destaca la edición de un nuevo manual de capacitación en operatoria que será distribuido próximamente junto a los botiquines.

Conclusiones

A partir de lo expuesto concluimos que:

Resulta muy positivo el alto nivel de participación de los asistentes, al focalizar y profundizar la capacitación en aquellos aspectos que son de su interés, quedando así satisfechas sus expectativas respecto del taller.

En todos los talleres se puso en evidencia el alto interés de los participantes por obtener información actualizada sobre Remediar.

El diálogo que se establece en cada uno de los talleres sumado al intercambio de experiencias resulta enriquecedor para ambas partes, participantes y coordinadores, y por extensión resulta importante para el Programa.

Las actividades de capacitación funcionan como disparador pero para ser efectivas requieren del permanente repaso de los contenidos en los CAPS

Las jornadas resultan beneficiosas ya que brindan un panorama general de la situación de la provincia respecto de Remediar y las dificultades detectadas en la operatoria. Se muestra un mapa de situación breve y preciso, que destaca lo importante.

Las encuestas revelan una alta adhesión a las actividades.

Los resultados altamente positivos revelan la importancia de continuar con el plan de capacitación continua durante el año 2006.

Información para prevenir intoxicaciones en la comunidad desde la Atención Primaria de la Salud

Ministerio de Salud y Medio Ambiente - Dirección de Promoción y Protección de la Salud - Departamento de Salud Ambiental
Programa Nacional De Promoción y Control de Intoxicaciones - Responsable: Dra. Susana I. García - Médica Toxicóloga

Las intoxicaciones en la infancia constituyen una de las principales causas de consulta en los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica. Las mismas ocurren en diferentes espacios de la comunidad tales como las escuelas, los domicilios y comedores entre otros. A continuación se proponen algunas herramientas para el trabajo en la prevención de intoxicaciones por parte de los integrantes de los Centros de Salud con la comunidad¹

a) Conservación de los medicamentos y productos químicos en condiciones de seguridad

Guardar los medicamentos, plaguicidas y productos de uso doméstico en sus propios recipientes, conservando siempre el rótulo original. No guardar productos químicos en desuso. Descartar envases

No guardar productos químicos y/o medicamentos en recipientes que hayan contenido alimentos o bebidas. Mantener los frascos, botellas y cajas bien cerrados con tapa o tapón.

No dejar artículos de limpieza en el suelo, bajo el lavadero de la cocina o en armarios de poca altura que un niño pueda abrir fácilmente.

No guardar medicamentos, plaguicidas y productos domésticos en la proximidad de alimentos o bebidas. Un niño puede pensar que son cosas que se pueden comer o beber. También es posible que un producto químico se derrame sobre un alimento, con riesgo de intoxicar al que lo coma más tarde.

Tener especial cuidado cuando los medicamentos deben conservarse en la heladera.

Guardar en sitios donde los niños no puedan verlos ni agarrarlos, preferentemente en sitios con cerradura.

b) Eliminación de los residuos químicos y los recipientes vacíos en condiciones de seguridad

Guardar y/o disponer en lugares seguros los contenedo-

res donde se descartan los productos químicos, los productos químicos para experimentación y análisis así como los recipientes vacíos que hayan contenido productos químicos.

No conservar ni preparar alimentos o bebidas en botellas, latas o recipientes vacíos de otro tipo que hayan contenido productos químicos. No dejar residuos químicos o recipientes vacíos en lugares accesibles a los niños.

c) Utilización de medicamentos y productos de uso doméstico en condiciones de seguridad

Medicamentos

No utilizar envases de medicamentos para guardar otro tipo de sustancias.

No tomar medicamentos ni dárselos a otros sin que lo autorice el médico.

Informar a los niños que los medicamentos no son golosinas.

Productos de uso doméstico (artículos de limpieza o plaguicidas)

Leer la etiqueta. Solicitar información sobre la manera de utilizar el producto sin riesgos.

Tener en la mano el producto mientras se trabaja con él y asegurarse que no sea utilizado con otros fines.

Limpiar las zonas salpicadas por el producto químico y asegurarse de que el recipiente o botella están bien limpios y secos por fuera. Guardar inmediatamente los productos químicos después de usarlos. No pulverizar plaguicidas domésticos sobre los alimentos o los juguetes de los niños.

No mezclar productos de limpieza con productos de otro tipo. Si se trata de un producto que hay que mezclar con agua antes de usarlo, no mezclarlo en un recipiente que se utilice para alimentos o bebidas.

¹ Junto con la entrega del Botiquín Número 1 del 2006 se envía el Directorio Actualizado (edición 2006) de los Centros de Información, Asesoramiento y Asistencia Toxicológica así como de los Laboratorios de Análisis Clínico Toxicológicos y otras Instituciones que integran la Red Argentina de Toxicología (REDARTOX). En el Directorio se citan las direcciones, teléfonos (algunos 0 800 - cobro revertido) y correo electrónico de todas las instituciones que integran la REDARTOX y los horarios de atención personal y de atención telefónica, cuando se brinda dicho servicio. También se pueden realizar consultas escribiendo a redartox@listas.msal.gov.ar que es la lista de distribución electrónica de la REDARTOX, y que reúne más de trescientas (300) direcciones electrónicas de profesionales, vinculados a más de cien instituciones de la especialidad o usuarias de información toxicológica. Asimismo se puede consultar la Biblioteca Virtual de Toxicología de Argentina en www.msal.gov.ar/redartox o el sitio web del Programa Nacional de Prevención y Control de Intoxicaciones del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_PCI.asp

d) Otras maneras de evitar intoxicaciones

Mantener limpios los suelos y las paredes. Rellenar los agujeros y grietas que puedan servir de refugio a insectos, arañas o escorpiones. Mantener en buen estado los calentadores, estufas, termotanques, calefones y cocinas a gas o de combustible líquido a fin de que no produzcan cantidades peligrosas de monóxido de carbono.

Mantener limpias, sin hollín y permeables al aire exterior las chimeneas y salidas de humos a fin de que no se acumule en la vivienda el monóxido de carbono producido por la cocina, la estufa, el calefón, el termotanque o el hogar a leña. No utilizar braseros, calentadores, estufas o cocinas en habitaciones que no tengan chimenea o salida de humos o una simple ventana que pueda abrirse para que entre el aire fresco y salgan los humos que contengan monóxido de carbono.

e) Cómo evitar picaduras y mordeduras de insectos, arañas y escorpiones

Para evitar las picaduras de abejas, deben taparse bien jugos, gaseosas u otras bebidas o alimentos dulces.

No apoyar las manos en los montones de hoja seca, los viejos troncos o los agujeros de los árboles donde puede haber insectos, orugas, arañas, escorpiones o ciempiés. Examinar y sacudir todo objeto depositado en el suelo que les pueda servir de albergue.

Realizar aseo cuidadoso y periódico de las instalaciones y alrededores.

Tener precaución en la remoción de escombros, troncos caídos, piedras y al introducir las manos en huecos de árboles, paredes, hoyos en el suelo, como también en el caso de cámaras subterráneas.

En caso de escorpiones, mantener especial cuidado cuando se examinan lugares oscuros y húmedos. Los escorpiones pueden encontrarse en áreas rurales (debajo de cortezas de árboles, piedras, ladrillos) o urbanas (sótanos, túneles, depósitos, cámaras subterráneas).

f) Cómo evitar la ingestión de plantas, hongos y mariscos venenosos

Informarse acerca de cuáles son y qué aspecto tienen las plantas y los hongos venenosos de la zona.

Evitar consumir hongos de crecimiento silvestre, recolectados. Sólo comer hongos cultivados de manera segura y debidamente etiquetados. Aprender a preparar correctamente los alimentos. Algunas plantas (p. ej., la mandioca) son venenosas si no se preparan o cocinan adecuadamente. Si se cocinan caracoles de mar, asegurarse que los mismos hayan sido eviscerados.

No consumir pescado que no esté fresco. Algunos peces son comestibles cuando están frescos, pero luego de cierto tiempo o cuando son mal conservados pueden provocar enfermedad.

Evitar recolectar moluscos bivalvos o caracoles en las costas, preferir la adquisición a través de un restaurante o comercio habilitado, ya que la mercadería que en ellos se expenden ha sido previamente controlada por laboratorios oficiales.

h) Cómo evitar las infecciones por alimentos contaminados con microbios y/o sustancias químicas

Mantener limpia la cocina y sus utensilios, como así también las mesadas y demás superficies en las que se preparan los alimentos. Proteger los alimentos manteniéndolos tapados o en cajas o armarios revestidos de tela metálica.

Lavarse bien las manos con jabón y agua limpia antes de tocar o preparar los alimentos.

Hervir los platos y cubiertos utilizados por personas enfermas antes de que sean utilizados por otra o sumergirlos en agua con lavandina

No guardar productos alimenticios durante largo tiempo en un sitio caluroso. Desechar las sobras de alimentos cocidos si no se pueden conservar a baja temperatura o en un refrigerador.

No dejar que insectos, gusanos, ratas u otros animales se pongan en contacto con los alimentos ya que podrían vehicular gérmenes y propagar enfermedades. No dejar abandonados restos de alimentos o platos sucios, ya que atraen las moscas y favorecen la proliferación de gérmenes.

Guardar los utensilios limpios en un lugar protegido.

No consumir carne cruda o poco cocida. Cocinar o asar íntegramente (especialmente las hamburguesas). No consumir alimentos vencidos o con mal olor.

No consumir el contenido de latas de conserva que estén dilatadas o que desprendan aire a presión al abrirlas. En particular, tener mucho cuidado con el pescado enlatado.

Evitar la ingestión de huevos crudos y de alimentos preparados con huevos que no lleven cocción (p. ej., mayonesas caseras). No utilizar los que tengan la cáscara rota o sucia. Mantenerlos refrigerados.

Consumir sólo productos de procedencia conocida e identificada en el rótulo.

Controlar y respetar las fechas de elaboración y vencimiento de los alimentos. Verificar que tengan números de registro.

No consumir productos contaminados por mohos (podrían ser cancerígenos)

Asegurarse de que la limpieza del tanque de agua se realice por lo menos dos veces al año.

No suministrar miel a menores de 1 año.

No rociar los alimentos ni los utensilios de cocina con productos destinados a combatir vectores (insecticidas)

No suministrar agua de pozo a menores de 6 meses.

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
financiará 2.300 becas de formación



Curso anual

Uso Racional de Medicamentos

en APS

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a través del PROAPS-REMEDIAR otorgará 2300 becas de formación para realizar el Curso Anual de Uso Racional de Medicamentos en Atención Primaria de la Salud. El mismo será dictado por veintitrés Facultades de Medicina de nuestro país (públicas y privadas).

El **objetivo general** del curso es promover el uso racional de fármacos en Atención Primaria de la Salud en relación a claras definiciones de objetivos terapéuticos y en función de eficacia, seguridad, coste y conveniencia.

Asimismo, tiene como propósito ampliar la formación de los profesionales prescriptores quienes estarán en condiciones de incorporar a su práctica profesional criterios de selección de información para la práctica clínica habitual y el manejo científico de los problemas de salud de sus pacientes, orientados al uso racional de los medicamentos.

El curso tendrá una **duración de 10 meses**, extendiéndose desde marzo hasta diciembre de 2006, cubriendo un total de **208 horas**. Se desarrollará bajo la modalidad de **educación a distancia**. Incluirá un encuentro presencial previo al inicio del curso y cuatro instancias presenciales bimestrales al finalizar cada uno de los cuatro módulos que lo componen.

Requisitos: ser profesionales prescriptores de salud que se desempeñen en establecimientos de atención primaria del sistema público de nuestro país que sean efectores del Programa REMEDIAR.

Se deberá completar correctamente el formulario de inscripción que se encuentra en la página web www.remediar.gov.ar ó remitir por correo el Formulario de Inscripción impreso a la siguiente dirección:

Encontrará el formulario de inscripción y toda la información en nuestra página de internet: www.remediar.gov.ar o llame gratis al: **0800-666-3300**

INSCRIPCIÓN

**DEL 16 DE ENERO AL
6 DE MARZO DE 2006**

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - PROAPS - RemediAR - Programa de Uso Racional de Medicamentos - Avda. 9 de Julio 1925, Casillero 54 (1322) Capital Federal



Plan Federal de Salud

